

Unidade 2

Salomoni, P. M. (2009) Fronteiras da Terapia Cognitiva

Capítulo I

Casa de Psicologia

ALÉM DA CRENÇA: UMA TEORIA DE MODOS, PERSONALIDADE E PSICOPATOLOGIA

Aaron T. Beck

Apliquei o conceito de esquemas cognitivos negativos pela primeira vez, para explicar o “transtorno de pensamento” na depressão 30 anos atrás (Beck, 1964). Tomando emprestado dos construtos cognitivos de Kelly (1955) e recorrendo ao vocabulário de Bartlett (1932) e Piaget (1947/1950), eu propus que a ativação de certos esquemas cognitivos idiossincráticos representavam o problema central na depressão e poderiam ser apontados como tendo um papel primário na produção de vários sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais. Também propus que intervenções voltadas para moderar ou modificar as interpretações e predições disfuncionais, bem como as crenças disfuncionais fundamentais (incorporadas aos esquemas disfuncionais), poderiam melhorar o transtorno clínico.

Desde minhas primeiras incursões no domínio da depressão e, subsequente, de outros transtornos clínicos (Beck, 1964, 1976; Beck, Emery & Greenberg, 1985; Beck, Freeman, & Associates 1990; Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993), muito da teorização sobre o papel dos esquemas na depressão e outros transtornos tem sido apoiado por estudos experimentais e clínicos (para uma revisão, veja Haaga, Dyck & Ernst, 1991). Apesar de que as formulações clínicas têm sido úteis no entendimen-

to e tratamento da psicopatologia, vem se tornando aparente através dos anos que a teoria não explica completamente muitos dos fenômenos e conclusões experimentais.

Especificamente, uma quantidade de problemas psicológicos não é adequadamente considerada pelo modelo dos esquemas individuais (processamento esquemático linear) e, portanto, requerem alterações. Este capítulo é uma tentativa de considerá-los, em vista de uma expansão do meu modelo original. Entre tais problemas, incluem-se os seguintes:

1. A *multiplicidade* de sintomas relacionados que abrangem os domínios cognitivos, emocionais, motivacionais e comportamentais, na presença de um transtorno psicopatológico.
2. Evidência de um *viés esquemático* em vários domínios, sugerindo que uma organização esquemática mais global e complexa está envolvida em reações psicológicas intensas.
3. A descoberta de uma *vulnerabilidade específica*, ou diátese, para estressores específicos que são congruentes com um transtorno particular.
4. A grande *variedade* de reações psicológicas “normais” que são evocadas por uma ampla gama de circunstâncias de vida.

5. A ligação entre conteúdo, estrutura e função na *personalidade*.
6. Observações de variações na *intensidade* das reações específicas de um indivíduo frente a um conjunto de circunstâncias, ao longo do tempo.
7. O fenómeno de *sensibilização* (fenômeno de "ignição"): recorrências sucessivas de um transtorno (p.ex., depressão) disparadas por experiências progressivamente menos intensas.
8. O *enfraquecimento* dos sintomas tanto por farmacoterapia como por psicoterapia.
9. A aparente *continuidade* de muitos fenómenos psicopatológicos com a personalidade.
10. A relevância do modelo de "*humores*" normais.
11. O relacionamento entre o processamento da informação consciente e o não-consciente.

Apesar do modelo de processamento esquemático atual ainda parecer válido e útil para intervenções clínicas, é aparente que estes e outros problemas relacionados requerem construtos mais globais e refinamentos adicionais relacionados ao progresso no campo. Vários escritores mostraram uma convergência gradual em direção ao modelo integrativo deste capítulo (Bandura, 1986; Bargh & Tota, 1988; Bower, 1981; Dweck & Leggett, 1988; Epstein, 1944; Higgins, 1996; Kihlstrom, 1990; Mischel & Shoda, 1995; Williams, Watts, McLeod & Matthews, 1988; Segal & Ingram, 1994; Teasdale & Barnard, 1993; Rachman, 1990).

Neste capítulo, vou procurar apresentar dois acréscimos à teoria do processamento esquemático simples. Em primeiro lugar, recorro à noção de *modos* ("*modes*"), uma teia de componentes cognitivos, emocionais, motivacionais e comportamentais. Os *modos*, consistindo de setores integrados ou suborganizações da personalidade, são projetados para tratar de problemas ou demandas específicas. Os "*modos primários*", de maior interesse para o estudo da psicopatologia, incluem as derivações de organizações antigas que evoluíram

em circunstâncias pré-históricas e são manifestadas em reações de sobrevivência, mas, também, de uma forma exagerada, em transtornos psiquiátricos. Em segundo lugar, proponho o uso do conceito de cargas (ou *catexes*) para explicar as flutuações nos gradientes de intensidade das estruturas cognitivas. Este conceito pode ser aplicado ao fenómeno de sensibilização, extinção e remissão.

O conceito de "energias" (cargas ou *catexes*) fornece um modelo explicativo para a instigação de, e mudanças em, estados normais e anormais. Por exemplo, ele ajuda a explicar a observação clínica de que, no início de um transtorno clínico particular (por exemplo, ansiedade, pânico ou depressão), vários sistemas (cognitivo, afetivo, motivacional e comportamental) mudam de um estado inativo para um estado altamente ativado. Além do mais, o conceito de *modos* inclui as condições clínicas caracterizadas pela superativação (ou hipercatexia) de um conglomerado de crenças disfuncionais, significados e memórias próximas ou relacionadas, que influenciam, se não controlam, o processamento de informação. O modelo também explica a observação de que, quando a síndrome clínica entra em remissão, as interpretações e crenças disfuncionais características tornam-se menos salientes - ou mesmo desaparecem.

Análise de Caso

Considere o seguinte, e relativamente simples, exemplo clínico: um jovem, Bob, sofre de fobia de elevador. À medida que ele se aproxima de um alto edifício de escritórios, que tem um elevador que ele irá usar, começa a se sentir ansioso - apesar de, nesse momento, estar envolvido numa discussão rotineira de assuntos de trabalho com um colega. À medida que eles se aproximam do edifício, sua ansiedade aumenta. Apesar de não estar pensando sobre entrar no elevador, obviamente algum tipo de processamento pré-consciente do evento antecipado está ocorrendo e produzindo ansiedade. O conhecimento implícito de que ele irá entrar em

ação processos cognitivos, afetivos, comportamentais e psicológicos.

Apesar de que Bob pode não estar conscientemente pensando sobre o elevador (ele pode estar absorvido em sua discussão de negócios), uma "sondagem cognitiva" nesse ponto evocaria a mesma informação, como se ele estivesse ativamente raciocinando sobre a viagem no elevador: se lhe fosse solicitada a introspecção – explorar todos os seus pensamentos sobre sua antecipação – ele reconheceria que estava com medo de entrar no elevador. Ele poderia inicialmente, talvez, estar mais assustado sobre a desconfortável ansiedade que ele sentiria no elevador do que sobre o perigo físico presumido, associado com o mau funcionamento do elevador. Assim que entra na recepção, entretanto, o medo específico da catástrofe torna-se saliente. Ele se torna consciente do medo de que o elevador irá cair e arrebentar ou ficar parado: ele irá morrer, sufocar ou desmaiar. Ele também está com medo de que seu sofrimento se acelerará até o ponto em que ele começará a gritar de forma descontrolada e será humilhado.

Mais tarde, quando Bob não estiver mais confrontado pelo medo de entrar em um elevador, ele não estará mais com medo destes "perigos" do passado. A distância da fonte de perigo representa uma zona de segurança ou um "sinal de segurança" (Woody & Rachman, 1994). Mas quando a mesma situação surge novamente, o mesmo padrão de medos é repetido.

Vamos examinar este padrão de reação fóbica. As *circunstâncias ativadoras* repetem-se em torno do evento de subir com o elevador. Estas circunstâncias são processadas através do componente orientador do *modo* primitivo relevante para o perigo – o risco imaginado de morrer, sufocar, desmaiar e perder o controle. À medida que este medo específico é ativado, os vários sistemas componentes do *modo* são reforçados. Vemos, então, a manifestação da ativação do *modo*: Bob torna-se pálido, sua e treme; seu coração acelera. Ele se sente tonto. E tem uma "sensação de aperto" em seu abdômen.

A progressão de eventos pode ser analisada da seguinte maneira: inicialmente, à medida que Bob se aproxima do edifício, seu esquema *orientativo* sinaliza que existe perigo à frente. Esse sinal é suficiente para ativar todos os sistemas do *modo*: o *sistema afetivo* gera rapidamente níveis crescentes de ansiedade; o *sistema motivacional* expressa uma intensidade crescente do impulso para escapar, e o *sistema fisiológico* produz um aumento na taxa de batimentos cardíacos, uma queda na pressão sanguínea resultando na sensação de desmaio, uma tensão nos músculos do peito, e um aperto no abdômen.

Neste ponto, Bob torna-se completamente consciente de seus sentimentos desconfortáveis e deseja escapar, mas ele é capaz de ativar seus *controles voluntários* para superar esta reação "primitiva" e forçar-se a entrar no elevador. Ele consegue permanecer no elevador, não obstante com considerável ansiedade, até que chega ao andar desejado. Assim que ele sai do elevador, sua ansiedade se reduz.

Devemos notar a importância da interpretação do Bob sobre suas sensações fisiológicas em adição ao seu medo de um desastre físico ou psicológico. Através do *feedback* de suas sensações corpóreas para seu sistema de processamento cognitivo, a sensação de desmaio traz à tona um medo muito forte de morrer; o aperto de seus músculos intercostais conduz ao medo de não ser capaz de respirar; e o sentimento de turbulência produzido por seu aumento nos batimentos cardíacos e pela aflição abdominal, intensificam seu desejo de fugir e seu medo de que irá gritar de forma descontrolada e bater nas paredes do elevador. Essa seqüência imaginada de eventos leva a um outro medo – de ser humilhado por sua falta de controle na presença de outras pessoas. Tendo analisado a fobia de elevador do Bob, podemos agora voltar à apresentação do conceito de *modo* e sua aplicação aos transtornos clínicos e estados emocionais normais.

Definição e Descrição: Estrutura e Funções

Os *modos* são suborganizações específicas dentro da organização da personalidade e incorporam os componentes relevantes dos sistemas básicos da personalidade: cognitivo (ou processamento da informação), emocional, comportamental e motivacional. Eu entendo cada um desses sistemas como composto de estruturas, denominadas "esquemas". Assim, o sistema cognitivo consiste de esquemas cognitivos, a emoção de esquemas emocionais, e assim por diante. Eu também incluo o sistema fisiológico periférico como um componente separado até o grau em que ele contribui com uma dimensão exclusiva para o funcionamento do *modo*.¹ O *modo*, em virtude da rede integrada cognitiva-emocional-comportamental, produz uma resposta síncrona às demandas externas e fornece um mecanismo para implementar ordens e objetivos internos.

Alguns *modos* são mais "primitivos", no sentido em que incorporam mais padrões imediatos e básicos, relevantes aos objetivos cruciais derivados de forma evolucionária (p.ex., sobrevivência e procriação). O conteúdo destes *modos* – por exemplo, medos, ansiedade, impulsos de fugir – é experimentado como se eles fossem reações reflexas a situações de vida. Outros *modos* são menos peremptórios e são ativados por circunstâncias menos constrangedoras, incluindo situações tão prosaicas quanto estudar ou assistir televisão.

Presumo que cada um dos sistemas que participam de um *modo* tem uma função individual específica, mas que eles operam em sincronia para implementar uma estratégia coordenada direcionada a um objetivo. Por exemplo, o *modo*

luta-fuga é composto da percepção de ameaça (sistema cognitivo), sentimentos de ansiedade ou raiva (sistema emocional) que estimulam o indivíduo a fazer alguma coisa, a criação de um impulso para agir (sistema motivacional), e a ação em si (sistema comportamental). O componente fisiológico consiste da mobilização física para luta ou fuga. Assim é possível descrever cada sistema (cognitivo, emocional etc.) separadamente, como se fosse autônomo, ou em termos de suas interações síncronas com os outros sistemas.

O *sistema cognitivo*² é responsável pelas funções envolvidas no processamento de informação e atribuição de significados: seleção dos dados, atenção, interpretação (atribuição de significado), memória e lembrança. Este sistema é composto de uma variedade de estruturas cognitivas relevantes para as construções das pessoas sobre si mesmas e sobre outras pessoas, seus objetivos e expectativas, e seu armazenamento de memórias, aprendizagem anterior e fantasias. O processamento geralmente se estende para a elaboração secundária de significados complexos, relevantes para temas abstratos tais como autovalor, atratividade social e atribuições causais. O processamento geralmente ocorre fora da consciência (Kihlstrom, 1990), mas o conteúdo pode ser acessado conscientemente. As estruturas básicas deste sistema foram denominadas de "esquemas cognitivos" (veja Beck, 1967, para uma revisão). Os esquemas relacionados com inferências e interpretações são consolidados em um subsistema de "atribuição de significado".

As memórias ocupam um importante lugar no sistema cognitivo. Apesar de que as memórias de eventos passados podem não ser conscientes, elas podem ajudar a moldar as reações aos eventos cor-

1. O sistema fisiológico não é tão isomórfico com (isto é, está em um nível diferente de abstração do que) os outros sistemas. Entretanto, para explicarmos adequadamente o fenômeno, é necessário misturar os construtos físicos aos psicológicos. Um problema de certa forma parecido refere-se ao conceito de carga ou *contexto* dos esquemas.

2. O enquadre conceitual de Teasdale de *Interacting Cognitive Subsystems* (ICS, Subsistemas Cognitivos de Interação), descrito no Capítulo 2 apresenta uma descrição bem mais detalhada das várias unidades, códigos e padrões cognitivos do que apresento aqui. Assim, suas formulações são complementares às minhas e fornecem uma carga rica de hipóteses testáveis derivadas da ciência cognitiva. Além do mais, por recorrer à linguagem bem como aos conceitos da psicologia cognitiva, ele ajuda a preencher a distância entre as formulações clinicamente derivadas e aquelas das disciplinas experimentais.

rentes (Williams, Watts, McLeod, & Matthews, 1988). As experiências são abstraídas e organizadas na memória em torno de temas específicos. Quando um *modo* particular é ativado, as memórias congruentes com o tema do *modo* também são ativadas. Reações denominadas "reflexos condicionados" têm tais memórias como sua essência.³

O sistema emocional produz os vários estados de sentimento e suas nuances e combinações (tristeza, alegria, ansiedade, raiva). Uma reação emocional não é simplesmente uma experiência emocional desprovida de qualquer função vital. Ela é uma parte integrante das estratégias psicobiológicas relacionadas com sobrevivência e procriação. Através do prazer (afeto positivo) e disforia (afeto negativo), afetos reforçam o comportamento adaptativo (Beck, Emery, & Greenberg, 1985). Minha concepção de afeto negativo atribui-lhe uma função específica, isto é, a de chamar a atenção dos indivíduos e estimulá-los a focar numa circunstância particular, que o reduz de alguma forma. O afeto positivo funciona para reforçar as atividades direcionadas a objetivos, através de "recompensar" a realização do objetivo.

Pode-se fazer uma analogia entre a operação deste sistema e a percepção de dor física, a qual é projetada para trazer à tona ações corretivas e o prazer sensorial que recompensa as experiências adaptativas. Este sistema também é composto de estruturas definidas - os esquemas afetivos - que produzem afeto quando ativados.

Os sistemas motivacional e comportamental fornecem o mecanismo para a mobilização (ou inibição) automática do organismo para a ação (ou inação). Estes sistemas incluem as várias estratégias emergenciais, tais como luta, fuga e imobilização (Beck *et al.*, 1985). O termo "motivação", usado aqui como oposto à "intenção consciente", aplica-se ao impulso involuntário automático e às inibições que estão vinculadas às estratégias primitivas. O

construto da motivação inclui as pulsões biológicas como apetite e sexualidade, as necessidades pontâneas de atacar ou fugir, e as pressões "involuntárias" para evitar ou reprimir ações "de risco". sistemas motivacional e comportamental são também compostos de estruturas, denominadas respectivamente "esquemas motivacionais" e "esquemas comportamentais". Estas estruturas são disparadas rápida e automaticamente.

Apesar de serem automáticos, esses padrões motivacionais-comportamentais podem ser sob controle consciente em muitas circunstâncias. A ativação comportamental pode ocorrer independentemente da intenção consciente e, efetivamente, pode preceder a percepção consciente do impulso de lutar ou fugir, por exemplo. A mobilização automática e o impulso de lutar ou fugir é, geralmente, contrária aos desejos de controle consciente. Bob, por exemplo, desejava intensamente capaz de andar de elevador sem experimentar ansiedade e um impulso de fuga. Ele era capaz de expressar seu desejo consciente pela superação da ansiedade desconfortável e do impulso automático, através da aplicação de seu "sistema de controle consciente" (descrito abaixo).

O sistema fisiológico é geralmente ativado sempre que um *modo* relevante de ameaça tenha sido ativado. Nesta discussão, não estou me referindo à ativação (ou inibição) do sistema nervoso central subjacente a todos os processos psicológicos, nem à inervação dos sistemas periféricos, tais como o sistema nervoso autônomo, os sistemas motores, os sistemas sensoriais. Os sintomas fisiológicos, acompanham a ansiedade ou a raiva, por exemplo, são importantes não somente porque eles aumentam o impulso de fugir ou lutar, mas, também, por causa das interpretações ("Eu vou desmaiar", "Eu não posso enfrentar isso") que são feitas deles. O feed-back fisiológico dos músculos, quando a pessoa está imobilizada para a ação, soma-se à sensação de "ligado" (veja Figura 1.1).

3. As memórias atribuídas ao *modo* têm sido descritas na literatura como um sistema especializado que registra "eventos emocionais"; isto é, em que as experiências originais estavam associadas ao afeto (McGaugh, Introini-Collison, Cahill, & Castellano, 1992).

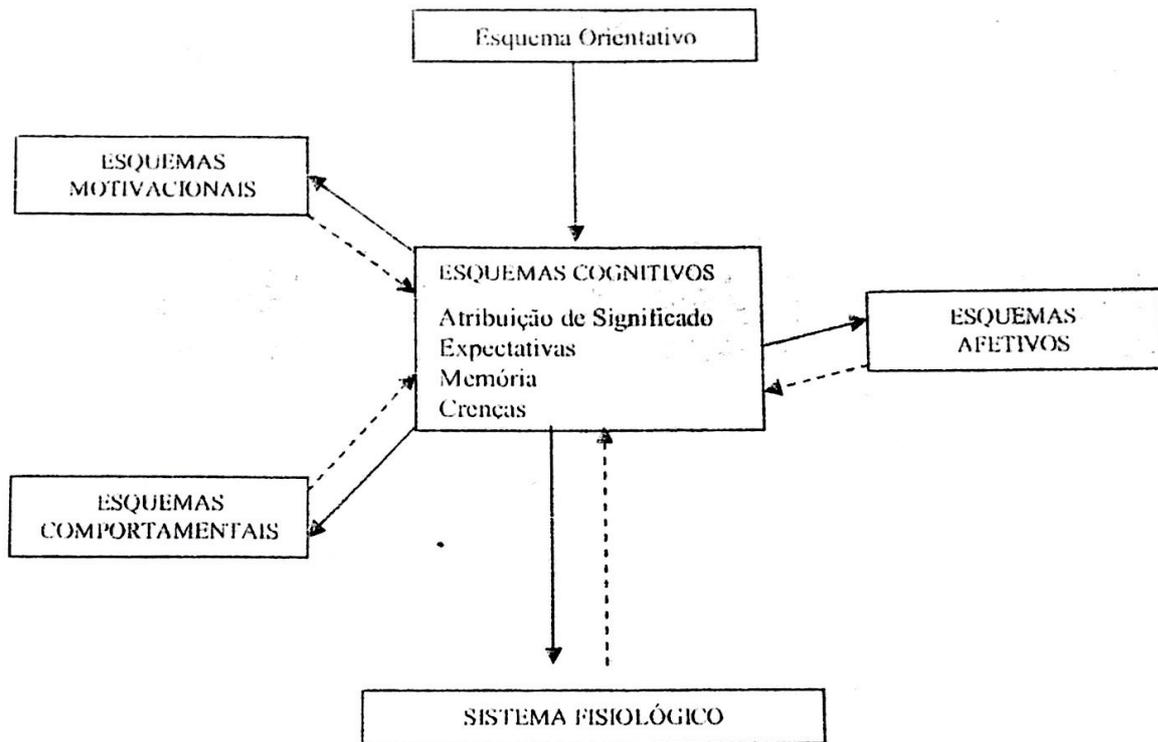


Figura 1.1 Ativação do modo

O sistema de controle consciente é o instrumento dos desejos, metas e valores mais reflexivos, deliberados, conscientes e menos automáticos; por exemplo, para se tornar livre de medos não razoáveis, para estabelecer e atingir metas razoáveis, para resolver problemas. Em contraste aos impulsos reflexivos automáticos dos sistemas motivacional e comportamental, estes desejos e metas são flexíveis e não são tão imperiosos. O sistema também está envolvido com o processamento de procedimentos, tais como a aplicação de lógica a problemas e o planejamento em longo prazo. Este sistema está envolvido com o estabelecimento de controles sobre os sistemas primitivos, através, por exemplo, da correção dos “pensamentos automáticos” que são gerados pelo sistema cognitivo primitivo, desviando a atenção de pensamentos ou memórias desagradáveis, inibindo impulsos disfuncionais, ou ignorando emoções desagradáveis. Uma função importante é poder avaliar as reações cognitivas básicas.

Esse sistema permite ao indivíduo formar intenções conscientes bem como neutralizar pensamentos, emoções e motivação primitivos. Bob, por exemplo, foi capaz de forçar-se a entrar no elevador, a despeito do seu desconforto e forte necessidade de fugir. Através da intervenção terapêutica, ele pode, conscientemente, reenquadrar a situação ameaçadora (isto é, o perigo inferido) e transforma-lo em um evento relativamente inócuo. O sistema de controle, portanto, tem a função de avaliar os produtos do processamento cognitivo primitivo (medos automáticos, autocríticas, culpa etc.) através da aplicação de um pensamento mais adaptativo, flexível e maduro. A operação deste sistema tem, às vezes, sido denominada de “metacognição”, uma vez que ela envolve “pensar sobre o pensamento”.

A ativação de numerosos modos primitivos depende das “características da demanda” de uma situação (por exemplo, modo defensivo, modo de ansiedade, modo de avaliação, modo de ataque ou agres-

são). A ativação de um *modo* em particular é geralmente previsível a partir das circunstâncias que se apresentam ou, mais precisamente, as construções ou imagem dessas circunstâncias que a pessoa faz.

Os sistemas integrados dos *modos* primitivos são desenhados para ativar objetivos primitivos específicos – no exemplo da fobia de Bob, a sobrevivência. Estes *modos* particulares são primitivos no sentido de que eles são orientados para objetivos cruciais tais como a sobrevivência, a segurança e a proteção e são essencialmente de natureza reflexiva. Eles também compreendem o pensamento primitivo, tais como a abstração seletiva, as inferências dicotômicas e a supergeneralização (Beck, 1967). As interconexões dos sistemas no “*modo* de vulnerabilidade”, por exemplo, levam a um acúmulo de ansiedade e ou a uma inibição ou a um impulso para evitar ou fugir da situação ameaçadora. Paradoxalmente, um padrão que é ativado para *garantir* a segurança, frequentemente produz desconforto e possivelmente *ameaça* a segurança por imobilizar o indivíduo.

O conceito de *modo* tem várias vantagens ao explicar reações complexas tais como uma fobia de elevador. Este conceito é capaz de explicar o seguinte: a regularidade e homogeneidade das reações fóbicas específicas e outras reações disfuncionais de um indivíduo; a consistência do conteúdo cognitivo destas reações; a multiplicidade de sintomas envolvendo todos os sistemas; o baixo limiar para a formação de sintomas em indivíduos susceptíveis; e a progressiva sensibilização a eventos ativadores.

Reações Normais e Excessivas

Cada um dos transtornos clínicos pode ser caracterizado em termos de um *modo* primitivo específico que, quando ativado, recorre a sistemas

congruentes para implementar o “objetivo” do *modo*. Considere a seguinte observação: As pessoas vivem reações discriminadas, bem-definidas, que podem ser vistas como conseqüências lógicas de circunstâncias ativadoras. Por exemplo, uma séria perda geralmente leva a um composto de tristeza, lembranças de perdas passadas e, talvez, alguma passividade e lentidão⁴. Uma ameaça de um desastre iminente evoca uma variedade de sintomas tais como pensamento catastrófico, ansiedade e perturbações do sono. Estas reações, com um toque característico individual, são geralmente consistentes quando elas são provocadas. O quadro completo de sintomas do transtorno psiquiátrico – ou *modo* primitivo – pode ser compreendido em termos da ativação dos componentes dos vários sistemas, incluindo cognição, afeto, motivação e comportamento.

As reações primárias específicas de um dado paciente, apesar de consistentes em sua forma e seu conteúdo, variam em intensidade e limiar. Uma reação severa, por exemplo, pode ser posterior a uma experiência levemente estressante, se houver sido precedida por uma sucessão de estressores. Este fenômeno pode ser explicado como resultando de um acúmulo de aumento na carga (ou energia) do *modo*. Um *modo* particular está geralmente quieto ou latente no início, mas, através de sucessivas experiências relevantes, pode receber cargas cumulativas até que supere o limiar para a ativação completa. Em algumas condições psicopatológicas – por exemplo, uma depressão recorrente – o *modo* é cronicamente, mas subliminarmente, energizado, de forma que ele possa se tornar completamente ativado após um evento estressante relativamente insignificante (o fenômeno da sensibilização). Em algumas condições, pode haver uma redução temporária da intensidade da carga através de uma estratégia consciente; por exemplo, ataques de pânico podem ser interrompidos através da distração.⁵

4. Certamente, na análise final, a *interpretação* do evento e das circunstâncias relevantes determina a resposta. Para uma pessoa religiosa, a morte de uma pessoa amada, por exemplo, pode ser vista como um final feliz, como sendo a entrada em uma bem-aventurança eterna após a vida.

5. O uso de termos tais como “carga”, “catexia” e “energia” não deve ser confundido com as mesmas palavras usadas na teoria psicanalítica. Freud formulou a idéia de histeria, por exemplo, como uma expressão de energia represada ligada a idéias ou memórias reprimidadas. A derivação sintomática dessa energia reprimidada podia ser aliviada através da catarse ou ab-reação do afeto. Utilizo os termos de uma forma similar à de Floyd Allport (1955, pp. 48-415), em sua descrição dos conjuntos de ativação e desativação. Apesar desses termos haverem caído em desuso, eles adicionam um poder explicativo substancial aos modelos estruturais de personalidade e psicopatologia. De certo *modo*, a energização dos *modos* pode corresponder à atividade neural de áreas específicas do cérebro, que já foram demonstradas como estando correlacionadas a funções mentais, tais como energia, memória e ruminções.

O conceito de *modo* pode também ajudar a explicar sentimentos de ansiedade ou angústia, que ocorrem quando a pessoa não está conscientemente preocupada com uma ameaça em particular. No caso de Bob, por exemplo, a entrada iminente em um elevador ativou o *modo* de perigo-vulnerabilidade, responsável por sua sensação vaga de ansiedade, mas o conteúdo cognitivo (isto é, o medo de queda etc.) não atingiu completamente a consciência até que ele se preparou para entrar no elevador. O modelo presente assegura que muitos dados são processados implicitamente (sem atenção) pelo *modo*, enquanto os dados que requerem uma implementação consciente, tornam-se conscientes.

Processamento *Modal Versus* Processamento Esquemático Simples

O componente cognitivo do *modo*, que consiste de vários elementos inter-relacionados tais como as crenças básicas, regras compensatórias e estratégias comportamentais, é mais complexo do que o simples modelo linear original. Os dados visuais, auditivos e outros dados sensoriais relevantes são processados simultaneamente através de canais múltiplos. No *modo* primário, o processamento de informação altamente focalizado resulta em produtos cognitivos distorcidos.⁶ Um *modo* fóbico, por exemplo, em virtude do foco dominante no conceito de perigo, seletivamente abstrai e interpreta dados relevantes para um perigo específico. Este processamento cognitivo distorcido é refletido em pensamento dicotômico, supergeneralização, catastrofização e personalização. Recursos de atenção são concentrados no conteúdo específico do *modo* (por exemplo, no caso do pânico, em experiências somáticas ou fisiológicas; na paranóia, em possíveis sinais de abuso pessoal). Em outras palavras, os processos cognitivos são dirigidos pelos esquemas cognitivos

ativados. Como Epstein (1994) destacou, no entanto, essas reações primitivas não são necessariamente disfuncionais e, na realidade, podem salvar vidas em certas situações.

A diferença entre um processamento esquemático simples e o processamento baseado em *modos* é ilustrado pelo exemplo seguinte: um estudante chega atrasado à sala de aula. As reações específicas dos outros estudantes são modeladas por seus esquemas idiossincráticos; por exemplo, preocupação com o estudante atrasado, incômodo pela interrupção, ou satisfação por ele ter perdido alguma instrução importante. Essas interpretações específicas, bem como as emoções, são geralmente transitórias. Não há mobilização para a ação e a atenção dos estudantes pode ser dirigida de volta à aula. A variedade de reações breves como essas pode ser explicada pelo modelo de processamento esquemático simples.

Quando analisamos o cenário do ponto de vista da experiência do estudante atrasado, entretanto, um modelo de processamento cognitivo mais complexo é necessário para explicar as observações. Ao dirigir-se para a sala de aula, nosso estudante está determinado a chegar na hora, porque o material da aula será assunto de uma prova. Entretanto, ele está atrasado porque seu automóvel está em um congestionamento de tráfego devido a um acidente na rodovia e ele tem consciência de que poderá perder a aula toda.

Essas são as circunstâncias ativadoras para a instigação de um *modo* de medo. Seu mecanismo orientador, relacionado com o conceito de vulnerabilidade e perigo, é uma parte vital da organização cognitiva. Quando a situação ou a circunstância é percebida como ameaçadora à segurança física ou psicológica, o mecanismo orientador ativa o *modo* primitivo. O estudante começa a visualizar um fluxo de conseqüências terríveis para o seu atraso. Ele vai perder a prova, ser expulso da escola, ser humilhado pelos outros estudantes, e terminar marginalizado pela sociedade. A lem-

6. O pensamento distorcido não é necessariamente disfuncional. Em certas condições perigosas, é melhor reagir em excesso do que reagir a menor, atribuir um significado exagerado de perigo e personalizar certas ameaças.

brança de outros estudantes que fracassaram acentua seus medos.

Quando um *modo* primitivo é ativado, todos os sistemas (cognitivo, afetivo, comportamental, fisiológico) mantêm-se energizados por algum tempo depois que as circunstâncias ativadoras tenham desaparecido. Assim, o estudante atrasado permanece ansioso por um período prolongado de tempo, mesmo depois que ele chega à classe e consegue recuperar o material que perdeu. Semelhantemente, os mais importantes *modos* disfuncionais, como a depressão, permanecem em operação muito depois que o evento precipitador (por exemplo, um fracasso ou término de um relacionamento) tenha acabado. O paciente permanece triste e distanciado e o *modo* também continua a moldar as interpretações do paciente sobre suas experiências, de acordo com seus próprios conteúdos negativos.

Modo "Construtivo" ou "Positivo"

Atividades produtivas direcionadas diretamente a aumentar os recursos vitais também podem ser manifestações de *modos* primitivos. Um exemplo bastante óbvio é o estado de fascinação que facilita o cumprimento da exigência evolucionária do vínculo íntimo. Outros *modos* expansivos podem ser expressos através da ampliação de recursos, em atividades tais como a aquisição de riqueza e propriedade. O *envolvimento total* no aumento de recursos interpessoais e materiais é característico do *modo* maníaco e é refletido em um autoconceito inflado. Na depressão, o *modo* produtivo perde energia e o autoconceito é empobrecido; parte do tratamento é dirigida à preparação para este *modo* (tanto através de farmacoterapia como de intervenção cognitivo-comportamental). Também incluído no *modo* construtivo está o tipo de pensamento construtivo descrito por Epstein (1992).

Modos Menores

Até agora estive discutindo os principais *modos* primitivos, relacionados a assuntos vitais (tais como perigo, fracasso e rejeição). Para a maior parte nossa vida ativa, entretanto, experimentamos *modos* menores em atividades mais prosaicas, tais como nosso envolvimento com a leitura, conversar com outras pessoas, ou trabalhar. Nossa atenção focada na situação imediata e os sistemas cognitivo, comportamental e motivacional são modulados em um nível suficiente para satisfazer as demandas da situação. Em contraste com os *modos* importantes ou primários, esses *modos* menores são altamente energizados e estão sob controle consciente flexível; por exemplo, é relativamente fácil mudar de um *modo* de estudo ou de conversação para um outro *modo* (digamos, diversão). Esse fácil intercâmbio não está disponível na depressão e outros transtornos sérios.

Relação Entre *Modos* e Humor

O conceito de *modo* pode ser usado para substituir o conceito tradicional de humor. Apesar de existirem semelhanças entre esses dois construtos, creio que o construto do *modo* incorpora as principais características do humor e tem maior poder explanatório do que as formulações padrão.⁷ A maioria de algumas descrições de humor faz referências a um componente cognitivo, uma característica definidora refere-se à presença de afeto (tristeza, alegria, medo etc.). Além do mais, humores são vistos como estados transientes que simplesmente não têm uma função específica. Em contraste, o conceito de *modo* inclui as funções específicas não somente do processamento de informação, mas também dos outros sistemas psicológicos, ao fornecer uma resposta integrada específica para as demandas externas, bem como um mecanismo para a implementação dos objetivos de uma pessoa.

7. English e English (1958) definem humor como "um estado emocional relativamente leve, permanente ou recorrente (...) um estado intencional para um tipo específico de resposta emocional; excitado, feliz, depressivo". O conceito de *modo* cobre ambas as definições.

A teoria do *modo* também inclui o conceito de estrutura e carga (ou energia) para explicar a regularidade com a qual estados específicos são acionados e sua ativação, após intervalos, através de estímulos progressivamente menos intensos (sensibilização ou facilitação). De acordo com o conceito de *modo*, a pessoa que está de "mau humor" (ou *modo*) iria não somente sentir-se brava, mas iria perceber os eventos como intrusivos e ofensivos e estaria disposta a responder asperamente às pessoas, sem uma provocação ostensiva.

Em concordância com esta formulação atual, termos tais como "transtornos de humor" seriam traduzidos como "transtornos de *modo*"; "experiências de indução de humor", tornar-se-iam "indução de *modo*"; e frases tais como "Estou de mau humor", tornar-se-iam "Eu estou em um mau *modo*". Essa formulação não exclui explicações biológicas para a ativação do humor ou dos transtornos de humor, mas ampliam sua caracterização ao incluir os sistemas básicos dos *modos*.

Ativação dos *Modos*

Em minha teorização anterior, postulei um caminho simples da cognição para a emoção, motivação e comportamento (Beck, 1967, 1976). Propus que uma situação estímulo ativava um esquema cognitivo, o qual, simultaneamente, ativava motivação, emoção e comportamento. De acordo com minha formulação atual, a formação e o desenvolvimento inicial do *modo* dependem da interação de padrões congênitos ("proto-esquemas") e experiência. Esses proto-esquemas simplesmente fornecem as estruturas básicas que respondem seletivamente a experiências congruentes e evoluem para esquemas cognitivos, através de uma forma análoga ao desenvolvimento das estruturas de linguagem específicas a partir das estruturas de linguagem primitivas não-diferenciadas. (Pinker, 1994). Logo, aprender a reconhe-

cer e responder às ameaças reais depende da disponibilidade dos proto-esquemas e suas exposições a experiências relevantes de vida, as quais, então, interagem para produzir esquemas diferenciados. Assim, a estrutura preliminar de um *modo* disfuncional já está instalada antes do início de transtornos psicológicos – por exemplo, depressão – e é, então, disparada por um evento congruente, tal como uma perda.

Como um *modo* particular é ativado por uma situação congruente? Quando o indivíduo percebe a situação estimuladora relevante (o elevador, no caso de Bob), ou está geograficamente ou temporalmente próximo a ela, um esquema orientativo atribui um significado preliminar à situação estimuladora e ativa o restante do *modo* relevante (neste caso, o "*modo* de perigo"), o qual é manifestado clinicamente pela reação fóbica ao elevador. O encontro do esquema orientativo com a situação é um processo intrincado que ocorre rapidamente e, no caso de situações perigosas, praticamente de forma instantânea.

O conteúdo dos esquemas orientativos pode ser equiparado com um algoritmo que determina as condições necessárias para uma correspondência. Os termos do algoritmo não são aplicados em uma progressão passo a passo, mas operam simultaneamente de uma forma global, como se estivessem ajustados em um molde ou forma. Quando essas condições estão satisfeitas, o esquema é ativado e, por sua vez, dispara o restante do *modo* ao qual está ligado. A excitação estende-se, através do sistema cognitivo do *modo*, aos sistemas afetivo, motivacional, comportamental e fisiológico (veja Figura 1.1). Essa formulação tem alguma similaridade com a teoria de rede de Bower (1981) – especialmente com relação à distribuição da excitação através da rede – mas isto está muito mais proximamente relacionado à formulação das redes cognitivo-emocionais de Mischel e Shoda (1995).

O "sistema de controle consciente" é separado e relativamente independente do *modo*. Quando ativado, este sistema de controle tem o potencial de suprimir, ou, mais precisamente, de "desenergizar" o *modo*.

Qual é o papel dos esquemas orientativos quando a pessoa já está em um estado clínico (p.ex., depressão)? O esquema orientativo ainda está operando, mas requer muito menos "evidência" para fazer um alinhamento com (isto é, atribuir um significado a) uma situação estimuladora. Por exemplo, na depressão, eventos ambíguos ou irrelevantes podem ser interpretados de uma forma negativa. Os esquemas negativos superativados interrompem os esquemas mais normais e imprimem seu próprio significado ao evento (veja Beck, 1967, p. 285). Assim, uma pessoa depressiva pode interpretar um sorriso como benevolência, expressão de empatia, ou sinal de desdém, e uma separação passageira de uma pessoa significativa como um abandono.

Deve ser enfatizado que os *modos* primários não são necessariamente disfuncionais. A mobilização de toda a organização psicobiológica, ao ocorrer um perigo real, pode ser muito adaptativa, até mesmo salvar a vida. Uma vez que os *modos* primários evoluíram em épocas remotas, eles podem causar problemas por não estarem necessariamente adaptados às circunstâncias modernas. O "nicho" mudou e muitas das estratégias derivadas estavam melhor adaptadas para resolver os problemas básicos pré-históricos, do que os problemas mais complexos da vida contemporânea. O *modo* de perigo, por exemplo, que se originou em condições perigosas nas selvas pré-históricas, é mobilizado quando uma ameaça é simbólica – por exemplo, ser negativamente avaliado – mas é experimentado como se existisse uma séria ameaça à vida (como poderia ser o caso em tempos remotos).

Modos e Transtornos Psiquiátricos

Os vários *modos* psicopatológicos podem ser conceituados em termos dos *modos* primários. Existem, por exemplo, *modos* de ansiedade, depressão, desesperança suicida, pânico, obsessivo-compulsivo, e *modos* fóbicos específicos, correspondendo a cada um dos transtornos ou problemas clínicos (veja Tabela 1.1). Também a ativação dos *modos* pode ser observada em comportamentos compulsivos tais como abuso de substâncias, comer excessivo, anorexia nervosa, ou cortar os pulsos. Os *modos* também estão, obviamente, envolvidos na paranóia e comportamento homicida (veja Tabela 1.1).

Até os transtornos de personalidade podem ser formulados em termos de *modos* (Beck *et. al.*, 1990). Quando pessoas com transtornos de personalidade dependente, histriônico, evitativo, ou narcisista descompensam, elas podem entrar em um *modo* hostil, depressivo, ansioso ou de outro tipo. Os transtornos de personalidade também podem ser caracterizados em termos de seus *modos* habituais ou predominantes, os quais exercem um papel constante na vida diária do paciente. Assim, transtornos de personalidade dependente, evitativo e histriônico são caracterizados com base em *modos* persistentes dependentes, evitativos ou histriônicos. Nesses transtornos, os *modos* estão operando a maior parte do tempo e não requerem um forte estímulo para serem ativados.

A organização cognitiva, referente aos vários transtornos do Eixo I (Sistema DSM-IV, APA-*American Psychiatric Association*), pode ser analisada em termos dos *modos* principais. Esses *modos* têm as mesmas estruturas cognitivas que as formulações conceituais atualmente utilizadas ao se formular um caso. As organizações cognitivas são compostas de uma hierarquia de crenças denominadas "constelação cognitiva controladora" (Beck *et. al.*, 1985), que forma a estrutura de atribuição de significados, interpretações, explicações e expectativas.

Tabela 1.1 Sistemas Típicos Cognitivo, Afetivo, Comportamental e Fisiológico, associados a Categorias Diagnósticas Específicas.

Transtorno	Sistemas Primários			
	Cognitivo	Afetivo	Impulso Comportamental	Fisiológico
Fobia específica	Perigo específico	Ansiedade	Fugir ou evitar	Ativação do Sistema Nervoso Autônomo
Medo geral	Perigo generalizado	Ansiedade	Fugir, evitar, inibir	(<i>Idem</i>)
(Hostilidade) ^a	Ameaçado, injustiçado	Raiva	Punir	(<i>Idem</i>)
Depressão	Perda	Tristeza	Retroceder	Ativação parassimpática

As crenças básicas consistem dos componentes mais sensíveis do autoconceito (p.ex., vulnerável, desamparado, incapaz, não amado, sem valor) e a visão primitiva que o indivíduo tem de outros (rejeitadores, hostis, superiores). As *regras condicionais* (embutidas no “esquema orientativo”) estipulam as condições sob as quais a crença básica é aplicável e, dessa forma, torna-se operativa. As regras orientadoras correspondem às regras comportamentais “se... então”, descritas por Mischel e Shoda (1995). Quando os critérios para estas regras são preenchidos, a crença básica ou sua derivativa é ativada ou reforçada. Por exemplo, a regra condicional de Bob era: “Se eu pegar o elevador, eu provavelmente morrerei.” Logo, a decisão de tomar o elevador preencheu as condições da regra e ativou o *modo* fóbico centrado na crença básica, “Eu sou vulnerável a um desastre físico”. Outros exemplos de regras condicionais são:

“Se eu me aproximar de outras pessoas, serei rejeitado” (ansiedade social).

“Se eu tiver uma sensação inexplicável, isso é um sinal de um perigo interno catastrófico” (pânico).

“Se eu tentar fazer qualquer coisa, eu certamente vou falhar” (depressão).

O terapeuta pode inferir as *crenças básicas* incondicionais, subordinadas a essas regras condicionais: “Eu não tenho amigos, não sou amado”, “fisicamente vulnerável”, e “sem utilidade, sem valor”; outras pessoas são “rejeitadoras”, “críticas”, ou “perigosas”. (Essas crenças básicas se tornam totalmente conscientes e são frequentemente experienciadas como rumações, quando a pessoa tem uma depressão clínica, mas são mais sutis em outros transtornos.)

^a Embora hostilidade não tenha sido incluída como um transtorno mental nas classificações atuais, acredito que deveria ser incluída, a fim de explicar reações individuais excessivas, que levam à violência e ao homicídio.

As crenças básicas são geralmente equilibradas pelas *regras compensatórias*:

“Se eu evitar os outros, eu posso evitar ser rejeitado” (ansiedade social).

“Se eu conseguir atenção do médico imediatamente, eu poderei ser salvo” (pânico).

“Se eu continuar alcançando realizações, então terei valor” (depressão).

As regras compensatórias conduzem a imperativos, imposições e proibições tais como “Trabalhe tanto quanto você consiga”, “Não se destaque para não ser notado”, “Não troque o certo pelo incerto”.

No transtorno obsessivo-compulsivo, existem pelo menos duas crenças básicas. Primeiro, “Eu (ou outros indivíduos vinculados a mim nessa seqüência causal) sou vulnerável a algumas condições externas tóxicas”. Essas ameaças são geralmente invisíveis, tais como micróbios patogênicos, radar, gases tóxicos, ou mesmo “pensamentos maldosos”, que podem (de acordo com o paciente) provocar doença, dano ou morte. Aliado às ameaças, há uma segunda crença básica: “Sou responsável, se eu não evitar o desastre.”

As regras condicionais negativas, no transtorno obsessivo-compulsivo, são (1) “Se eu (ou alguém ligado a mim) for exposto, então graves conseqüências irão ocorrer”; (2) “Se eu não agir para evitar o dano causado por qualquer um destes agentes nocivos ou letais, eu serei responsável (e culpado)”. A *regra compensatória condicional* é “Se eu tomar medidas apropriadas, posso evitar que o desastre ocorra”. A *regra imperativa* é “Eu tenho que fazer tudo o que puder para evitar que este desastre ocorra”.

O *modo* no transtorno obsessivo-compulsivo pode não ser operacional o tempo todo. Todavia, o *modo* sempre carrega alguma carga acima do limiar, até que uma carga adicional, ocasionada por uma situação estímulo (p.ex., exposição à sujeira), eleva a carga acima do limiar e o *modo* se torna totalmente operacional. Assim, quando as condições das regras condicionais negativas são preenchidas, o *modo* é ativado e os sintomas específicos do transtorno ob-

sessivo-compulsivo tornam-se aparentes. A mesma dinâmica ocorre em outros transtornos, tais como transtorno de ansiedade generalizada e a depressão.

Terapia: “Descarregando” e Modificando os *Modos*

Há três abordagens principais para o “tratamento” dos *modos* disfuncionais: primeiro, desativar; segundo, modificar sua estrutura e conteúdo, e, terceiro, formar ou “construir” *modos* mais adaptados para neutralizá-los. Na prática real, o primeiro e o terceiro procedimentos são conduzidos simultaneamente, por exemplo, demonstrando que uma crença particular está errada ou disfuncional e que outra crença é mais precisa e adaptativa. Além disso, as estratégias indutoras dormientes para resolução de problemas (Nezu & Nezu, 1989) ajudam a ativar o *modo* adaptativo mais “normal”.

Os *modos* primais, particularmente aqueles correspondem a transtornos tais como pânico, ansiedade social, depressão e obsessivo-compulsivo podem ser “descarregados” – isto é, reduzidos a um nível de repouso – através de uma variedade de métodos. Em uma reação adaptativa normal, o *modo* primal referente a perigo é ativado, quando os indivíduos percebem um conjunto de condições que podem representar um perigo real. Se eles recordem que sua interpretação de “perigo” foi errada quando eles determinam que o perigo passou, o *modo* primal é desativado.

Suponha que você seja despertado de seu sono por barulhos estranhos que soam como os de um vaso em seu quarto. Você se torna instantaneamente mobilizado para se proteger. Você, então, descobre que os sons foram causados pelo movimento da cortina de sua janela. Você se acalma e volta a dormir. O *modo* de perigo, ativado por sua interpretação dos sons, foi “descarregado” por sua reinterpretada em informação mais precisa.

Uma seqüência um tanto diferente ocorre na experiência de pacientes com transtornos psicológicos. Por exemplo, pacientes com transtorno de pân-

aprendem que seus ataques de pânico podem ser interrompidos por meio de distração, pela transferência de sua atenção para algum estímulo externo. A carga do *modo* de pânico é temporariamente reduzida, situando-se abaixo do limiar de ativação, e os sintomas desaparecem. Deveria ser observado, entretanto, que em contraste à reação normal que ocorre quando um perigo presumido termina, o *modo* de pânico ainda carrega uma carga abaixo do limiar (subliminar) e pode ser prontamente reativado – isto é, atingir o limiar – sob circunstâncias conducentes; por exemplo, experimentar uma “sensação não natural”, tal como uma súbita dor no peito.

As flutuações na carga do *modo* são particularmente óbvias nos transtornos fóbicos, tais como a fobia de Bob ao elevador. Quando exposto ao problema de andar de elevador, seu *modo* de perigo se torna mais altamente carregado e ele se torna ansioso. Se ele optar por usar as escadas (isto é, ele escapa da situação fóbica), a carga é reduzida abaixo do limiar e ele não mais estará sintomático. Entretanto, mesmo o fato de pensar sobre andar de elevador pode aumentar a carga até acima do limiar de ativação e produzir ansiedade, respiração rápida e suor nas mãos.

Outros métodos, além de distração, podem ser temporariamente efetivos na redução da carga supraliminar do *modo* primal. Por exemplo, a “catexia” do *modo* de pânico, quando ativada, pode ser reduzida para um nível subliminar, durante um ataque de pânico, por meio de reassurimento por um médico ou outro profissional. A comunicação confiante de uma informação corretiva leva a uma interpretação mais benigna da sensação não natural e reduz a carga do *modo* até abaixo do limiar de ativação. Dependendo da fonte de ansiedade ou fobia, a informação persuasiva pode estar simplesmente refletida na garantia de que não há perigo de sufocar em um túnel, ou perder o controle em um supermercado, ou desmaiar no topo de uma torre alta.

A informação corretiva que provenha de uma autoridade reconhecida não somente contraria o con-

teúdo (por exemplo, o medo) incorporado ao *modo*, mas também ativa um “*modo* de segurança”, incorporando uma crença mais realista (veja Rachman, 1990). À medida que esse *modo* se torna ativo, ele desvia parte da carga (temporariamente) da fixação no perigo. Entretanto, a carga ou *modo* de segurança é, geralmente, instável e quando o paciente é novamente exposto ao estímulo ameaçador, o *modo* de perigo é recarregado acima do limiar de ativação e o paciente experimentará seu típico complexo de ansiedade.

Como um terapeuta obtém uma modificação mais permanente do conteúdo ou da estrutura de um *modo*? Parece que, para que tal mudança duradoura ocorra, é necessário obter mudança substancial nas regras básicas, absolutas e condicionais, que moldam as interpretações do indivíduo. Por exemplo, estudos de tratamentos demonstraram que, à medida que as regras condicionais dos pacientes com predisposição ao pânico, referentes à explicação para suas sensações corporais ou experiências psicológicas não naturais, são substancialmente e repetidamente repudiadas e uma explicação mais convincente para estas sensações é incorporada, eles não mais experimentam ataques de pânico.⁸

A mudança permanente nas crenças, por exemplo, de “Minha leve dor no peito é provavelmente um ataque do coração” ou “Minha sensação de desmaio significa que estou morrendo”, para “Esse tipo de dor passageira no peito é devido a um espasmo inócuo dos músculos do peito” ou “A sensação de desmaio é resultado da hiperventilação”, não somente produz rápido alívio dos ataques de pânico, mas também um tipo de “imunidade” contra ataques futuros. O sólido aprendizado, envolvido numa demonstração convincente da natureza irreal dos medos *mais* a incorporação de uma crença mais realista, forma uma sólida parede protetora contra ataques de pânico subsequentes.

Este tipo de aprendizado corretivo se torna “estruturado”, isto é, incorporado em um *modo* adaptativo. Uma mudança crucial ocorre no esquema orientador.

8. Um estudo de Oxford mostrou que mudanças nas regras relativas à saúde-doença estavam correlacionadas com a cessação duradoura de ataques bem como com a recuperação do período atual de ataques múltiplos (Clark *et al.*, 1994).

As condições provocativas anteriores (por exemplo, tontura ou dor no peito) não mais produzem pânico, mas evocam um significado adaptativo (tais como, "Minha tontura é uma reação fisiológica normal a hiperventilação" ou "Minha dor no peito é simplesmente tensão em meus músculos peitorais"). À medida que o esquema orientador (ou regra) é alterado, a infra-estrutura das crenças absolutas é modificada. Essa alteração é provavelmente o paradigma para a maior parte das aprendizagens corretivas. Além disso, o conhecimento implícito incluído no novo *modo* adaptativo inibe a ativação das velhas crenças disfuncionais, as quais se tornam inoperantes, apesar de não totalmente eliminadas. Elas podem se tornar novamente carregadas, sob circunstâncias estressantes específicas.

A modificação do *modo* depressivo segue uma rota similar àquela dos transtornos de fobia e pânico. As intervenções de apoio padrão, por exemplo, podem enfraquecer as crenças básicas, "Ninguém pode me ajudar" ou "Ninguém pode me amar" (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). O interesse e a orientação do terapeuta transferem parte da *catexia* da crença de "desamparo" ou "desamor", para uma crença mais adequada e "agradável". No entanto, uma vez que este processo, em si mesmo, não altera permanentemente as crenças disfuncionais, o transtorno está sujeito a ocorrer novamente. Similarmente, a farmacoterapia pode neutralizar a carga do *modo* depressivo, mas, uma vez que ela não altera a estrutura do *modo*, não evita que o transtorno torne a ocorrer. A mudança mais permanente ocorre a partir da alteração do significado das regras de atribuição que equiparam, por exemplo, o fracasso ou o desapontamento com "não poder ser amado" ou "ser uma pessoa sem poder", substituindo-as por regras mais adequadas referentes ao significado de uma rejeição ou um fracasso.

A abordagem básica cognitivo-comportamental para a depressão, que consiste do estabelecimento de um programa de atividade estruturado e de uma ênfase em "superioridade" e "prazer" (Beck *et. al.*, 1979), ajuda a induzir o *modo* produtivo ou adaptativo que havia estado dormente durante a depressão. A indução de esquemas produtivos especí-

ficos à resolução de problemas contrapõe-se à possibilidade regressiva. Atividades, tais como a atribuição de uma hierarquia de tarefas graduadas, confrontar e resolver problemas práticos (incluindo-se aqueles criados pela depressão), demonstram aos pacientes que eles são capazes de fazer mais do que acreditavam e que têm mais controle sobre si mesmos do que imaginavam. Assim, a "crença de inadequação" básica é parcialmente desativada. O reconhecimento, revisão e re-enquadre dos "pensamentos automáticos negativos" também ajuda a energizar os testes de realidade, bem como modificar a auto-imagem negativa.

Outras habilidades cognitivas, tais como examinar evidências a favor de uma interpretação, explorar explicações alternativas, e reforçar (e recarregar) testes de realidade, também são cruciais na redução da *catexia* do *modo* depressivo. Se, por um lado, a aplicação destas habilidades pode ser eficaz em interromper a progressão da depressão e promover a recuperação, por outro, não necessariamente altera a predisposição para a depressão. A fim de evitar novas ocorrências, é necessário modificar o conteúdo dos esquemas e aplicar as habilidades cognitivas, quando surgirem interpretações disfuncionais. Barber e DeRubeis (1989) afirmam que a proteção contra novas ocorrências de depressão, em seguida a aplicação com sucesso da terapia cognitiva, pode ser atribuída à aprendizagem, pelos pacientes, das habilidades cognitivas básicas durante a terapia e, então, à sua aplicação quando surgem circunstâncias adversas.

A abordagem para modificar a *predisposição* para a depressão consiste em alterar as características estruturais específicas do *modo* depressivo. Primeiro, os tipos de avaliações negativas que se originam a partir dos esquemas orientativos, e que disparam o *modo* e efetivamente são componentes do *modo* depressivo, são avaliados e modificados. Por exemplo, se os pacientes acreditam que sua felicidade e seu valor dependem de contínuo sucesso e reconhecimento, eles tendem a investir excessivamente na busca dessas metas. Quanto mais eles valorizam o alcance dessas metas e equivalem seu senso de valor a essa realização, mais vulneráveis eles serão a qualquer reversão ou retrocesso. Modificar as regras

de atribuição de significado envolve o esclarecimento do papel do sucesso pessoal, por exemplo, como somente uma parte da vida e não como a medida do valor do indivíduo. Estas alterações no sistema de valores dos pacientes leva a uma estabilização de sua auto-estima e auto-imagem. Através da redução do grau de envolvimento do ego em afirmar seu sucesso, por exemplo, eles descobrem que os eventos se tornam menos importantes.

O fato de que as drogas parecem ter o mesmo impacto que a psicoterapia no funcionamento dos *modos* é um problema que precisa ser abordado. Por exemplo, a melhora nas crenças depressivas são observadas em seguida a um tratamento bem-sucedido, *tanto* através da terapia cognitiva *como* da farmacoterapia (Simons, Garfields, & Murphy, 1984). Assim como experiências tais como ganhos, perdas ou ameaças podem ativar um *modo* expansivo, depressivo ou vulnerável e intervenções psicológicas podem desativar estes *modos*, da mesma forma os agentes farmacológicos, tais como as anfetaminas, tricíclicos e barbitúricos podem ter efeitos similares em carregar, descarregar e inibir *modos* específicos. Sem considerar o dilema do problema mente-corpo, ainda é possível englobar estas observações dentro da presente teoria: Os *modos* são conceituados como estruturas unitárias. Vistos de uma perspectiva psicológica, eles têm as características (estruturas, conteúdo, nível de ativação) já descritas. A partir de uma perspectiva neuroquímica, os *modos* podem ser vistos como um conjunto de padrões de redes neurais, até o momento não definidas. A ativação do fenômeno psicológico e dos substratos neurais ocorre como um processo unitário, no qual os aspectos psicológico e neural simplesmente representam diferentes perspectivas do mesmo fenômeno.

O ponto de entrada ao sistema nervoso central e o *caminho* para ativação (ou desativação) do *modo* difere conforme as drogas e as experiências de vida (incluindo a psicoterapia): As drogas afetam o *modo* pela entrada direta ao cérebro, através da corrente sanguínea, e modificam a atividade neural. Os acontecimentos externos são afunilados através dos canais sensitivos, tais como visão e audição, e após um processamento preliminar são transformados na

atividade neural que culmina na ativação ou desativação do *modo*. Independentemente do ponto de entrada - se através dos canais sensitivos ou através da introdução de materiais psicotrópicos no cérebro - o efeito é o mesmo: o *modo* é desativado. A desvantagem da farmacoterapia é que, apesar de conseguir descarregar ou inibir o *modo* disfuncional, ela não produz quaisquer alterações duráveis nas crenças de atribuição de significado. Assim, em um momento posterior, a confluência de condições predisponentes e precipitadoras pode novamente produzir o recrudescimento dos sintomas.

As implicações terapêuticas da presente discussão são relevantes para a duração da terapia e para o impacto sobre os sistemas de crenças. Na prática clínica, é importante concentrar na modificação das crenças disfuncionais, bem como inculcar habilidades cognitivas. Uma vez que os pacientes variam em suas "curvas de aprendizagem", a duração da terapia deveria ser adaptada às necessidades individuais, particularmente conforme indicadas pelas alterações nas crenças disfuncionais e fundamentais. Sessões de reforço, após o término do curso formal da terapia, também seriam indicadas como uma forma de reforçar o aprendizado adaptativo.

Resumo

A formulação da teoria dos *modos* foi estimulada por minha dificuldade em acomodar vários fenômenos psicológicos e psicopatológicos ao modelo esquemático simples de *estímulo* → *esquema cognitivo* → *motivação, emoção e comportamento*. A noção de *modo* pode fornecer uma explicação mais completa da complexidade, previsibilidade, regularidade e singularidade das reações normais e anormais. Um modelo que englobe um composto de estruturas cognitiva, emocional e comportamental, refere-se ao fenômeno clínico e, ao mesmo tempo, resguarda a unidade psicobiológica essencial do organismo. Este novo modelo, além do mais, pode clarificar não somente a forma e o conteúdo dos transtornos psiquiátricos, mas também sua precipitação, oscilação e remissão.

O conceito de *modos* representa uma expansão global da simples teoria dos esquemas e fornece o enquadre para uma teoria integrada de personalidade e psicopatologia. *Modos* são concebidos como unidades estruturais e operacionais de personalidade, que servem para adaptar um indivíduo a mudanças em contingências. Os *modos* consistem em um composto dos sistemas cognitivo, emocional, motivacional e comportamental. Os componentes relevantes desses sistemas são unificados dentro do *modo* e funcionam sincronicamente como estratégias adaptativas. Os *modos* podem explicar uma variedade de funções, que vão desde reações relativamente breves em situações de emergência até fenômenos mais diversificados e permanentes tais como emoção, depressão clínica e preconceito.

Está claro que a organização cognitiva na depressão, por exemplo, não pode ser reduzida a poucos esquemas simples, mas consiste de uma série complexa de esquemas que variam ao longo de várias dimensões, tais como a acessibilidade (explícita ou implícita) e potência ou intensidade (por exemplo, preponderante ou latente). O conglomerado de esquemas também inclui uma ampla categoria de crenças, tais como auto-imagem, expectativas, imperativos e memórias. O conteúdo dessas crenças varia de acordo com certas características, tais como absoluto ou relativo e condicional ou incondicional.

À medida que circunstâncias e demandas mudam, um *modo* relevante para a situação em transformação é ativado. Embora um *modo* seja visto como sendo, de forma geral, ativado por circunstâncias externas relevantes, alguns *modos* podem ser instigados por fatores biológicos, tais como fome ou desejo sexual, ou por condições anormais, tais como transtornos afetivos bipolares. Os humores – reformulados como *modos* – podem ser ativados por fatores endógenos.

De um ponto de vista funcional, é mais econômico para um organismo ter acesso imediato a uma suborganização que recorre aos sistemas cognitivo, emocional e motivacional relevantes, de uma forma global, do que ter que se apoiar em um processo linear de crenças e esquemas individuais, que ativam emoções e motivações congruentes. Além do mais, a dis-

ponibilidade de conjuntos (*clusters*) de crenças e memórias facilitam o processamento paralelo (isto é, global), de sorte que o organismo possa responder quase que instantaneamente a todas as variáveis relevantes em uma situação específica.

Uma nova contribuição à teoria é o conceito “esquema orientativo”. O esquema orientativo consiste de um tipo de algoritmo que estabelece as condições ou circunstâncias necessárias para a ativação do *modo*. Assim, um simples olhar para uma ameaçadora pode colocar em movimento uma ligação simultânea da relevância pessoal, do custo, do risco, das estratégias de enfrentamento e previsão de resultados para uma determinada estratégia. À medida que o *modo* é ativado, os esquemas relevantes coordenados entram em ação e os sistemas emocional, motivacional e comportamental são energizados. Quase simultaneamente, o organismo se torna preparado para a ação, que estabelece as condições ou circunstâncias necessárias para a ativação do *modo*. Uma vez que o *modo* é ativado, a variedade de esquemas coordenados entra em ação. Os sistemas emocional, motivacional e comportamental são ativados simultaneamente.

Independente de serem ativados por eventos ambientais ou por fatores neuroendócrinos internos, os *modos* operam como processadores de informação de situações em andamento. Os indivíduos constantemente monitoram seus ambientes interno e externo quando um conjunto particular de condições “caixa” ao algoritmo ou à forma original do esquema orientativo ligado ao *modo*, o composto cognitivo *modo* é carregado. À medida que o significado atribuído à situação pelos esquemas cognitivos, os sistemas emocional, motivacional e comportamental congruentes se tornam carregados. O conteúdo dos esquemas cognitivos consiste de regras, crenças e memórias, que moldam o fluxo de informação e os canais cognitivos: interpretações, previsões e inferências. O processo cognitivo inicial está geralmente fora da consciência, mas os produtos freqüentemente penetram até alcançar a consciência.

Um *modo* de luta (ou hostil), por exemplo, pode ser ativado por uma outra pessoa brandindo um bastão de beisebol. A crença orientativa confere um

de "ameaça" e quase instantaneamente energiza o *modo* de luta: A impressão inicial inclui uma representação global do risco, da seriedade e iminência da ameaça e dos recursos individuais de enfrentamento (Beck *et. al.*, 1985). Os componentes apropriados do *modo* são ativados – significado: "estar sendo atacado"; afeto: raiva; motivação: necessidade de lutar; comportamento: mobilização para contra-atacar. Há também um componente fisiológico para esse tipo de *modo*, especificamente uma ativação do sistema nervoso autônomo, manifestada por um aumento em pressão sanguínea, batimentos cardíacos e sudorese.

Muito do processo cognitivo, em situações emergenciais, ocorre fora da consciência, mas geralmente existe um produto cognitivo consciente, em forma de uma imagem, do risco potencial de ser atacado. No geral, os processos não-conscientes ocorrem como respostas automáticas, praticamente reflexas e imediatas a uma ameaça, sendo que o processamento consciente ocorre como uma resposta mais lenta.

O sistema consciente registra os derivativos (pensamentos, sentimentos e desejos) dos componentes reflexivos dos *modos*, bem como dos componentes mais refletidos. Este componente também consiste de fenômenos importantes, tais como o senso consciente de identidade ("eu"), escolha, vontade, valores, estética e curiosidade. O sistema consciente é o mais flexível e adaptável dos sistemas de personalidade e funciona para: (1) sobrepor-se às operações automáticas de um *modo*, quando entram em conflito com valores e planos conscientes; (2) fornecer uma perspectiva mais ampla de uma situação; (3) conduzir um "teste de realidade" dos produtos (inferência automática e previsões); e (4) fornecer um planejamento em longo prazo, mudança de estratégias e estabelecimento de metas. Assim, a interação entre o sistema consciente e o *modo* pode acontecer de forma vertical e em ambas as direções.

A noção de "energia" (catexia, carga) pode explicar o fenômeno de ativação e desativação, de elevação e redução dos limiares, e de sensibilização e dessensibilização. O conceito de carga ou catexia pode explicar como um *modo* particular se torna mais

ativo face a situações de estímulo sucessivas, até que domina o funcionamento individual. Essa acumulação progressiva pode ocorrer em circunstâncias "normais", tais como uma reação profundamente hostil após repetidos insultos, ou em reações anormais, tais como a depressão clínica.

O conceito de "desenergizar" e modificar os *modos* disfuncionais, e construir ou reforçar *modos* mais adaptativos, pode clarificar problemas, tais como remissão e recaída e a escolha da intervenção apropriada. O modelo também fornece algum *insight* sobre o valor relativo e as aplicações específicas de várias intervenções terapêuticas, como distração, treinamento de habilidades e reestruturação de crenças básicas. Ele também destaca a importância de uma abordagem multifacetada para transtornos complexos, tais como a depressão, a qual requer a combinação de intervenções consolidadas por meio "sessões de reforço", a fim de o *modo* disfuncional reforçar o *modo* adaptativo. Este construto também fornece uma explicação para a similaridade e a diferença entre terapia cognitiva e farmacoterapia. A terapia cognitiva é mais eficaz em proteger contra recaídas, porque ela altera a estrutura do *modo*.

O conteúdo de um *modo* particular fornece um guia com relação à possibilidade do indivíduo estar experienciando uma reação normal ou um transtorno clínico. Um estado prolongado caracterizado por um conteúdo extremo, desproporcional a circunstâncias provocadoras, e que não retrocede com a alteração nas circunstâncias, sugere que um transtorno clínico está presente.

Cada um dos transtornos clínicos pode ser descrito em termos de um *modo* específico, com propriedades idiossincráticas cognitivas, emocionais, motivacionais e comportamentais. Os sintomas são manifestações destas propriedades; por exemplo, no *modo* depressivo há uma preocupação com perda (cognitiva), uma tristeza (emocional), e uma inércia e passividade geral (comportamental). Uma função do *modo* depressivo é a conservação de recursos e uma função do *modo* de ansiedade é a imediata autopreservação. Os demais transtornos clínicos também podem ser compreendidos em termos dos componentes do *modo* específico. Suas funções podem

ser geralmente vistas como uma aberração ou exageração de um processo adaptativo normal. Por exemplo, o transtorno obsessivo-compulsivo, o transtorno alimentar, o transtorno de pânico podem ser vistos dessa forma.

Em essência, a formulação do conceito de *modo* pode fornecer uma abordagem para várias questões que dizem respeito à interação entre vários sistemas psicológicos, à relação entre funções inconscientes e conscientes, reações a variáveis situacionais ou endógenas, alterações na intensidade e qualidade de estados emocionais, relação entre personalidade e psicopatologia e as respostas diferenciais das perturbações psicológicas à farmacoterapia e à terapia

cognitiva. Esse acréscimo à terapia cognitiva atual pode fornecer esclarecimentos adicionais sobre processos normais e anormais e pode facilitar o refinamento de estratégias de intervenção.

Agradecimentos

Sou muito grato aos *feedbacks* muito valiosos sobre os primeiros rascunhos deste capítulo que recebi de Judith S. Beck, David A. Clark, David M. Clark, Cathy Flanagan, Robert Leahy, James Pretzer, Paul Salkovskis, John Teasdale, Jeffrey Young e Larry Weiss.

Referências Bibliográficas

Allport, F. H. (1995). *Theories of perception and the concept of structure*. New York: Wiley.

Bandura, A. (1996). *Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Barber, J. P. & DeRubeis, R. J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 441-457.

Bargh, J. A., & Tota, M.E. (1988). Context-dependent automatic processing in depression: Accessibility of negative constructs with regard to self but not others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 925-939.

Barlett, F. C. (1932). *Remembering*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.

Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackman, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.

Dobson, K. F., & Kendall, P. (1993). *Psychopathology and cognition*. New York: Academic Press.

Dweck, C. S., & Leggett, E. L. (1988). A social-cognitive approach to personality and motivation. *Psychological Review*, 95, 453-472.

English, H. B., & English, A. C. (1958). *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms*. New York: Longman.

Epstein, S. (1992). Constructive thinking and mental and physical well being. In L. Montada, S. H. Filipp, & M. J. Lerner (Eds.), *Life crises and experiences of loss in adulthood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Epstein, S. (1994). Integration of cognitive and psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49, 709-724.
- Haaga, D. A., Dyck, M. J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Higgins, E. T. (1996). Knowledge activation: Accessibility, applicability, and salience. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 133-168). New York: Guilford Press.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vols. 1 & 2). New York: Norton.
- Kihlstrom, J. F. (1990). The psychological unconscious. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: theory and research* (pp. 445-464). New York: Guilford Press.
- McGaugh, J. L., Introini-Collison, I. B., & Cahill, L. F., Castellano, C. (1993). Neuromodulatory systems and memory storage: Role of the amygdale. Special issue: Emotion and memory. *Behavioral Brain Research*, 58, 81-90.
- Mischel, W., & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: Reconceptualizing the invariances in personality and the role of situations. *Psychological Review*, 102, 246-248.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. (1989). *Clinical decision making in behavior therapy: A problem-solving perspective*. Champagne, IL: Research Press.
- Pervin, L. A. (1994). A critical analysis of current trait theory. *Psychological Inquiry*, 5, 103-113.
- Piaget, J. (1950). [*Psychology of intelligence*] (M. Pierey & D. E. Berlyne, Trans.). New York: Harcourt, Brace. (Original work published 1947).
- Pinker, S. (1994). *The language instinct: How the mind creates language*. New York: Morrow.
- Rachman, S. (1990). The determinants and treatment of simple phobias. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 12, 1-30.
- Segal, Z., & Ingram, R. E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 1033.
- Simons, A., Garfields, S., & Murphy, G. (1984). The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 45-51.
- Teasdale, J. D., & Barnard, P.J. (1993). *Affect, cognition, and change: Re-modelling depressive thought*. Hove, UK: Erlbaum.
- Williams, M. G., Watts, F. N., McLeod, C., & Matthews A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. New York: Wiley.
- Woody, S., & Rachman, S. (1994). Generalized anxiety disorder (GAD) as an unsuccessful search for safety. *Clinical Psychology Review*, 14, 743-753.