Terapia Cognitivo-Comportamental Das Depressões

Ricardo Wainer
Giovanni Kuckartz Pergher
Neri Maurício Piccoloto

Um dos problemas sociais que mais afligem a população mundial é, sem sombra de dúvida, a depressão. São diversas as pesquisas que demonstram o enorme sofrimento que os indivíduos vitimados por essa psicopatologia suportam e que impõem a seus familiares. Além disso, é comprovado o significativo prejuízo causado à sociedade como um todo, em virtude da disfuncionalidade parcial e/ou até mesmo total acarretada pela depressão.

A depressão constitui-se num importante campo de investigação, tanto em nível de estudos psicopatológicos e de psicoterapias como em nível social. Essa ocorrência é devida ao fato de a depressão atingir grande percentagem da população, causando inutilidade temporária ou permanente nessas pessoas.

A importância do estudo da depressão, seja de sua etiologia, seja dos tratamentos mais eficazes para sua remissão, decorre de ser a perturbação psiquiátrica mais freqüentemente encontrada e também aquela que, por vezes, confronta o terapeuta com situações dramáticas (riscos de suicídio, por exemplo) (Gouveia, 1990).

Além disso, um outro dado alarmante refere-se ao fato de o aparecimento da depressão começar a deixar de ser exclusividade de populações mais idosas e, principalmente, de mulheres para aparecer, com grande incidência na população jovem e, no sexo masculino (Coryell et al.,1995), constituindo, assim, parcial ou total incapacidade de trabalho para a população na faixa mais produtiva.

As TCCs, em especial a terapia cognitiva da depressão de Beck (Beck et al. 1981/1979), constituiram-se, desde seu surgimento até os dias atuais, na abordagem terapêutica de excelência para o tratamento dos transtornos depressivos. Tal consagração se deu na medida em que o formato dessa psicoterapia era breve (ou, pelo menos, de tempo limitado), estruturado, de fácil homogeneização de treinamento para outros psicoterapeutas e focado em processamentos de informações conscientes do paciente, trazendo, com isso, esbatimento rápido da sintomatologia, além de uma maior autonomia do paciente pelo fato deste aprender a lidar com suas cognições disfuncionais (caráter psicopedagógico). Anteriormente, os modelos prioritários para tratamento dessa classe nosográfica consistiam ou no modelo comportamental ou no modelo psicanalítico, que se mostravam pouco eficazes ou muito estendidos na redução da sintomatologia.

O grande sucesso das TCCs no tratamento das depressões consiste em atacar as crenças e as regras disfuncionais por meio das quais todos os dados ambientais e mnemônicos do paciente são processados, gerando os famosos erros de pensamento e comportamentos/emoções disfuncionais. Os propósitos finais fundamentais da TCC consistem em aumentar o nível de automonitoramento do paciente sobre seus pensamentos, fazendo com que ele identifique suas crenças, cheque o quanto acredita nelas e aprenda a testar sua veracidade e/ou validade a partir de procedimentos de resolução de problemas mais racionais. Com isso, acredita-se que o paciente obtenha uma reestruturação cognitiva e adquira as tecnologias necessárias para tornar-se seu próprio terapeuta, tanto durante quanto ao término do tratamento, buscando, com isso, prevenção de futuras recaídas. Vale salientar que o despertar do interesse da comunidade científica para a TCC se deu prioritariamente para a depressão; porém, seus promissores resultados estimularam a irradiação dessa abordagem para diversas outras psicopatologias, fazendo dela o tratamento de escolha para uma ampla gama de transtornos mentais.

Diagnóstico

A questão do diagnóstico e da conceitualização sempre se mostrou controversa, causando, por vezes, desencontros na terminologia científica. Na atualidade, o problema ainda é bastante presente, embora muitas tentativas venham sendo feitas para remediar essa lacuna da homogeneidade de diagnóstico da depressão.

As dificuldades diagnósticas ficam evidentes pela quantidade de trabalhos científicos em que os objetiv estão relacionados quase exclusivamente com minúcias diagnósticas, como, por exemplo, a verificação das difere ças entre as subdivisões dos estados depressivos (Haslam & Beck, 1994; Pepper et al., 1995), o estudo sintomatologias comportamentais depressivas características (Krishnan et al., 1995) ou mesmo a validação modelos diagnósticos (Petronis & Kennedy, 1995).

No presente capítulo será utilizado, como critério classificatório das depressões, o critério utilizado no DSI IV-TR, ou seja, o da abordagem sindrômica quantitativa, que é empregada com a finalidade de melhorar a confiabilida do diagnóstico, possibilitando uma linguagem quase universal entre os profissionais de saúde mental.

Quando falamos em depressão, estamos nos referindo, mais especificamente, à classificação de d pressão maior. Essa classificação provém do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Menta (quarta edição – texto revisado) – DSM-IV-TR. Acredita-se ser importante essa delimitação, pois a depre são, ou melhor, a sintomatologia depressiva pode ser encontrada agregada a diversos outros quadros psicop tológicos, sem, no entanto, ser o foco central do distúrbio. Segundo o DSM-IV-TR, para o diagnóstico transtorno depressivo maior, é necessária a presença de pelo menos um episódio de depressão maior, que definido pelos seguintes critérios:

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante um período de 2 semanas representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas que se devam nitidamente devidos a uma condição médica geral ou a alucin ções ou delírios incongruentes com o humor.

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por e sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito);

Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior pa do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros);

(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em mês) ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;

Nota: Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados.

(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias;

(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensaçõ subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias;

(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente);

(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subj tivo ou observação feita por outros);

(9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem u plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio;

B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um episódio misto (p. 319).

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abu ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotiroidismo).

E. Os sintomas não são melhor explicados por luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintom persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupaç mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

dizer que, quanto maior for o número de episódios depressivos no passado, maior a probabilidade de que venham a ocorrer no futuro (veja Figura 1). As implicações para o planejamento da psicoterapia são óbvias: p pacientes com depressões de caráter crônico serão necessárias intervenções de maior duração e um acompan mento a longo prazo mais sistemático. Nos casos em que os episódios depressivos são circunscritos, intervenç de curta duração usualmente são suficientes e as preocupações com acompanhamentos de longo prazo são me res. A detecção e o tratamento do primeiro episódio de depressão maior são de fundamental importância, pois u adequada intervenção aos primeiros sinais melhora o curso dessa psicopatologia, que tende a ser recorrente (Piccol Wainer, Benvegnú e Juruena, 2000).

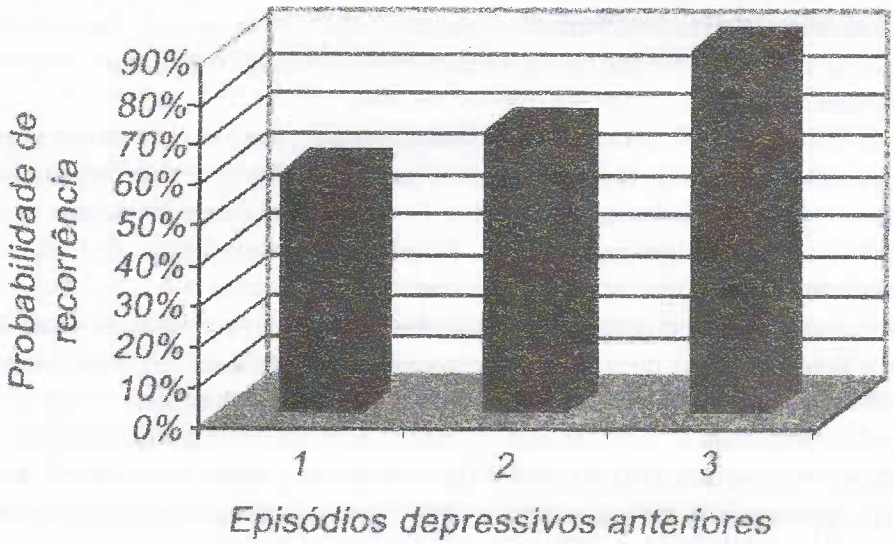

Figura 1: *Probabilidade de recorrência de episódio depressivo maior, em função do número de episódios anteriores*

Um outro aspecto que deve ser considerado ao se estabelecer o prognóstico de um quadro depress envolve características da rede de apoio social. Na realidade, mais importante que a rede de apoio é a percep que o paciente tem a seu respeito. É perfeitamente possível que o terapeuta avalie o entorno social de alguém procura atendimento como sendo favorável e essa pessoa não veja a situação da mesma maneira. De ma relevância, portanto, não é a rede em si, e sim a satisfação do paciente com relação a ela. Assim, um descontem mento com o suporte social está associado a uma menor probabilidade de obtenção de melhoria do quadro depress (Ezquiagua et al. 1999). Por outro lado, uma história de estabilidade nas amizades durante a adolescência, b como no funcionamento familiar são indicativos de bom prognóstico (Riise e Lund, 2001).

O ambiente no qual o paciente está inserido pode exercer influências sobre o quadro depressivo de diver maneiras. Entre essas inúmeras influências, os estressores psicossociais têm um importante papel, principalmente no que refere à cronicidade da psicopatologia. Doenças na família, problemas financeiros, dificuldades de moradia são alg exemplos desse tipo de estressores, os quais devem ser devidamente investigados, uma vez que mostram-se como fo contribuintes no prolongamento de episódios depressivos (Riso, Miyatake e Thase, 2002). Além disso, a intervenção psicoterápi muitas vezes, vai incidir, direta ou indiretamente, sobre esses aspectos, facilitando, assim, a remissão do quadro.

A depressão maior é freqüentemente acompanhada por outros transtornos de eixo I – principalmente tra tornos de ansiedade e abuso de substâncias. Esses elevados índices de comorbidade, entretanto, não são por aca Conforme veremos mais adiante, existe uma série de processamentos cognitivos que estão subjacentes a diver psicopatologias, ou seja, diferentes sintomas são provocados por mecanismos psicológicos bastante semelhantes. N casos em que há outros transtornos psiquiátricos presentes, estes possivelmente irão necessitar de consideração decorrer do trabalho psicoterápico, proporcionando, assim, uma ampla abordagem das dificuldades do paciente.

Um fator usualmente associado a uma refratariedade quanto ao tratamento da depressão diz respeito características de personalidade – mais especificamente, aos transtornos de personalidade. Os dados da literatu

bem como a experiência clínica dos autores, têm apontado que os casos de depressão, quando associados a transtornos de personalidade, são de tratamento mais difícil e prolongado.

Nos casos em que há comorbidade com transtornos de personalidade, freqüentemente é exigido do terapeuta conhecimento de um amplo arsenal de estratégias psicoterapêuticas, bem como uma elevada flexibilidade clínica em sua utilização. Tais habilidades funcionam como auxílio para lidar com a refratariedade intrínseca a esses transtornos. A tolerância à frustração é igualmente importante, na medida em que a melhora, em muitos casos, é insatisfatória.

No estudo da personalidade (e de seus transtornos), uma das características que vêm sendo extensamente investigadas é o neuroticismo. Sendo definido como uma "instabilidade emocional, vulnerabilidade ao estresse e propensão à ansiedade" (Riso, Miyatake, Thase, 2002:105), o neuroticismo, quando presente em quadros depressivos, apresenta uma forte relação com resultados de tratamento pouco satisfatórios.

Diversos estudos têm assinalado o sexo feminino como um fator de risco para a depressão, embora existam dúvidas quanto à fidedignidade desses dados, na medida em que as mulheres apresentam, em função de aspectos socioculturais, uma maior tendência a procurar auxílio e a externar os sintomas experienciados, quando comparadas aos homens (Möller-Leimkühler, 2002). Outro aspecto que tende a mascarar as estatísticas é o fato de a depressão em homens freqüentemente vir associada a quadros de dependência química/alcoolismo, levando a um diagnóstico principal de um transtorno aditivo, e não de um transtorno afetivo.

Já se sabe que a depressão está freqüentemente associada a outros transtornos, entre os quais destacam-se os de ansiedade e os aditivos. Os altos índices de comorbidade com essas psicopatologias específicas não são casuais; eles refletem estruturas e processamentos cognitivos semelhantes.

A percepção de ausência de controle sobre as situações gera ansiedade. Na tentativa de redução dessa ansiedade, o paciente tenta gerar ou trabalhar com estratégias de enfrentamento para diminuir o grau de desconforto gerado por ela. Entretanto, se não conseguir diminuir o nível de ansiedade a partir de suas tentativas, há uma tendência de inventar crenças acerca de sua baixa capacidade para lidar com problemas novos, gerando uma baixa auto-estima. Pode-se ver, assim, o espectro entre ansiedade e depressão. Por um lado, o paciente se acha incapaz de encarar situações difíceis, e isso gera ansiedade. Por outro, a exposição sistemática a situações "sem controle" leva a uma posição de desespero/desamparo bastante característica dos quadros depressivos (Seligman, 1996).

Outra classe de transtornos freqüentemente encontrada em comorbidade com quadros de depressão refere-se a comportamentos aditivos. Nesses casos, as substâncias psicoativas são consumidas com o intuito de funcionar como paliativos para o elevado sofrimento que experienciam. Um aspecto que muitas vezes entra em jogo nos pacientes que fazem uso de álcool ou de outras drogas para aliviar sua aflição é um repertório muito restrito de estratégias de enfrentamento. Assim, diante de situações de dificuldade, tais pacientes fazem uso de regras de cunho desadaptativo, que versam fundamentalmente sobre a necessidade de consumo de substâncias para o amortecimento dos sintomas, uma vez que respostas mais efetivas de enfrentamento são bastante limitadas. Essa carência em termos de estratégias de enfrentamento adaptativas, associada a regras que incluem o uso de drogas para amortecimento do sofrimento, representa um fator de vulnerabilidade para a perpetuação do transtorno depressivo e o desenvolvimento de uma dependência química.

MODELOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Sendo que a depressão foi um dos primeiros distúrbios psicológicos a ter grande repercussão na vinculação com a terapia cognitiva, diversos foram os modelos psicopatológicos desenvolvidos para explicar e predizer o *modus operandi* desse transtorno. Existem conceitualizações teoréticas bastante distintas sobre a gênese e o desenvolvimento das depressões dentro do cognitivismo, algumas priorizando a arquitetura cognitiva, outras,C os processos de processamento da informação, outras, os impactos ambientais sobre a cognições e outras, com ênfase em um grande processo cognitivo, como a habilidade de resolução de problemas. Sem dúvida, os modelos mais utilizados na prática dos clínicos são os modelos enquadrados dentro das teorias de estruturas mentais, em que se pode elencar a teoria beckiana com uma das mais significativas. Outras teorias explicativas do patológico, como a teoria dos estilos explicativos (p. ex., Seligman e Teasdeale, 1975), a teorias de redes (p. ex., Bower, 1981) ou, ainda, a teoria dos modelos mentais

(Johnson-Laird, 1993) são teorizações extremamente criativas e interessantes. Entretanto, ainda apresentam limitada aplicabilidade. Neste capítulo, enfatizaremos dois modelos que pressupõem estruturas mentais: o modelo de Beck (Beck et al. 1981/1979) e o Modelo Psicopatológico Orientado às Estruturas do conhecimento.

MODELO DE BECK

Vários estudos reforçam a eficácia de analisar-se a depressão e as demais psicopatologias dentro da abordagem cognitiva. Tanto o é que a utilização de técnicas psicoterápicas que possuem em seu arcabouço tal abordagem obtém excelentes resultados práticos. Resultados em nível de avaliação das terapias cognitivas no tratamento da depressão mostraram ser esta equivalente ou superior ao tratamento com medicação antidepressiva e superior ou equivalente à terapia comportamental (Williams, Scott e Beck, 1992/1993).

Falar do conceito de depressão sob a abordagem da psicopatologia cognitiva nos remete automaticamente a dois conceitos fundamentais e que constituem a base do entendimento desse distúrbio pelos cognitivistas. São eles: o esquema disfuncional e a " tríade cognitiva" da depressão. T ais conceitos dizem respeito à estruturação cognitiva que afetam sobremaneira a personalidade do indivíduo e, conseqüentemente, seus comportamentos.

Os esquemas são vistos pela Psicologia Cognitiva e pela TCCs como as estruturas cognitivas que organizam a experiência e o comportamento e que têm as "crenças" e as "regras" que representam os conteúdos dos esquemas e, por conseguinte, determinam o conteúdo do pensamento (Beck e Freeman, 1993/1990).

A "tríade cognitiva" da depressão, por sua vez, consiste de três padrões cognitivos principais, que induzem o paciente a encarar a si mesmo, seu futuro e suas experiências de uma forma idiossincraticamente negativa. Compõe-se de:

a) tendência a subestimar ou a criticar a si mesmo pelas dificuldades;

b) tendência a interpretar suas experiências correntes de forma negativa; e

c) visão negativista do futuro (Beck et al., 1981/1979).

Apesar de existirem diversas teorias que trabalham sob o prisma de uma estrutura cognitiva específica, abordaremos, neste capítulo, unicamente a teoria que fala dos esquemas mentais, por ser o constructo mais trabalhado com relação às teorias da depressão.

Esquemas (*schemata* no inglês britânico e *schema* no inglês americano) são definidos como "padrões cognitivos relativamente estáveis que formam a base para a regularidade nas interpretações de um conjunto particular de situações" (Beck *apud* Champion s Power, 1995). O pressuposto básico dessa teoria é que os esquemas funcionam como modelos referenciais internos que, ao serem ativados, escrutinam, codificam, categorizam e avaliam os estímulos. Assim, todas as informações, sejam elas provenientes do meio externo (p. ex., discussões, desempenho no trabalho) ou interno (p. ex., sensações corporais, sentimentos) são processadas de acordo com essas estruturas.

Segundo esse modelo, os esquemas funcionam como uma espécie de matriz, a qual reveste as experiências cotidianas de sentido. Todos possuem um conjunto idiossincrático dessas estruturas, e é este conjunto que, ao gerenciar os processos que ocorrem entre a entrada de informações advindas do ambiente e os comportamentos, emoções e reações fisiológicas, faz com que cada pessoa seja única, diferente das demais. As interpretações que fazemos sobre o ambiente, portanto, não se referem a componentes preexistentes na realidade, uma vez que elas são fruto de cognições singularmente construídas. Isso explica, por exemplo, como uma mesma situação pode ser interpretada de maneiras tão singulares por diferentes indivíduos.

Suponha que o chefe de um determinado setor de uma empresa diga aos seus funcionários: "Todos vocês estão muito preguiçosos. Se não produzirem mais, cabeças vão rolar!". Diante disso, o funcionário João pensa: "Esses meus colegas são uns incompetentes mesmo. Se dependesse de mim, nossa produção já teria dobrado". Ao mesmo tempo, André tem idéias bastante distintas: "O chefe está se referindo a mim. Eu estou afundando a empresa e prejudicando os outros". Nessa situação, será que realmente existe uma diferença abissal no desempenho dos dois funcionários? Pode até ser que sim. Essa, entretanto, é apenas uma hipótese. Uma outra alternativa possível é a de que, frente a verbalização do chefe, diferentes referenciais pessoais foram utilizados para interpretá-la, gerando diferentes respostas. E é justamente sobre

esse ponto – as interpretações que são feitas sobre os eventos – que incide grande parte do trabalho da terapia cognitiva para a depressão.

Os esquemas, por serem os formadores da identidade das pessoas, não são desadaptativos *a priori*. Todos possuem um conjunto de cognições que são utilizadas para atribuir significado às experiências, atribuição essa que pode ser perfeitamente adequada. Entretanto, algum nível de distorção dos dados objetivos sempre estará presente na medida em que a própria noção de realidade é uma construção, determinada pelos processamentos cognitivos subjacentes à interpretação dos dados objetivos. O que está relacionado às psicopatologias, portanto, não são os esquemas em si, mas sim o fato de serem rígidos, inflexíveis e hipervalentes. A diferença entre saúde e doença não pode ser compreendida em termos qualitativos, mas sim em termos quantitativos, ou seja, todos distorcem a realidade; a questão é o quanto fazem isso (Fennell, 1989/1997).

Quando desadaptativos, os esquemas são responsáveis por uma excessiva tendenciosidade no processamento informacional. Cada psicopatologia está associada com distorções específicas que são realizadas em relação ao eu, ao ambiente e ao futuro – os três componentes da tríade cognitiva. No caso da depressão, as tendenciosidades geradas pelos esquemas aparecem sob a forma de uma propensão a interpretar a si mesmo, ao mundo e ao futuro de maneira demasiadamente negativa, constituindo a tríade cognitiva da depressão.

A construção da realidade com base em referenciais próprios é um processo extremamente particularizado e que começa muito precocemente, quase logo após o nascimento. A partir das interações cotidianas da criança com o ambiente, vão sendo insidiosamente edificadas estruturas cognitivas que irão ditar a maneira como os dados da realidade serão compreendidos. Esse início extremamente primitivo dos esquemas torna-os profundamente familiares, fazendo com que sejam vistos pelo sujeito como verdades absolutas e inquestionáveis (Beck et al. 1981/1979).

Para uma compreensão adequada de um quadro de depressão, é necessário sempre ter em mente que há todo um passado que tende a facilitar a perpetuação dos esquemas disfuncionais e, em conseqüência disso, dos déficits comportamentais. Tais referenciais passados são utilizados pelo paciente para fundamentar suas idéias acerca da imutabilidade de sua decadente condição atual, gerando uma série de círculos viciosos. Talvez o mais importante desses círculos refira-se a uma não-emissão de respostas de enfrentamento, a qual só vem a corroborar as cognições disfuncionais. Nesse sentido, conforme veremos na sessão sobre o tratamento, a terapia cognitiva deve visar, entre outras coisas, um ganho comportamental concreto, na medida em que, havendo tal modificação, círculos viciosos começam a ser quebrados.

Outro aspecto importante da teoria cognitiva, é, portanto, não ver o sujeito como desejoso de sua condição, mas como prisioneiro da forma como suas cognições se estruturam. Não é uma questão de querer ou não, mas sim de conseguir processar a informação de modos distintos.

Em termos de uma intervenção terapêutica, entretanto, a visão deve ser diametralmente oposta. Os esquemas maladaptativos são compreendidos como estruturas que foram aprendidas, podendo, portanto, ser desaprendidas ou, melhor dizendo, reaprendidas de maneira mais adaptativa.

Até o presente momento, discorremos, fundamentalmente, sobre as estruturas cognitivas denominadas esquemas, as quais contêm as crenças e que estão profundamente arraigadas na estrutura psicológica do sujeito, sendo, portanto, difíceis de acessar conscientemente. Tais estruturas, por sua vez, funcionam como pano de fundo para um nível mais superficial de cognições – os pensamentos automáticos –, mais facilmente acessáveis mediante monitoramento.

Os pensamentos automáticos (PA's) são comuns a todos nós; eles são intrínsecos ao fluxo normal de pensamento, pois, a toda hora, estamos interpretando de alguma forma os eventos vivenciados. Como fazem parte de um padrão repetitivo de raciocínio, os PA's são extremamente habituais. Embora passem a todo instante pela nossa cabeça, normalmente não são percebidos conscientemente, justamente em função de nos serem altamente familiares. É esse nível de cognição que faz a mediação entre uma determinada situação vivida e as reações dela advindas, sejam elas comportamentais, emocionais ou fisiológicas. Os sentimentos que experienciamos diante dos mais diversos eventos, portanto, são um reflexo dos pensamentos automáticos surgidos por ocasião da interpretação dessas situações.

No exemplo anterior, os dois funcionários tiveram reações distintas diante da mesma situação. João, por t pensado "Esses meus colegas são uns incompetentes mesmo", sentiu raiva de seus companheiros, e sua atitu posterior foi de represália daqueles que julgava desprovidos de habilidades para trabalhar no setor. André, pe contrário, sentiu-se culpado, pois seu pensamento "Eu estou afundando a empresa e prejudicando os outros" atrib as responsabilidades pela baixa produção a ele próprio, e não à equipe como um todo. Como conseqüência, fic cabisbaixo, sem conseguir olhar os colegas nos olhos.

Como pode ser percebido nesse exemplo, um mesmo evento, ao ser interpretado de maneiras diferent deu origem a respostas bastante diferenciadas. O que esteve em jogo, portanto, não foi a situação em si, mas sim pensamentos que fizeram a mediação entre o que foi objetivamente experienciado e as reações advindas diante tal situação. Tendo em vista que esses pensamentos estão intimamente relacionados com os estados de humor, el constituem-se num importante foco de atuação para terapia cognitiva.

Os pensamentos automáticos, assim como os esquemas, não ocorrem apenas nos quadros depressivos psicopatológicos; eles são constituintes da cognição humana. O que acontece, no caso da depressão, é que o flu de pensamentos automáticos é determinado por um sistema de crenças já estruturado de maneira desadaptati tornando aquele nível mais superficial de cognições também disfuncional. Temos, então, pensamentos automáti negativamente carregados, os quais interpretam sistematicamente os dados objetivos de maneira pessimista. O acaba havendo, portanto, é uma série de erros de pensamento, que acabam por distorcer a realidade segundo viés depressivo. A Figura 2 representa esquematicamente tais distorções.

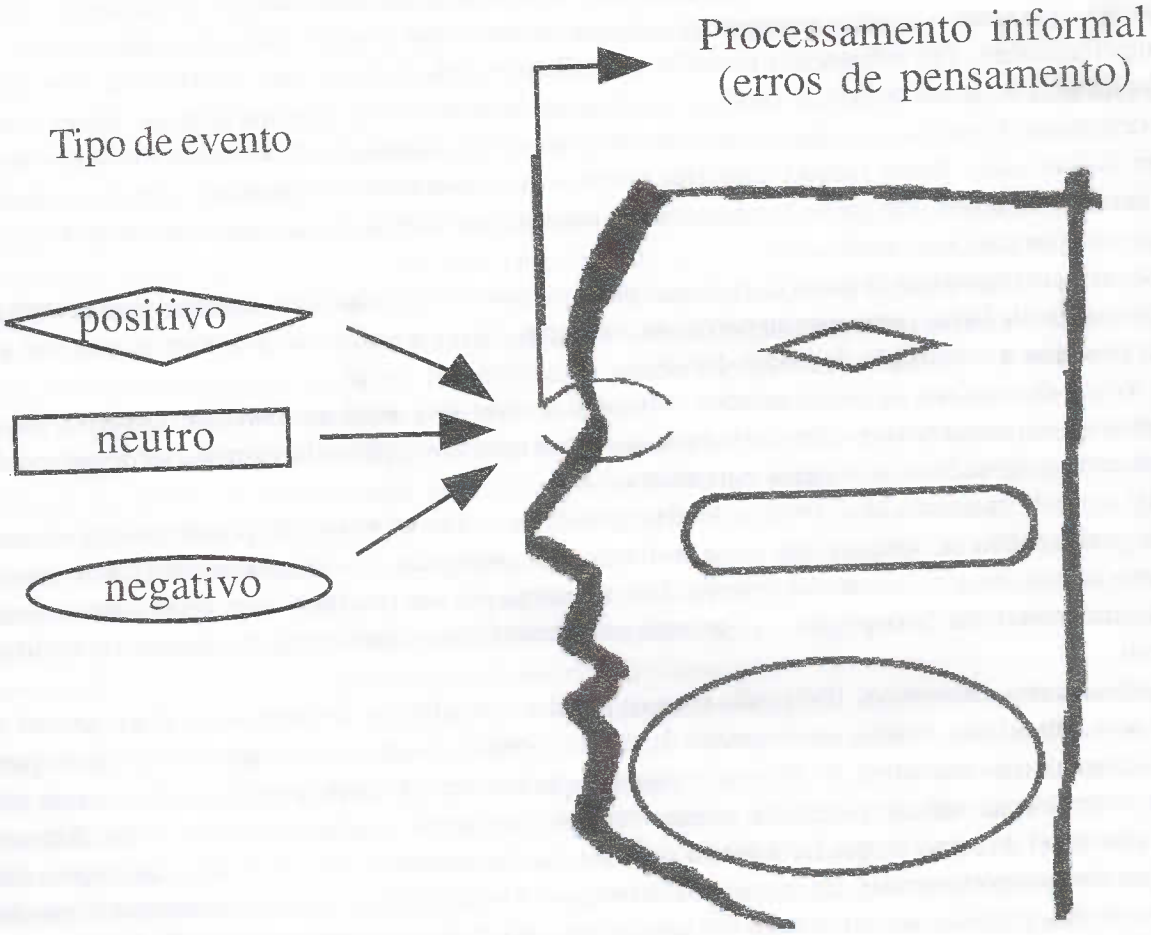

Figura 2: *Representação esquemática das distorções da realidade realizada por pacientes depressivos.*

É importante ressaltar que, ao afirmarmos que os pensamentos automáticos (e, por conseguinte, os esquemas) estão intimamente relacionados com os estados de humor, não estamos falando em uma relação causal. Segundo o modelo cognitivo, o pensamento disfuncional não causa a depressão; ele é apenas um constituinte dela. Conforme apontado anteriormente ao comentarmos acerca dos aspectos etiológicos, a depressão tem sua origem a partir de uma complexa interação entre uma ampla gama de fatores, entre os quais estão os cognitivos. Embora estes não causem depressão, o fato de realizarem a mediação entre os dados objetivos do ambiente e as respostas emitidas, associado ao fato de serem passíveis de monitoramento e alteração, atribui-lhes papel central em termos de intervenção terapêutica.

A dinâmica da estruturação cognitiva em pacientes com depressão foi exposta da seguinte maneira: experiências infantis precoces atuando na edificação de esquemas disfuncionais, os quais, por sua vez, funcionam como pano de fundo para os pensamentos automáticos, que acabam sendo negativamente carregados. Logicamente, seria razoável supor que, para haver modificação dos pensamentos automáticos, é preciso que ocorram mudanças nas suposições subjacentes, na medida em que o colorido daquele nível mais superficial de cognição é determinado por essas estruturas mais arraigadas. Essa lógica, entretanto, não é válida em termos terapêuticos. Conforme veremos mais adiante, na sessão destinada ao tratamento, a intervenção psicoterápica atua inicialmente sobre os pensamentos automáticos disfuncionais, para posteriormente serem trabalhados os esquemas precocemente estabelecidos.

O Modelo Psicopatológico Orientado às Estruturas do Conhecimento

A partir da explicitação de todos os axiomas advindos de sua pesquisa de mestrado e da investigação do estado da arte sobre as características de funcionamento de pacientes com depressão maior, Wainer (1997) realizou a construção de um modelo da depressão em adultos, buscando as bases do entendimento da dinâmica psíquica em que enquadra-se cada axioma. Essas bases referem-se fundamentalmente aos níveis de estrutura do conhecimento, que guiam os processamentos mentais. Esse modelo, chamado Modelo Psicopatológico Orientado às Estruturas do Conhecimento, é apresentado na Figura 3.

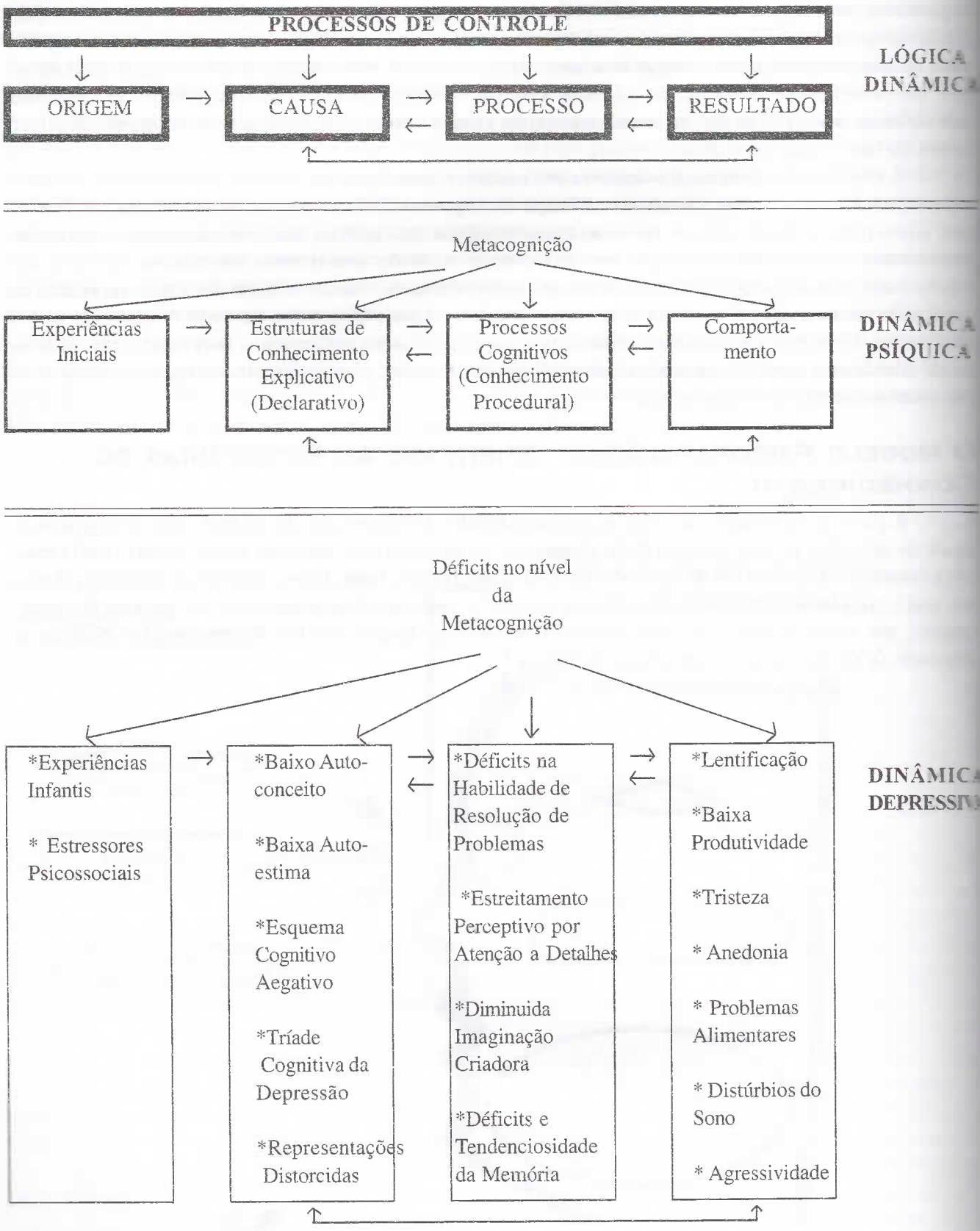

Figura 3: *Esquematização do Modelo Psicopatológico Orientado às Estruturas do Conhecimento.*

O presente modelo apresentado demonstra o paralelismo entre os três níveis dinâmicos de entendimento do funcionamento da cognição humana. Num nível mais geral, temos a dinâmica lógica, expressando as relações entre as partes da estrutura proposta. Por exemplo, demonstra as relações entre "causa" e "processo", explicitando como a "causa" influencia o "processo" e vice-versa. Num outro nível, têm-se as estruturas e os processos relacionados ao conhecimento humano, responsáveis pela gênese e pelo desenvolvimento do psiquismo humano.

Num nível bastante específico, temos como toda essa estrutura do conhecimento apresenta-se na dinâmica depressiva. Assim, para melhor explicação, pode-se entender o baixo auto-conceito, o esquema cognitivo negativo e as representações mentais do depressivo como oriundos das estruturas do conhecimento explicativo (declarativo), que é a "causa" dos processos cognitivos, que, por sua vez, gerenciam o comportamento.

O modelo proposto é caracterizado por um conjunto de processos seqüenciais com interdependências variadas, nos quais se centra a atenção nos processos que os indivíduos utilizam para representar, armazenar e utilizar informações que, finalmente, serão acessadas na resposta comportamental.

As relações propostas no presente modelo, principalmente aquelas relacionadas entre as estruturas do conhecimento explicativo com os processos cognitivos advindos do conhecimento procedural, não aparecem diretamente na literatura psicopatológica, principalmente pela dificuldade metodológica de operacionalização das relações desses dois tipos de conhecimento, constructos da aprendizagem sob a ótica cognitivista.

A análise da esquematização representativa do modelo proposto, apresentado no fluxograma da Figura 3, expressa que todo comportamento depressivo é eliciado por estímulos internos e/ou externos e é resultante de gerenciamentos feitos pelos processos cognitivos superiores. Esses processos, por sua vez, estão condicionados aos conhecimentos básicos do sujeito a respeito de si mesmo e do ambiente (conhecimento explicativo), a partir dos quais formula as produções (estrutura de conhecimento procedural). Tais conhecimentos explicativos são oriundos das representações mentais que o sujeito constrói a partir de seu contato com o meio ambiente e pelas elaborações realizadas no processo de armazenagem de conhecimentos na memória de longa duração. Quando se fala nessas representações está se referindo tanto ao ambiente no sentido físico quanto no psicossocial.

Apesar de os processos cognitivos serem, em grande parte, constituídos pelo processo de compilação do conhecimento explicativo em conhecimentos procedurais, estes últimos também podem afetar o primeiro, na medida em que, fundamentalmente, interferem no processo de percepção/representação do sujeito. Portanto, há uma inter-relação nos dois sentidos em relação à causa-processo (advindo da dinâmica lógica do modelo).

Outro item constitutivo do modelo psicopatológico orientado às estruturas do conhecimento de grande importância é a metacognição, ou os processos de controle, como foram denominados respectivamente na dinâmica psíquica e na dinâmica lógica do modelo. A metacognição é responsável pelo gerenciamento de todo conhecimento do indivíduo exigido pelas demandas das tarefas cognitivas que o sujeito empreende. Apesar de ser uma unidade um tanto autônoma no modelo, ela sofre uma única influência dos demais conhecimentos - quanto maior a quantidade de informações (no caso da depressão, informações irrelevantes ou psicopatológicas) na memória de curta-duração, menor a utilização da metacognição e, conseqüentemente, menor o controle sobre o empreendimento cognitivo levado a cabo.

Embora se saiba que há eventos que originam os conhecimentos disfuncionais que acabam por constituir um quadro psicopatológico, nos estudos de psicopatologia cognitiva e até mesmo nos estudos de psicoterapia cognitivo-comportamental, tais origens não são o foco dos estudos. Isso por acreditar-se e ter-se comprovações clínicas da empiria de que, se atingida a causa ou somente os processos, já obtêm-se alterações comportamentais oriundas de transformações cognitivas internas. Desse modo, a explicação da dinâmica depressiva não se centrou no tópico Origem, mas nos demais tópicos do modelo.

O comportamento depressivo observável, constituído por todos os sintomas já amplamente descritos pela nosografia psiquiátrica clássica, é resultante do modo como o indivíduo com depressão maior forma e transforma as suas representações mentais – unidade básica na qual todos os conhecimentos se estruturam.

Nos depressivos, observam-se representações proposicionais (do conhecimento explicativo) acerca de si mesmos e do mundo que são caracterizadas pela menos valia e pela desesperança. Aí encontram-se o baixo auto-conceito e a baixa auto-estima, bem como o esquema cognitivo disfuncional e sua tríade cognitiva.

Tais conhecimentos, ao serem compilados nos processos de aquisição de conhecimentos procedurais, a bam por afetar esses últimos conhecimentos, que trazem como conseqüência déficits significativos nos mais di sos processos cognitivos, como pode ser observado no modelo proposto na Figura 3.

Por estar com diversos conhecimentos explicativos negativos ativados, sistematicamente, na memória curta-duração, o depressivo acaba tendo dificuldades de monitorar suas ações e seus pensamentos, não da vazão para a atuação do conhecimento metacognitivo. Esse conhecimento metacognitivo, inclusive, mostra-se defasagem nos sujeitos com depressão maior, como é pontuado na literatura (Feldhusen, 1995).

O modelo proposto apresenta, portanto, um conjunto de relações entre estruturas e processos, os quais relacionados aos diversos tipos de conhecimento que o ser humano cria e utiliza no seu contato com o ambie Esses conhecimentos que o indivíduo tem de si mesmo e do ambiente acabam por influir na definição de s características de personalidade e no modo como ele representa mentalmente seu ambiente biopsicossocial. N especificamente, o modelo apresentado propõe as relações entre origem-causa-processo-resultado e os proce de controle existentes na dinâmica dos sujeitos com depressão maior. A proposta desse modelo contribui com novo enfoque para o entendimento das psicopatologias, ou seja, um enfoque orientado às estruturas do conhecim to humano na compreensão do psicopatológico.

TRATAMENTO

A perpetuação da depressão envolve uma série de círculos viciosos, em que pensamentos automát negativos, humor deprimido, motivação reduzida e inatividade interatuam continuamente, dificultando a remissã episódio depressivo. A terapia cognitiva, portanto, vai visar, inicialmente, o rompimento desses círculos vicio promovendo um alívio dos sintomas (Deckersbach, Gershuny e Otto, 2000). Essa redução inicial dos sintom desejável por uma série de fatores. Em primeiro lugar, favorece o engajamento do paciente no tratamento medida em que este percebe a existência de "uma luz no fim do túnel". Em segundo lugar, ajuda a fortalec vínculo terapêutico, uma vez que o terapeuta é visto como alguém que pode prestar auxílio. Finalmente, o a inicial já é utilizado para mostrar ao paciente a relação entre suas cognições e seu humor, credibilitando, assi trabalho dentro do modelo cognitivo. Os princípios que norteiam esse processo de quebra de círculos vicioso apresentados a seguir.

Um trabalho adequado dentro da abordagem cognitiva pressupõe que diversas características se fa presentes durante o processo psicoterapêutico. Obviamente, isso tem implicações em termos das habilidade cessárias ao terapeuta, uma vez que o "clima" do tratamento vai depender de sua capacidade para coloca prática os princípios que norteiam a terapêutica sob o enfoque cognitivo. Em outras palavras, as característic terapia cognitiva requerem do terapeuta uma série de habilidades, as quais devem apresentar compatibilidade o ambiente em que essa abordagem psicoterápica deve idealmente ocorrer.

A necessidade da correspondência entre os princípios da terapia cognitiva e as características do tera não significa que este deva possuir tais habilidades *a priori*. Muitas delas podem ser desenvolvidas com o te contanto que haja constante esforço para que se façam presentes no decorrer do trabalho terapêutico.

Não é necessário dizer que, antes de mais nada, um bom terapeuta cognitivo é também um estudio teoria cognitiva. Uma sólida fundamentação em termos teóricos é absolutamente imprescindível, na medida er a prática clínica é por ela regida. O domínio da teoria, além de servir de sustentação para o estabelecimento d norte comum, permite que o terapeuta compartilhe com maior clareza com seu paciente o diagrama de conceituali cognitiva, facilitando o desenvolvimento do caráter psicopedagógico visado pela terapia cognitiva, conforme mos adiante.

Considerando-se que o ser humano, sob a abordagem cognitivista, é visto como um processador ati informações, não existiriam razões para que essa característica (atividade) não estivesse presente ne decor terapia. O terapeuta, portanto, deve reconhecer seu paciente como uma pessoa com potencialidades para, mente, buscar e atingir a(s) mudança(s) desejada(s), mesmo que certas circunstâncias dificultem seu acontec to. O trabalho terapêutico nunca é unilateral; cada um é responsável por uma parte do processo e isso deve muito claro para ambos. Caso o terapeuta tenha uma postura que, de alguma forma, transmita a idéia de que

quem resolve os problemas do paciente, poderá criar uma relação de dependência extremamente prejudicial, tendo em vista os princípios e objetivos da terapia cognitiva. Da mesma forma, se o paciente não acreditar que o terapeuta pode fazer algo para ajudá-lo, possivelmente não lhe dará ouvidos e não procurará empenhar-se no processo.

Para que possa haver uma postura ativa, tanto do paciente quanto do terapeuta, a colaboração entre as duas partes é fundamental. O engajamento de ambos no processo de mudança será maximizado na medida em que eles trabalharem como uma equipe, estabelecendo e buscando o alcance de objetivos comuns. Quando as metas são formuladas conjuntamente, cria-se um espírito de cooperação, o qual funciona como um importante motor propulsor para a mudança terapêutica.

A terapia ocorre em um clima fundamentalmente aberto e sincero. Desconfiança, criticismo e censura podem exercer graves e negativas interferências sobre o bom andamento do tratamento. Como conseqüência, o terapeuta deve estar preparado para constantemente oferecer e receber *feedback*. Essa, contudo, não é uma tarefa fácil. É preciso uma empatia bem desenvolvida para fazê-lo com habilidade, pois determinados assuntos, especialmente aqueles que são bastante significativos e difíceis para o paciente, precisam ser abordados de uma maneira bastante cautelosa. Ao mesmo tempo, é importante que não seja transmitida a impressão de que eles não podem ser discutidos abertamente. Assim, o terapeuta, tanto a partir de suas falas quanto por suas atitudes, deve comunicar-se de forma aberta e descontraída, mostrando-se disposto a encarar de frente as dificuldades que seu paciente está atravessando.

Após esses breves apontamentos sobre algumas das características da terapia e do terapeuta, passaremos para o tratamento propriamente dito. A terapêutica será apresentada segundo três etapas principais: sessões iniciais, intermediárias e finais. Concomitantemente, será apresentado um exemplo se como foi trabalhado em cada uma das três etapas.

Sessões Iniciais

Para que sejam implementadas as técnicas mais adequadas para a redução dos sintomas específicos de cada caso, sejam elas comportamentais ou cognitivas, mostra-se imprescindível uma boa avaliação inicial. Em linhas gerais, essa avaliação deve visar a obtenção de dados suficientes para que seja feito o diagrama de conceitualização cognitiva, ou seja, o terapeuta necessita obter um panorama das problemáticas apresentadas pelo paciente, de modo que conheça os aspectos que merecerão atenção terapêutica no futuro. Isso não significa que se precise saber tudo sobre o paciente. Tendo em vista o caráter focal e orientado ao presente da terapia cognitiva, o diagnóstico inicial deve incluir aqueles dados da história que são relevantes para a compreensão dos problemas atuais.

De especial relevância para essa anamnese inicial é a investigação daqueles fatores abordados anteriormente na sessão sobre o prognóstico. Deve-se determinar em que níveis o paciente está exposto àqueles fatores, sabidamente associados à cronicidade da depressão, uma vez que esses dados oferecerão subsídios para o planejamento do tratamento.

A avaliação da problemática atual do paciente, incluindo sua história, não prescinde da realização de um diagnóstico ateórico. Tendo em vista que a depressão é comumente encontrada em comorbidade com outras psicopatologias, é preciso uma refinada atenção do clínico para que todos os sintomas sejam avaliados cuidadosamente. A partir de um diagnóstico nosográfico, o terapeuta conhece o provável curso da doença, as técnicas mais indicadas para aquele(s) transtorno(s). Além disso, caso venha a ser considerada necessária a utilização de medicação, sua escolha vai ser determinada em função do diagnóstico do paciente.

Algumas pessoas, especialmente aquelas que vieram de tratamentos prévios em outras abordagens menos diretivas, tendem a fazer longas divagações acerca de seu passado, comumente relatando informações que nada têm a ver com a situação atual. Nesse sentido, cabe ao terapeuta, a partir da familiarização do paciente com as características da terapia cognitiva, direcionar o esforço da dupla terapêutica na obtenção de dados que permitam entender melhor os sintomas atualmente apresentados.

A familiarização do paciente quanto às características da terapia cognitiva deve ocorrer desde o início, tornando o processo terapêutico sempre objetivo e produtivo. Nesse sentido, o componente psicoeducacional da

terapia é fundamental, pois é a partir dele que serão estabelecidos os parâmetros para o desenvolvimento do trabalho vindouro. A psicoeducação das sessões iniciais pode ser dividida em duas grandes áreas interdependentes: uma relativa à psicopatologia e outra relativa à terapia em si (e a seus princípios). A separação entre a psicoeducação quanto à psicopatologia e quanto à terapia em si foi realizada apenas com fins didáticos, uma vez que sua interdependência faz com que ambas sejam trabalhadas conjuntamente.

No concernente à psicoeducação quanto à psicopatologia, o paciente precisa receber informações sobre o(s) transtorno(s) diagnosticado(s), tanto com relação ao seu curso quanto ao seu funcionamento. É recomendável que seja feito um "gancho", relacionando o desenvolvimento dos sintomas com a história de vida do paciente. Fazendo tal relação, fica facilitada a compreensão da doença e de seu significado diante de sua história, proporcionando uma maior clareza a respeito do que há pela frente para ser enfrentado. É preciso que fique claro para o paciente que, da mesma forma que seus sintomas foram construídos, eles podem ser reconstruídos, e é isso que a terapia vai visar. As informações sobre o curso do transtorno, conforme veremos mais adiante, ao examinarmos as sessões finais, é um importante componente para o trabalho de prevenção à recaída.

O segundo componente psicoeducacional, que diz respeito à terapia cognitiva propriamente dita, visa familiarizar o paciente quanto aos seus princípios. A compreensão do paciente nesse sentido é fundamental, pois um não entendimento dificulta o bom andamento do processo terapêutico, já que acaba evidenciando-se uma incompatibilidade em termos dos pressupostos de paciente e terapeuta. Numa diligência em equipe, como a que ocorre na terapia cognitiva, deve haver um bom entrosamento e comunicação entre seus membros, e isso só é possível quando ambos compartilham formas semelhantes de pensar e de trabalhar.

Além disso, tendo em vista que a terapia cognitiva possui um eminente caráter racional, esta só poderá ser adequadamente posta em prática pelo paciente se ele tiver se apropriado de uma base que a sustente. A partir do entendimento dos princípios da terapia cognitiva, o paciente terá subsídios que irão favorecer sua compreensão acerca do modo como constrói sua realidade, facilitando a percepção dos erros de interpretação que comumente comete.

Aqui, novamente, o gancho com a história de vida do paciente é fundamental. Explanações apenas em nível teórico podem dificultar a compreensão, especialmente para aqueles pacientes que apresentam déficits em termos de abstração. Não obstante, quando os princípios da terapia cognitiva são colocados em relação a eventos concretos, o paciente tem dados mais palpáveis, que o auxiliam a perceber as conexões entre pensamentos, emoções e comportamentos.

Sem tal percepção do paciente, todo o trabalho futuro tende ser prejudicado. Dessa forma, o clínico precisa estar bastante atento e averiguar se o paciente realmente sente-se familiarizado com os princípios da terapia cognitiva. Em muitos casos, especialmente naqueles em que o paciente possui características dependentes pronunciadas, há uma simples concordância com o terapeuta (possivelmente em função de um temor à rejeição), mesmo que o paciente não tenha conseguido compreender absolutamente nada.

É bastante conhecido o caráter fundamentalmente pragmático da terapia cognitiva, qual seja, de uma busca em que o processo terapêutico promova benefícios concretos para a vida do paciente. Para que possam haver ganhos palpáveis, é imprescindível que se estabeleçam metas igualmente concretas. Se a dupla terapêutica não sabe o que está buscando, fica extremamente difícil chegar a algum lugar, pois os caminhos tornam-se e emaranhados quando os objetivos são traçados de forma nebulosa. A busca do alcance das metas também fica intrincada quando essas são traçadas unilateralmente. Diante desse quadro, o terapeuta tem uma tarefa que exige perícia: estabelecer, com seu paciente, metas para o tratamento, as quais não podem ser demasiado simples (o que não significaria um ganho relevante em relação ao *status quo*), tampouco excessivamente complexas (o que possivelmente resultaria num não alcance, gerando frustração e favorecendo as cognições negativas).

Não são raros os casos em que o paciente pensa em metas inespecíficas (p. ex., "ser feliz") ou em objetivos muito altos (p. ex., comprar um carro e um apartamento novos, obter uma promoção na empresa e ser reconhecido por esse trabalho). Da mesma forma, o terapeuta pode ter expectativas muito diferenciadas em relação às de seu paciente (tanto para mais quanto para menos), podendo gerar incompatibilidade entre as partes. Nesse sentido, colaboração e comunicação efetivas são indispensáveis, pois proporcionam satisfação e empenho

de ambos os membros da equipe na busca dos objetivos traçados. O que nunca pode ser esquecido, entretanto, é que as metas devem ser estabelecidas em termos concretos, pois, caso contrário, não poderão ser atingidas.

No intuito de maximizar os ganhos cotidianos por parte do paciente, uma estratégia amplamente utilizada é a determinação de tarefas de casa. A fim de que uma mudança comportamental efetiva ocorra, é preciso que os princípios da terapia cognitiva sejam colocados em prática no dia-a-dia. Para tanto, terapeuta e paciente discutem conjuntamente ações para serem praticadas no intervalo entre as sessões, ações essa que devem representar pequenos passos na direção das metas definidas. As tarefas de casa, portanto, são consideradas como um aspecto indiscreto do processo terapêutico (Garland e Scott, 2002).

Na escolha da ação específica que o paciente deverá realizar, uma regra básica a ser considerada é a de que a tarefa deve estar em íntima relação com os assuntos abordados durante a sessão terapêutica. Quando tal conexão acontece, cria-se um senso de que a terapia está realmente objetivando mudanças concretas na vida do paciente. Uma dissociação entre os tópicos da sessão e as tarefas faz com que essa última perca o sentido, pois acaba por não cumprir seu objetivo: praticar no cotidiano os princípios da terapia cognitiva, reduzindo gradativamente a distância entre o estado atual e os objetivos estabelecidos.

Havendo sucesso na conclusão das tarefas, outras, novas e mais complexas, devem ser determinadas e colocadas em prática. Caso tal sucesso não ocorra, a dupla terapêutica discute e identifica os empecilhos/obstáculos, facilitando a realização das próximas tarefas. Um resultado fora do esperado não significa que a tarefa de casa tenha sido inútil. Qualquer problema que tenha sido identificado fornece dados para que os ajustes sejam feitos, fazendo com que, num futuro próximo, haja uma bem-sucedida realização da tarefa. A Tabela 1 apresenta resumidamente os objetivos gerais das entrevistas iniciais.

Tabela 1: *Objetivos gerais das entrevistas iniciais.*

•Realização de diagnóstico ateórico;
•Coleta de dados da história relevantes para a problemática atual;
•Levantamento de expectativas com relação à terapia;
•Familiarização do paciente quanto aos princípios da terapia cognitiva;
•Definição de metas para o tratamento;
•Início do trabalho rumo ao esbatimento de sintomas.

Considere o caso de Vanessa[1], uma professora de Ensino Fundamental de 30 anos que procura atendimento psicoterápico por estar com dificuldades em seu trabalho e em seu casamento. Tem freqüentemente se sentido desmotivada para ministrar suas aulas, pois acredita que essa atividade passou a não ter mais sentido. Na ocasião em que buscou o tratamento, não estava conseguindo lidar adequadamente com seus alunos. O mínimo sinal de bagunça já era suficiente para que se sentisse extremamente irritada. Nesses momentos, gritava com eles, o que a fazia com que se sentisse culpada depois. Quando se sentia cassim, pensava que tinha sido injusta com os alunos, pois, se eles estavam conversando, é porque sua aula era um fracasso, de modo que a responsável por toda a situação era ela mesma. Acreditava, ainda, que seus "acessos" poderiam ser extremamente prejudiciais aos alunos o longo prazo, o que a levou a pensar seriamente em largar a profissão. Somando a isso, haviam as relações conflituosas com outras professoras da escola, as quais a paciente definia como "insuportavelmente chatas e arriadas".

Vanessa também relatou queixas concernentes a sua relação com o marido, "muito parada e desestimulante" [sic]. De acordo com as suas colocações, ele nunca a convidava para fazer nada, e isso estava deixando-a entediada. Suas relações sexuais ficavam cada vez mais raras e desprazerosas, e a paciente reclamava muito que o marido só pensava naquilo e não compreendia seus problemas. Ela estava cada vez mais convicta de que o marido não gostava mais dela e temia muito a separação, pois, apesar de tudo, ainda o amava.

[1] Nome fictício.

Na avaliação inicial, verificou-se que duas grandes esferas da vida da paciente (profissional e conjugal) estavam se mostrando mais problemáticas. A paciente, entretanto, não se dava conta disso. Na época em que buscou o atendimento, afirmava: "Nada está bom, minha vida é uma grande porcaria" [*sic*]. A simples identificação das esferas problemáticas, portanto, já representou um importante passo no processo terapêutico, na medida em que fez com que metas pudessem ser pensadas com maior especificidade. Observe, na transcrição de fragmentos de diálogos, como o terapeuta inicia o trabalho de estabelecimento conjunto de metas:

Terapeuta: Vanessa, até agora nós vimos que duas esferas da sua vida parecem estar incomodando-a mais. Você comentou primeiro algumas coisas relacionadas a sua profissão e parece que existem problemas importantes na escola onde você leciona, como a dificuldade de lidar com os alunos e os conflitos com determinados colegas. Também vimos que sua relação com seu marido tem esfriado bastante nos últimos tempos. Existem outras coisas que a estão incomodando atualmente?

Paciente: Não, eu acho que o problema maior está por aí mesmo.

T: E dentro dessas duas áreas que nós falamos até agora? O que você gostaria que fosse diferente em cada uma delas?

P: Tudo. Tudo tinha de ser diferente. As coisas têm de ficar melhor. Não estou mais agüentando do jeito que estão.

T: O que concretamente deveria ser diferente em cada uma dessas áreas para que elas ficassem melhor?

Esse breve trecho ilustra, entre outras coisas, como o terapeuta fez um resumo acerca das dificuldades da paciente, retomando problemas objetivos apontados por ela. Esse tipo de resumo é fundamental, uma vez que há um compartilhamento dos principais aspectos abordados até então, fortalecendo o senso de um trabalho conjunto.

Conforme abordado anteriormente, as metas devem ser delineadas em termos específicos e atingíveis. Para tanto, é preciso que ambos tenham clareza acerca dos problemas concretos a serem trabalhados. Nesse sentido, o terapeuta tem o papel de auxiliar os pacientes a serem específicos quanto aos problemas a serem enfrentados, pois indivíduos depressivos apresentam uma tendência a enxergar suas dificuldades de maneira supergeneralizada, o que funciona como um empecilho para o estabelecimento de metas concretas. Assim, um paciente com depressão geralmente será vago ao falar sobre o que lhe incomoda, cabendo ao clínico focalizar o trabalho terapêutico em busca de objetivos concretos.

A forma como o terapeuta questionou a respeito do que a paciente gostaria que fosse diferente em cada uma das esferas apontadas foi benéfico em dois aspectos: em primeiro lugar, estimulou Vanessa a ser mais precisa quanto às mudanças desejadas, facilitando o futuro estabelecimento de metas; em segundo, a partir de tal questionamento, ele pôde compreender melhor a perspectiva da paciente, o que lhe forneceu dados fundamentais para a conceitualização do caso.

A seguir, é apresentada a continuação do diálogo:

P: Eu queria que o meu marido me convidasse mais para fazer as coisas, que ele não ficasse só pensando no trabalho dele. Eu queria também que ele conversasse mais comigo, que me ajudasse e me apoiasse quando eu tivesse necessidade. Se ele fizesse isso, eu teria mais certeza de que ainda gosta de mim.

T: Então você fica aborrecida por pensar que seu marido não faz as coisas de que gostaria?

P: Claro, ele sabe que eu preciso da ajuda dele, mas parece que está me ignorando cada vez mais.

T: *Isso quer dizer que quando as pessoas não fazem o que você gostaria que fizessem é sinal de que elas não gostam de você?*

P: Não, não é isso. É que o meu marido *sabe* que como eu estou me sentindo e também sabe o quanto preciso dele nessas horas.

T: Que evidências você tem que comprovam que o seu marido sabe de tudo isso?

Percebe-se que o terapeuta procura acompanhar a linha de raciocínio de Vanessa, sem, entretanto, concordar com o fato de que é seu marido que não a compreende. Ele também não tenta convencê-la de que está

organada, procurando, pelo contrário, fazer com que a paciente reflita acerca das problemáticas que coloca. O terapeuta, assim, ao mesmo tempo que procura compreender a perspectiva da paciente, já a familiariza com o modelo da terapia, buscando mostrar a ela o papel de seus pensamentos sobre seus sentimentos, bem como a necessidade de trabalhar-se com base na racionalidade.

Nota-se, a partir das transcrições, que Vanessa apresenta determinadas expectativas com relação ao comportamento dos outros (em especial o do marido) e, quando estas não são satisfeitas, ela fica frustrada, e seu humor piora. Tais expectativas demasiado elevadas mostraram-se como um importante foco a ser trabalhado, na medida em que estavam intimamente relacionadas a sua depressão. Vanessa, contudo, em função de algumas características de personalidade, teve dificuldades para reconhecer o papel que sua postura fundamentalmente passiva tinha em suas constantes frustrações, de modo que o estabelecimento de metas para o tratamento só foi possível após uma análise acerca das conseqüências desse estilo da paciente. Caso tal discussão não fosse realizada, Vanessa provavelmente manteria sua posição de que os outros é que não lhe compreendem, o que seria um enorme empecilho para o trabalho futuro.

A anamnese clínica revelou que Vanessa é filha única, e que seus pais foram superprotetores durante sua infância e adolescência. Conforme avaliado conjuntamente, esse ambiente muito resguardado favoreceu o desenvolvimento de características de personalidade dependente. Tais traços não mostraram-se suficientemente exacerbados para que fosse caracterizado um transtorno de eixo II, embora tenham sido considerados como importantes focos de atenção terapêutica. Também foi verificado, a partir da anamnese, que a depressão de Vanessa era recorrente e que a paciente sempre teve uma baixa auto-estima. Esses dois fatores (traços de personalidade dependente e depressão recorrente) sugeriam que o caso requereria um tratamento mais prolongado.

Na primeira sessão, a paciente demonstrava estar bastante desesperançada com relação à possibilidade de mudança. Essa falta de perspectivas, contudo, estava intimamente relacionada a suas expectativas com relação ao comportamento dos outros. Assim, na medida em que o terapeuta pôde mostrar a Vanessa que, a partir de uma mudança advinda de sua parte, a situação atual poderia melhorar, a esperança voltou a se instaurar.

Nesse processo, a estratégia do terapeuta consistiu em procurar, na história de vida da paciente, situações nas quais ela teve uma postura ativa que foi bem-sucedida. Um exemplo trazido pela paciente havia ocorrido há cerca de 1 ano, quando ela convidou o marido para uma viagem ao litoral de Santa Catarina, a qual foi avaliada como "muito produtiva". Esse exemplo, em que um episódio agradável ocorreu em função de sua mobilização inicial, foi utilizado pelo terapeuta para mostrar as mudanças que era capaz de promover a partir de suas atitudes.

A dupla terapêutica discutiu os focos imediatos que deveriam receber atenção. Vanessa argumentou que o que mais a incomodava e a deixava triste no momento era acreditar que o marido não a amava mais. Isso foi tratado como uma hipótese que poderia ser tanto verdadeira quanto falsa e que deveria ser empiricamente testada. A partir daí, iniciou-se uma busca de evidências que confirmassem ou refutassem essa hipótese, bem como de pensamentos automáticos associados. Os diálogos a seguir foram extraídos da 2ª sessão, no momento em que o terapeuta questiona acerca da realização da tarefa de casa que tinha sido combinada na sessão anterior.

T: Então, Vanessa, como é que foi em relação àquilo que nós tínhamos combinado?

P: No início, eu me achei uma idiota, porque convidei ele para sair para jantar e ele simplesmente me disse que não podia. Fui para o quarto e comecei a chorar. Parecia que era o atestado de que ele não gostava mais de mim.

T: O que você pensava no momento?

P: Eu pensava que não gostava nem um pouquinho mais de mim, porque senão ele teria dito alguma coisa do tipo "Amor, agora está meio complicado para mim; eu adoraria ir, mas tenho de entregar este relatório amanhã".

T: E o que você fez com esse pensamento?

P: Pois é, na hora eu achei que tinha de passar a noite inteira chorando mesmo. Mas daí eu me lembrei daquelas coisas que a gente tinha conversado na semana passada e fui lá falar com ele.

T: E daí?

P: Daí ele me disse que o chefe dele estava fazendo uma pressão para que todos fossem impecáveis nos seus trabalhos, porque eles iriam receber a visita de um cliente superimportante. Eu perguntei para ele se a gente poderia deixar para a semana que vem e ele disse que iria tentar.

T: Como ficou seu humor depois disso?

P: Eu melhorei um pouco. Entendi o quanto ele estava sobrecarregado e percebi que era muito complicado para ele mesmo sair pra jantar.

T: O que nós podemos concluir a partir dessa situação?

Na seqüência da conversação, paciente e terapeuta analisaram conjuntamente as evidências de que sustentavam os pensamentos ocorridos na ocasião do convite para o jantar. Com essa análise, verificou-se que havia uma série de fatores que dificultavam a saída do marido para jantar, fatores esses que escapavam ao seu controle. O terapeuta também ajudou a paciente a perceber a melhora que seu humor sofreu a partir de um exame mais aprofundado das circunstâncias em questão. Vanessa, com o treino continuado na análise desse tipo de situações, passou a compreender melhor o trabalho dentro da abordagem cognitiva, verificando, na prática, que a realidade era determinada pelas interpretações que fazia a seu respeito.

Ao final de três sessões a paciente já estava devidamente familiarizada com o modelo que iria nortear o trabalho futuro. O terapeuta, ao explicar os fundamentos da terapia cognitiva, mostrando relações diretas com situações concretas da paciente e mantendo uma postura coerente com tais princípios, forneceu as bases que ofereceriam sustentação na busca dos objetivos traçados. O assinalamento de potenciais mudanças na vida de Vanessa possibilitou o reestabelecimento da esperança, fundamental para seu engajamento no tratamento.

Sessões Intermediárias

A divisão entre sessões iniciais, intermediárias e finais é utilizada apenas para fins didáticos, uma vez que o processo da terapia cognitiva é melhor representado por um *continuum*. Em linhas gerais, nas sessões intermediárias (em que é concentrada a maior parte do processo) os sintomas mais importantes e invalidantes já foram esbatidos e o paciente já está devidamente familiarizado com o modelo cognitivo.

No caso de Vanessa, uma de suas maiores preocupações estavam relacionadas às suas convicções de que o marido não a amava mais. Com os experimentos delineados pela dupla terapêutica, ela se deu conta de que uma série de seus pensamentos ligados a questões de desprezo não tinham suporte empírico algum. Além disso, pequenos sinais de uma postura mais ativa da paciente já foram suficientes para que houvesse uma melhoria na qualidade da relação com o marido. Conforme é bastante comum acontecer, os ganhos obtidos em uma esfera da vida da paciente exerceram efeitos benéficos em outros aspectos. Assim, a desmotivação para dar aulas relatada pela paciente, embora ainda estivesse presente, não era tão acentuada como antes. A esperança de mudança instaurava-se com cada vez mais veemência, oferecendo as bases para a busca dos objetivos propostos.

No tratamento da depressão, as três principais estratégias terapêuticas utilizadas são resolução de problemas, reestruturação cognitiva e automonitoramento. Dentro de cada uma destas estratégias mais amplas, uma série de técnicas podem ser utilizadas. A escolha das técnicas específicas a serem implementadas deve sempre levar em conta as particularidades do caso em questão. A opção por uma ou outra técnica (e o momento de seu uso) necessita ter estreita relação com a conceitualização realizada pelo terapeuta. Caso a implementação das abordagens seja feita de maneira aleatória (isto é, sem considerar-se o porquê de tal abordagem), a possibilidade de insucesso aumenta.

Resolução de Problemas

As estratégias de resolução de problemas estão diretamente relacionadas com a busca de ganhos concretos na vida do paciente. Tendo em vista o caráter essencialmente pragmático da terapia cognitiva, tais estratégias são amplamente utilizadas no decorrer de praticamente todo o processo psicoterápico.

Ao se trabalhar com estratégias de resolução de problemas, cinco componentes são fundamentais: (1) orientação para o problema, (2) definição e formulação do problema, (3) geração de alternativas, (4) tomada de decisão e (5) implementação e verificação da solução (Nezu e Nezu, 1993). Cada um desses componentes tem suas características particulares, as quais não são foco do presente capítulo (veja Hawton e Kirk, 1997/1989; Nezu e Nezu, 1996, para uma discussão do tema em maiores detalhes).

Alguns aspectos comuns subjacentes a esses componentes, contudo, merecem nossa atenção. Em primeiro lugar, todo o processo de definição do problema, busca e implementação de soluções deve ser discutido da forma mais específica e concreta possível. Problemas que não são claros não podem ser resolvidos e soluções demasiado amplas e genéricas dificilmente são implementadas. Assim, se a resolução de uma dificuldade é traçada como meta, todos os aspectos envolvidos no processo de alcance desse objetivo necessitam ser claramente delineados.

Quando a dupla terapêutica lança-se na resolução de problemas, isso deve ser feito em profundidade, ou seja, toda a atenção necessita estar voltada e concentrada no problema específico. Se houver um desvio no decorrer do processo, as estratégias de resolução de problemas podem cair em descrédito, inviabilizando seu sucesso. A maior parte dos pacientes deprimidos tem dificuldades em engajar-se na busca de solução para um determinado problema, tendendo a colocar em pauta uma série de outras questões irrelevantes para o trabalho sobre a dificuldade que está sendo abordada no momento. Nesse sentido, cabe ao terapeuta focalizar o esforço da dupla, impedindo que o eixo central da discussão se perca.

O terapeuta deve igualmente estimular o paciente para que tenha uma postura ativa durante todas as etapas, uma vez que se objetiva faze-lô ser capaz de solucionar os problemas com os quais se deparar no futuro com eficiência e autonomia.

No caso de Vanessa, após a melhora parcial concernente ao relacionamento com o marido, obtida no início do tratamento, a dupla avaliou como necessário que se abordassem questões relativas ao seu trabalho. O que mais lhe incomodava na escola era o número excessivo de atividades que precisava dar conta. Com uma análise mais aprofundada do assunto, evidenciou-se que a paciente, por diversas vezes, ficava sobrecarregada por ajudar na correção dos trabalhos realizados pelos alunos de outras professoras. Elas vinham pedir sua ajuda em função de estarem atrasadas com suas obrigações e a paciente concordava, mesmo sem ter tempo sobrando, tampouco sentimentos de amizade para com as outras professoras. O problema, portanto, não era exatamente o excesso de trabalho, mas o quanto estava sobrecarregada com tarefas de outros.

A transição da definição do problema "estar sobrecarregada de trabalho" para "dificuldade em negar-se a fazer o trabalho das outras" mostrou-se como um processo laborioso, uma vez que a paciente insistia em culpabilizar as colegas por enchê-la de trabalho, sem reconhecer seu papel nisso. Ficou notório, então, que a definição de suas relações com as outras professoras como conflituosas (1ª sessão) era assim apenas aos seus olhos, pois Vanessa não esboçava quaisquer sinais de descontentamento com a realização de atividades que não eram obrigações suas. Mais uma vez, foram detectadas estratégias inadequadas de enfrentamento e a dupla terapêutica procurou maneiras de mudar esse estilo:

Terapeuta: Atualmente você está fazendo algum tipo de atividade que a princípio não é uma atribuição sua?

Paciente: Atualmente não, mas eu acho que, nessa época de provas em que nós estamos agora, vai acabar sobrando para mim.

T: Como assim, "sobrar para mim"?

P: Sabe como é... elas ficam apertadas e daí pedem que eu ajude na correção dos materiais.

T: Será que aceitar fazer a correção é a única saída?

P: Eu não vejo outra afinal de contas elas não sabem fazer outra coisa; a não ser me sobrecarregar de trabalho.

T: Vamos pensar juntos. O que *você* poderia fazer para evitar esses trabalhos extras?

P: Eu pensei em contratar um matador de aluguel para dar um "jeitinho" na situação (*risos*).

T: É, essa seria uma solução definitiva para o problema (*risos*). Mas que outras coisas poderiam ser pensadas?

P: Eu acho que poderia dizer simplesmente que já tenho trabalho demais e não vou poder ajudar dessa vez.

Na continuidade do diálogo, foi avaliado que o melhor a ser feito no caso de alguma professora solicitar auxílio para correções extras seria a paciente explicar que já está sobrecarregada e que não poderá ajudar dessa vez. Foi combinado que tal estratégia seria colocada em prática se surgisse alguma situação em que uma colega da escola pedisse "uma mãozinha".

Por vezes, mesmo que uma determinada estratégia de solucionar um problema tenha sido avaliada como a mais adequada, podem haver cognições disfuncionais que dificultam ou impedem sua implementação. Em tais situações, uma análise de tais cognições é fundamental, uma vez que elas acabam funcionando como grandes empecilhos para a obtenção dos ganhos visados. No caso de Vanessa, a combinação inicial não foi cumprida, e ela aceitou trabalho extra. As cognições subjacentes ao descumprimento são discutidas a seguir.

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

De acordo com o modelo cognitivo da depressão, existem algumas estruturas cognitivas (esquemas) profundamente enraizadas que funcionam como uma espécie de filtro, determinando a forma como o indivíduo interpreta a realidade. Essas estruturas podem permanecer inativas por longos períodos, que é o que acontece quando os pacientes encontram-se em remissão da sintomatologia depressiva. O fato de permanecerem inativas, contudo, não significa que elas deixaram de existir. Elas podem voltar à atividade a qualquer momento, havendo ou não desencadeantes situacionais observáveis. Os esquemas desadaptativos representam, assim, fatores de vulnerabilidade de recorrência à depressão.

Logo no início da terapia cognitiva, há a tendência de esbatimento dos sintomas mais proeminentes, gerando uma sensação de conforto que os pacientes não estavam acostumados a sentir. Muitos que apresentam essa melhora inicial têm uma tendência a abandonar o tratamento por já considerarem-se curados. Em tais situações, é importante que o terapeuta, a partir do compartilhamento de sua conceitualização do caso, mostre a necessidade de um trabalho sobre estruturas mais enraizadas, uma vez que as chances de recorrência de episódios depressivos são aumentadas se tais crenças não forem abordadas.

A reestruturação cognitiva inicia pela detecção e testagem de pensamentos automáticos, pelo fato de constituírem o nível mais superficial de cognições, sendo, portanto, mais facilmente acessáveis. Aqui, novamente, uma ampla gama de técnicas pode ser utilizada, dependendo do caso e do problema específico. Uma das formas mais usuais de avaliação de pensamentos automáticos envolve a realização de experimentos que façam referência a aspectos da vida do paciente tidos como significativos na manutenção do estado depressivo. O paciente é instruído a colocar-se no lugar de um cientista interessado em investigar suas próprias cognições. Pondo em prática os experimentos comportamentais delineados conjuntamente, o paciente deverá ser criterioso na busca pelos pensamentos e das imagens que lhe vêm à cabeça nas situações com as quais se depara. Ele também deverá ser rigoroso no registro de tais pensamentos, para que esses possam ser devidamente discutidos posteriormente (veja maiores especificações na sessão sobre automonitoramento).

Retornando ao caso de Vanessa, vimos que ela não foi bem-sucedida em sua primeira tentativa de negar-se a assumir o trabalho de suas outras colegas. Essa tentativa, contudo, foi válida na medida em que diversos pensamentos automáticos puderam ser identificados. Analisando-se tais pensamentos, verificou-se que a grande maioria estava ligada a questões de abandono, de temor à rejeição. Vanessa mostrava-se muito preocupada com a possibilidade de ser rechaçada por suas colegas caso não ela não ajudasse. Nas discussões acerca de tais pensamentos, a paciente foi percebendo o quanto eles interferiam em seu comportamento, bem como o quanto eram irracionais. Havendo tal percepção, ela passou a mostrar-se de forma cada vez mais assertiva, evitando ficar sobrecarregada de trabalho.

Quando o paciente estiver bem treinado na detecção e na avaliação dos níveis mais superficiais de cognição, é esperado que os sintomas depressivos protuberantes já estejam praticamente ausentes. Nesse momento, a dupla terapêutica pode engajar-se mais profundamente no trabalho sobre as estruturas mais enraizadas que funcionariam como pano de fundo para os pensamentos automáticos disfuncionais. Tais estruturas, por estarem mais dificilmente acessíveis, podem ser inferidas a partir de uma série de indícios, tais como os padrões de distorções cognitivas detectadas por meio do registro dos pensamentos automáticos, dados da história de vida do paciente, etc. De particular relevância para o acesso às crenças centrais é a técnica da flecha descendente. Nessa técnica, o terapeuta seleciona um pensamento automático, considera-o verdadeiro e questiona o paciente a respeito do sentido que atribui a essa determinada cognição. O exemplo a seguir ilustra como o terapeuta buscou compreender os motivos pelos quais Vanessa tinha tanta dificuldade em dar limites às solicitações excessivas das colegas:

Terapeuta: Vanessa, nessa situação em que sua colega veio lhe pedir ajuda com a correção dos trabalhos, você pensou "se eu não ajudar, ela vai ficar chateada comigo e vai falar para todas as outras que não sou uma boa colega". A partir daí, você concordou em pegar o trabalho extra. Foi isso mesmo?

Paciente: Foi.

T: Vamos partir do pressuposto de que esse pensamento seja verdadeiro. O que ele significa para você?

P: Que as minhas colegas vão passar a me ver como uma pessoa que é incapaz de ajudar as outras.

T: E se isso fosse verdade, significaria o que para você?

P: Que quando for a minha vez de precisar de ajuda, eu vou ficar na mão.

T: Se for assim, qual o significado para você?

P: Que eu não sei se estou fazendo as coisas certas sem confirmar com elas antes.

A partir da utilização da técnica da flecha descendente, começou a ficar claro que Vanessa aceitava o trabalho das colegas por estar constantemente solicitando sua aprovação para as coisas que fazia. Caso tivesse tal aprovação, a paciente sentia-se demasiada insegurae não conseguia colocar em prática as coisas que havia planejado. Assim, acreditava que só iria continuar obtendo aprovação das outras professoras se fizesse parte do trabalho delas. Passou a ficar evidente também que Vanessa via a si mesma como incapaz e incompetente, o que justificava seu padrão de comportamento fundamentalmente passivo e suas frequentes expectativas com relação ao comportamento dos outros – sem perceber o quanto ela era capaz de provocar as mudanças desejadas.

A flecha descendente, além de facilitar a identificação de níveis mais profundos da cognição, fez com que o próprio paciente tome consciência de sua linha de raciocínio, favorecendo a detecção de distorções cognitivas.

O terapeuta não deve tentar convencer os pacientes de que possuem esta ou aquela crença, tampouco procurar persuadi-los de que tais crenças nucleares são irracionais e, portanto, devem ser deixadas de lado. Ele deve visar, pelo contrário, acessar esses níveis mais profundos da cognição juntamente com o paciente, buscando sua origem e o papel que exercem atualmente. Nessa fase do tratamento, é esperada muita resistência à mudança, pois os esquemas possuem uma história que os edificou de forma tal que sua modificação é uma tarefa bastante árdua – e os pacientes precisam saber disso. Nesse sentido, o terapeuta deve ser, de certa forma, insistente com o trabalho sobre os esquemas mais arraigados, pois eles mostrar-se-ão mais refratários às suas intervenções.

Para evitar o confronto direto com as crenças do paciente, o que possivelmente não levaria a mudança alguma, uma das técnicas que têm se mostrado mais eficaz é a do questionamento socrático. Nessa técnica, o terapeuta questiona continuamente, no intuito de fazer com que o paciente perceba o seu próprio ponto de vista, bem como suas implicações. As vantagens e desvantagens de sua manutenção e as possibilidades de mudanças também são discutidas por meio do questionamento.

Ao colocar em prática essa técnica, o terapeuta necessita ter cuidado para evitar o uso de perguntas que sejam muito abertas ou demasiado fechadas. Se os questionamentos mostrarem-se muito amplos e inespecíficos, o paciente não terá certeza acerca do que exatamente está sendo perguntado. Caso as perguntas sejam fechadas, as respostas do paciente ficarão muito restritas, limitando o avanço produtivo do diálogo. Os questionamentos, portanto, devem ser cuidadosamente formulados, de modo que o paciente tenha abertura para responder sem que o escopo do tema em questão seja perdido, possibilitando que um determinado tema seja trabalhado em profundidade.

Com o uso continuado do questionamento socrático, o paciente vai aprendendo a colocá-lo em prática sozinho. No momento em que esse automatismo ocorre, ele mesmo passa a gerenciar uma espécie de diálogo interno, procurando visões alternativas para o enfrentamento das situações com as quais se depara. Quando o diálogo interno é colocado em prática no dia-a-dia, crenças disfuncionais são sistematicamente detectadas e questionadas, fazendo com que sejam reestruturadas de maneira mais adaptativa.

No caso de Vanessa, algumas estruturas cognitivas profundamente enraizadas foram identificadas como responsáveis pelas problemáticas que enfrentava nas duas grandes esferas de sua vida: o casamento e o trabalho. A dupla terapêutica concluiu que o seu padrão de comportamento fundamentalmente passivo (com as conseqüentes frustrações quando o que os outros faziam não correspondia às suas expectativas) era sustentado por uma visão

que tinha de si mesma como incompetente, ao passo que os outros eram vistos como cuidadores e protetores. Além disso, suas constantes tentativas de evitar quaisquer tipos de desentendimentos estava relacionada com um profundo temor em ser abandonada.

A partir da identificação dessas estruturas, o trabalho terapêutico esteve voltado para seu questionamento e modificação. Terapeuta e paciente buscaram compreender, baseados na história de vida de Vanessa, a forma como tais crenças foram edificadas. O uso do questionamento socrático e de técnicas de dramatização permitiu que a paciente reestruturasse suas crenças de maneira mais racional e adaptativa. Esse processo, contudo, ocorreu de forma lenta. Mesmo diante de evidências que iam de encontro às suposições de Vanessa, ela era capaz de encontrar contra-argumentos que sustentassem suas crenças disfuncionais.

AUTOMONITORAMENTO

Para que o paciente possa obter ganhos concretos, é preciso que coloque em prática os princípios da terapia cognitiva em seu cotidiano. Um dos principais objetivos dessa modalidade terapêutica está relacionado com a quebra de uma série de automatismos que acabam por perpetuar a depressão. Como o próprio nome já sugere, os automatismos – tanto em nível cognitivo quanto comportamental e emocional – são processos que ocorrem sem que a pessoa tenha consciência. Sua detecção e sua modificação, portanto, dependem do empenho e esforço do paciente nas estratégias de automonitoramento.

As habilidades metacognitivas são freqüentemente associadas ao sucesso terapêutico. Conforme proposto pelo Modelo Psicológico Orientado às Estruturas do Conhecimento, os déficits em nível metacognitivo dificultam o gerenciamento adequado dos processamentos subjacentes ao comportamento e, até mesmo, a conduta em si. Nesse sentido, o recrudescimento das habilidades de automonitoramento é imprescindível, pois, caso não sejam devidamente treinadas, as chances de insucesso ficam aumentadas.

A terapia cognitiva pressupõe que as emoções e os comportamentos são intermediados por processamentos cognitivos, fazendo destes últimos o principal foco de atuação do trabalho psicoterápico. Embora sejam compreendidos como importantes contribuintes no estabelecimento das psicopatologias (com o mesmo sendo válido para sua remissão), os processamentos cognitivos são de difícil monitoramento, ao contrário das emoções e dos comportamentos. Esses dois componentes, portanto, podem ser utilizados no início do trabalho com o automonitoramento.

Mesmo que o paciente seja familiarizado com o modelo cognitivo no início do tratamento e mesmo que aceite que ele tem lógica e é válido para seu caso, pode apresentar dificuldades em detectar os pensamentos que modulam suas reações emocionais e comportamentais. Não obstante, lhe é bem mais fácil prestar atenção naquilo que faz e sente. Embora os sentimentos e comportamentos sejam de monitoramento mais fácil, eles freqüentemente passam despercebidos pelo paciente, tornando a sua identificação um aspecto importante para o tratamento. Muitos círculos viciosos podem ser quebrados, por exemplo, quando o paciente simplesmente percebe seu padrão de reação a determinadas situações, de modo que uma pequena modificação nesse padrão pode trazer muitos benefícios. Havendo maior habilidade no monitoramento da conduta e dos sentimentos, a detecção de pensamentos fica facilitada.

Uma das técnicas mais utilizadas para treinar os pacientes no automonitoramento é o uso de registros. A forma mais usual de registros é o RPD (Registro de Pensamentos Disfuncionais). Muitas são as apresentações possíveis de RPD's, indo das mais simples às mais sofisticadas. O formato específico de um RPD a ser utilizado variará significativamente em função das habilidades do paciente em automonitorar-se. Em todos os casos, contudo, é importante que, nas primeiras vezes, o terapeuta faça o registro juntamente com o paciente, explicando-lhe sua lógica e sistemática até que o compreenda e seja capaz de colocá-lo em prática sozinho. A Figura 4 traz um exemplo de RPD feito por Vanessa.

Data/Hora	**Situação** Quem? O quê? Quando? Onde?	**Pensamentos Automáticos (Imagens)** O que passou por sua cabeça no momento?	**Sentimentos** Como você se sentiu?	**Comportamento** O que você fez na situação?
23/10 20h	Meu marido chegou em casa e não perguntou como eu estava	Se ele realmente me amasse, daria mais atenção para mim	Triste Desprezada	Fui me deitar no quarto

Figura 4: *Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD).*

Os registros feitos pelos pacientes são revisados pelo terapeuta nas sessões. A partir deles, a dupla pode identificar algumas situações que têm se mostrado mais problemáticas na vida do paciente, merecendo, portanto, ser foco de atenção terapêutica. Com o avanço nas habilidades de automonitoramento, o RPD pode passar a incluir possíveis respostas mais adaptativas aos pensamentos automáticos, bem como evidências que o corroborem. O uso sistemático dos registros ajuda a substituir o automatismo no processamento disfuncional por um automatismo no automonitoramento, o qual fará com que o paciente enfrente com maior eficácia e segurança situações anteriormente tidas como intransponíveis.

Sessões Finais

A transição das sessões intermediárias para as finais ocorre de maneira natural. Sendo o trabalho em terapia cognitiva norteado por metas, quando elas são atingidas (e novas metas não são estabelecidas), o processo psicoterápico vai chegando ao fim. Nesses momentos finais da terapia, é recomendável que o intervalo entre as sessões torne-se mais espaçado, estimulando a autonomia do paciente.

A parte final do tratamento é caracterizada por ser uma etapa de consolidação dos ganhos e de prevenção da recaída. Nas sessões finais, paciente e terapeuta discutem acerca do caminho percorrido até o momento, revisando as metas que foram alcançadas, bem como os fatores que proporcionaram tal alcance. Uma revisão do processo como um todo é fundamental nesse momento, pois possibilita que as mudanças positivas sejam identificadas, de modo que sua manutenção sejar feita no futuro. O papel do esforço do próprio paciente na melhora é enfatizado. O diálogo a seguir ilustra a forma como o terapeuta abordou essa questão com Vanessa:

Terapeuta: Vanessa, no início do nosso trabalho, nós tínhamos identificado duas esferas da sua vida que estavam se mostrando mais problemáticas: o trabalho e a relação com o seu marido. Agora que estamos chegando ao final do tratamento, é importante que nós vejamos toda a evolução que você teve nesse meio tempo. Começando pelas questões da escola, o que você acha que houve de modificações?

Paciente: Eu acho que passei a me estressar menos com as coisas. Eu consegui também me impor um pouco mais, parar de ficar sempre levando na cabeça, como eu costumava fazer.

T: Quais mudanças ocorreram para que isso fosse possível?

P: Eu comecei a perceber que não era tão incapaz como realmente pensava. Eu também me dei conta de que ninguém é obrigado a ficar fazendo o trabalho dos outros, que os outros não vão me desprezar por eu não assumir uma responsabilidade que não é minha.

T: E de onde você tirou todas essas conclusões?

P: Você ainda tem coragem de me perguntar isso?! (*risos*) Nós passamos mais de um ano discutindo a esse respeito...

T: E o que nós tanto discutimos nesse tempo todo?

P: Nós falamos bastante a respeito de eu procurar outros pontos de vista e não acreditar de cara nas primeiras coisas em que eu penso, e eu acho que estou conseguindo fazer isso muito bem.

T: Como tem se sentido fazendo isso?
P: Muito bem.
T: Será que vale a pena continuar fazendo?
P: Com certeza.

O caráter psicopedagógico faz-se presente também ao término do tratamento. São colocadas ao paciente algumas informações acerca do provável curso de sua doença. No caso da depressão, por se tratar de uma psicopatologia com altos índices de recorrência, deve ser avisado ao paciente que, mesmo que esteja bem atualmente, podem haver recaídas. Ele deverá também saber que alguns retrocessos são normais em determinados momentos e que isso não deve ser interpretado como um fracasso.

Ele precisa estar preparado, portanto, para identificar os pródronos da depressão, ou seja, estar atento para perceber os primeiros sinais de que está entrando em um novo episódio depressivo. Quanto antes o paciente procurar atendimento ao notar que está ficando deprimido, mais fácil será evitar que o episódio tenha dimensões comprometedoras. Para que haja a identificação dos pródronos, o automonitoramento é essencial, de modo que o paciente é estimulado a mantê-lo para sempre.

Nas sessões finais, é importante o acesso a cognições relacionadas ao término do tratamento. Em muitos casos, os pacientes não se sentem seguros para seguir com autonomia, preferindo continuar em atendimento. O trabalho sobre esses pensamentos distorcidos segue os mesmos princípios da abordagem utilizada no decorrer de todo o tratamento. Assim, busca-se uma racionalidade, procurando cognições que sejam mais adaptativas (relacionadas à capacidade de autonomia) e com maior sustentação empírica.

CONCLUSÕES

A terapia cognitiva tem se mostrado como uma das modalidades psicoterápicas mais eficazes para o tratamento da depressão (Dobson, 1989). Sua abordagem, de caráter focal e voltada para a resolução de problemas, proporciona aos pacientes tanto um alívio relativamente rápido da sintomatologia mais incapacitante quanto benefícios de manutenção da remissão do episódio depressivo a longo prazo.

Estudos que investigaram a relação custo-benefício da terapia cognitiva em relação a medicamentos antidepressivos constataram que a abordagem psicoterápica ficou em vantagem, em função de ela trazer efeitos duradouros mesmo após seu término, algo que ocorre em menor proporção com os psicofármacos (Evans et al. 1992). Em muitos casos, contudo, o tratamento combinado é o mais indicado, e o psicoterapeuta deve estar devidamente preparado para que seu paciente tenha um atendimento personalizado e para que lhe sejam oferecidas as ferramentas apropriadas para a terapêutica.

Aliança terapêutica e trabalho em conjunto são características presentes durante todo o processo psicoterápico. A abordagem fundamentalmente cooperativa da terapia cognitiva auxilia os pacientes a enxergar seus problemas de forma mais realística, evitando os viéses de processamento informacional comumente encontrados na depressão. Mudando o estilo de interpretar a realidade, os pacientes aprendem novas maneiras para lidar com as situações que atravessam, de modo que passam a enfrentá-las com maior eficácia. O papel ativo que lhe é atribuído favorece seu senso de autonomia, proporcionando efeitos terapêuticos duradouros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECK, A. T.; FREEMAN, A. *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade.* Trad. de A. [illegible] Fillman. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. *Terapia cognitiva da depressão.* Trad. de V. Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

_____; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, G. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 1961, 53-63.

BOWER, G. H. Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 1981, 129-148.

CHAMPION, L. A.; POWER, M. J. Social and cognitive approaches to depression: towards a new synthesis. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 1995, 485-503.

CORRÊA, A. C. O. A fenomenologia das depressões: da nosologia psiquiátrica clássica aos conceitos atuais. *Psiquiatria Biológica*, 3, 1995, 61-72.

CORYELL, W.; ENDICOTT, J.; WINOKUR, G.; AKISKAL, H. Characteristics and significance of intreated major depressive disorder. *American Journal Psychiatry*, 152, 1995, 1124-1129.

DECKERSBACH, T.; GERSHUNY, B. S.; OTTO, M. W. Cognitive-behavioral therapy for depression: applications and outcome. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 2000, 795-809.

DOBSON, K. S. *Handbook of cognitive behavioral therapies*. New York: Guilford Press, 1988.

_____. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 1989, 414-419.

EVANS, M.; HOLLON, S.; DERUBIES, R. et al. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 1992, 802-808.

EZQUIAGA, E.; GARCÍA, A.; PALLARÉS, T.; BRAVO, M. F. Psychosocial predictors of outcome in major depression: a prospective 12-month study. *Journal of Affective Disorders*, 70, 1999, 209-216.

FELDHUSEN, J. F. Creativity: a knowledge base, metacognitive skills, and personality factors. *Journal of Creative Behavior*, 29, 1995, 255-268.

FENNELL, M. J. V. Depressão. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D. M. *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos*: um guia prático. São Paulo: Martins Fontes, 1997. p. 241-331.

GARLAND, A.; SCOTT, J. Using homework in therapy for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 2002, 489-498.

GOUVEIA, J. A. da et al. *Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão*: estudo da sua interação com os acontecimentos de vida. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1990.

HASLAM, N.; BECK, A. T. Subtyping major depression: a taxometric analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 1994, 686-692.

HAWTON, K.; KIRK, J. Resolução de problemas. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D. M. (Eds.). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos*: um guia prático. São Paulo: Martins Fontes, 1997. p. 575-604.

JOHNSON-LAIRD, P. N. Mental models. In: POSNER, M. I. (Ed.). *Foundations of cognitive science*. Massachusetts: MIT Press, 1993. p. 469-499.

KELLER, M. B. et al. Time to recovery, chronicity and levels of psychopathology in major depression. Archives of General Psychiatry, 49, 1992, 809-816.

MÖLLER-LEIMKÜHLER, A. M. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 2002, 1-9.

MUELLER, T. I. et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1999, 1000-1006.

NEZU, A. M.; NEZU, C. M. Treinamento em solução de problemas. In: CABALLO, V. E. (Ed.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos, 1996. p. 471-493.

PEPPER, C. M.; KLEIN, D. N.; ANDERSON, R. L.; RISO, L. P. DSM-III Axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal Psychiatry*, 152, 1995, 239-247.

PETRONIS, A.; KENNEDY, J. L. The validation of psychiatric diagnosis: new models and approaches. *American Journal Psychiatry*, 152, 1995, 161-171.

PICCOLOTO, N. M.; WAINER, R.; BENVEGNÚ, L.; JURUENA, M. Curso e prognóstico da depressão: revisão comparativa entre os transtornos do humor. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27, 2000, 93-103.

RIISE, T.; LUND, A. Prognostic factors in major depression: a long term follow-up study of 323 patients. *Journal of Affective Disorders*, 65, 2001, 297-306.

RISO, L. P.; MIYATAKE, R. K.; THASE, M. E. The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. *Journal of Affective Disorders*, 70, 2002, 103-115.

WAINER, R. *Parâmetros cognitivos e afetivos de um modelo da depressão em adultos femininos*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1997.

Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno Bipolar

José Caetano Dell'Aglio Júnior
Alex Sandro Tavares da Silva
Paula Beatriz Güths
Aline Namba

Introdução

O transtorno bipolar é uma doença psiquiátrica bastante comum que tem um grande impacto não só em outras das variáveis da própria doença, mas também em outros importantes domínios, como o funcionamento psicossocial, a qualidade de vida e a situação socioeconômica.

Tem como peculiaridade exigir do psicoterapeuta farto conhecimento da história natural da doença (incluindo sua natureza recorrente, curso variável e padrões sazonais), teorias biológicas sobre sua etiologia e mecanismos de ação das drogas usadas no tratamento. Terapeutas com firmeza científica na fenomenologia psicológica e na biologia estarão mais certos de sua competência diante do transtorno. Eles evitarão o determinismo biológico comum em terapeutas que foram formados nas bases das teorias biológicas, mas pobremente treinados em estudos psicológicos, como nas teorias da personalidade e do desenvolvimento, da percepção, da motivação, da cognição e da teoria do aprendizado.

A psicoterapia do transtorno bipolar requer considerável flexibilidade no estilo e na técnica do psicoterapeuta. A flexibilidade se faz necessária por causa das mudanças de humor, cognição e comportamento, assim como nas flutuações de dependência intrínsecas da doença. Aspectos colaborativos de manejo por meio de automonitoramentos e auto-avaliações, gráficos e educação do paciente e de sua família (por meio de filmes, leituras, livros ou manuais) são partes integrais de um bom tratamento clínico.

Portanto, devido a suas técnicas padronizadas e colaborativas, como as atividades extra-sessão, que implicam um trabalho e uma atenção continuados do paciente, assim como o monitoramento constante de pensamentos e emoções, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) aplica-se muito bem ao tratamento do transtorno bipolar (TB), havendo estudos disponíveis que servem como guias para sua aplicação prática (Basco e Rush, 1996). Além da necessidade de desafiar as cognições que podem ativar episódios de humor, a TCC pode, também, examinar cognições relacionadas à adesividade farmacológica, ponto fundamental no tratamento desse transtorno. Apesar de dados provenientes de trabalhos amplos e controlados nos quais a TCC tenha sido especificamente aplicada ao TB ainda serem necessários, a literatura disponível dá suporte à aplicação dessa técnica (Scott, 1996). Fava, Bartolucci, Rafanelli e Mangenelli (2001) relataram recentemente a aplicação da TCC para uma pequena série de pacientes em tratamento com lítio para o TB. Eles viram que a TCC estava associada com uma significativa redução da sintomatologia residual e demonstrou potencial para aumentar a profilaxia pelo lítio.

Este capítulo, abordará os aspectos fundamentais de conhecimento sobre o transtorno bipolar e discorrerá sobre a técnica cognitivo-comportamental aplicada ao transtorno.

Definição

O diagnóstico e o tratamento do transtorno bipolar (TB) permanecem assuntos clínicos complexos. A despeito de sua severidade e cronicidade, o TB freqüentemente é tanto não detectado, ou não diagnosticado, quanto tratado de modo inadequado. O transtorno está associado a um alto grau de sofrimento humano. Na década passada, o TB era a 6ª causa de incapacidade para indivíduos entre 15 e 44 anos (Woods, 2000). Foi estimado que o custo anual para a sociedade produzido pelo TB totalizou U$ 45 bilhões, com aproximadamente U$ 8 bilhões