

1

Visão geral

Os homens são perturbados não pelas coisas, mas pela visão que têm delas.

— *Epicteto*

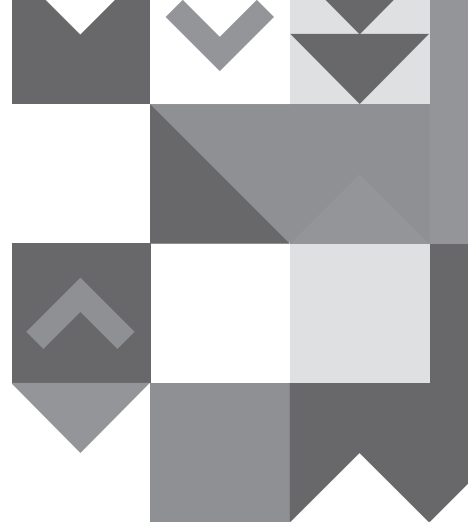
Nos 50 anos desde que foi introduzida pela primeira vez, a terapia cognitiva se tornou o tratamento psicossocial mais amplamente praticado para depressão (Norcross et al., 2005). O que antes era considerado radical — a proposição de que o processamento desadaptativo de informações e as crenças errôneas podem dar origem à depressão, e que ajudar os clientes a aprender a pensar com mais precisão pode proporcionar alívio dos sintomas e proteger contra seu retorno —, agora é amplamente aceito (Hollon & Beck, 2013). Pesquisas volumosas demonstraram que a terapia cognitiva não é apenas eficaz e duradoura, mas também rápida e segura (American Psychological Association [APA], 2019; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022).

Apesar do sucesso da terapia cognitiva (bem como de outras terapias apoiadas empiricamente) nas últimas três décadas, a proporção de pacientes deprimidos tratados com psicoterapia de qualquer tipo caiu pela metade, enquanto a proporção de pacientes tratados com medicamentos

quase dobrou (Marcus & Olfson, 2010). Isso é, em grande parte, consequência da introdução, no início da década de 1990, dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs), considerados seguros e agora prescritos por uma variedade de profissionais diferentes, não apenas psiquiatras. Entretanto, os medicamentos só funcionam enquanto são tomados, ao passo que a terapia cognitiva parece ter um efeito duradouro que vai além do fim do tratamento (Cuijpers et al., 2013). Os medicamentos são, na melhor das hipóteses, paliativos; eles suprimem os sintomas, mas não fazem nada para resolver o transtorno subjacente. A terapia cognitiva é, no mínimo, compensatória, no sentido de fornecer estratégias que compensam os processos patológicos subjacentes (Barber & DeRubeis, 1989), e possivelmente curativa, corrigindo as causas subjacentes do transtorno e reduzindo o risco futuro (Seligman, 1993).¹

O problema da depressão

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns e debilitantes. De acordo com pesquisas epidemiológicas retrospectivas, cerca de 1 em cada 5 pessoas atenderá aos critérios de diagnóstico



de depressão em algum momento da vida, e as taxas de comorbidade com outros transtornos mentais são altas (Kessler et al., 2003). Até um terço de todos os pacientes que se apresentam para tratamento têm episódios que duram 2 anos ou mais, e mais de três quartos de todos os pacientes tratados que se recuperam de um episódio acabam tendo outro (Keller, 2001). Dito isso, os estudos de coorte que acompanham as pessoas prospectivamente desde o nascimento fornecem estimativas de prevalência consideravelmente mais altas. Esses estudos indicam que as taxas de depressão são de três a cinco vezes mais altas do que se acredita atualmente, e que ao menos metade de todas as pessoas que já tiveram um episódio depressivo não terá outro (Monroe et al., 2019). A maioria desses indivíduos “extras” não buscará tratamento para depressão, em grande parte porque seus sintomas e a gravidade das circunstâncias ambientais que os desencadearam provavelmente diminuirão por conta própria antes que eles percebam que estão deprimidos (consulte Wakefield et al., 2017). Indivíduos com depressão crônica ou histórico de recorrência têm muito mais probabilidade de procurar tratamento, pois sabem por experiência própria que o episódio não desaparecerá por si só (se for crônico) ou provavelmente voltará (se for recorrente), e é provável que a maior parte do que sabemos sobre depressão seja baseada neste último grupo (Monroe & Harkness, 2011). A depressão afeta negativamente o funcionamento da pessoa na família e no local de trabalho, sendo uma das principais causas de suicídio (Michaels et al., 2017). Devido à sua prevalência, à sua natureza frequentemente crônica ou recorrente (entre

amostras clínicas) e à sua capacidade de prejudicar a função adaptativa, a depressão é a quarta principal causa de incapacidade na Europa Ocidental e a quinta principal causa de incapacidade entre pessoas de alta renda na América do Norte (Murray et al., 2013).

A depressão ocorre no contexto da depressão unipolar, que envolve apenas episódios de depressão, ou do transtorno bipolar, que é definido pela ocorrência de um ou mais episódios de mania ou hipomania (American Psychiatric Association, 2022). A depressão unipolar é dez vezes mais prevalente do que o transtorno bipolar, mas tem apenas a metade da hereditariedade (as estimativas para a primeira variam de 0,30 a 0,40, o que a torna menos hereditária do que a orientação política, enquanto as estimativas para o transtorno bipolar variam de 0,60 a 0,80, o que o torna um dos transtornos psiquiátricos mais hereditários). A probabilidade de mulheres serem diagnosticadas com depressão unipolar é duas vezes maior do que a de homens, enquanto homens e mulheres estão igualmente representados no transtorno bipolar. Sugeriu-se que alguns pacientes diagnosticados com depressão unipolar estão, na verdade, no espectro bipolar, pois buscam tratamento para seus episódios depressivos, mas são pouco incomodados por seus episódios hipomaniacos mais leves (Angst et al., 2010). Se for esse o caso, isso pode afetar a prevalência relativa dos dois. As estratégias descritas neste livro são claramente relevantes para o tratamento da depressão unipolar (vários estudos controlados foram realizados); sua possível utilidade no tratamento da depressão bipolar permanece uma questão em aberto (consulte os Capítulos 8 e 16).

Uma perspectiva histórica

Como a maioria dos terapeutas de sua geração, Aaron T. Beck, MD, o principal autor deste livro, originalmente aderiu a uma perspectiva psicodinâmica (Beck, 2006). De acordo com a teoria psicodinâmica, a depressão é uma consequência da raiva voltada para dentro, em um nível inconsciente, uma hostilidade invertida dirigida a outras pessoas importantes na vida de uma pessoa que não lhe proporcionaram amor e afeto adequados na infância (Freud, 1917-1957). Beck começou sua carreira buscando evidências dessa hostilidade “introjetada” nos sonhos e nas associações livres de seus pacientes, onde era mais provável encontrar evidências de motivações inconscientes. Em vez disso, o que ele observou foi que seus pacientes deprimidos expressavam *menos* conteúdo hostil do que seus pacientes não deprimidos. Além disso, ele observou que seus sonhos e associações livres continham os mesmos tipos de temas de perda e derrota que suas verbalizações em vigília (Beck & Ward, 1961). Contrariando a ideia de que os pacientes deprimidos têm uma *necessidade inconsciente de fracassar*, ele descobriu que eles se esforçavam mais quando eram bem-sucedidos e reagiam positivamente ao êxito (Loeb et al., 1964). Isso o levou a propor uma nova teoria da depressão, na qual atribuíam os sintomas às crenças negativas dos pacientes sobre seu próprio valor (Beck, 1963). Ele começou a trabalhar com seus pacientes para testar suas crenças diretamente e descobriu que isso produzia uma profunda redução em sua angústia (Beck, 1964). Os elementos fundamentais eram reconhecer que seus pacientes acreditavam no que diziam

acreditar e ajudá-los a testar a precisão dessas crenças em suas vidas cotidianas, em vez de proceder como se a angústia fosse causada por algum tipo de hostilidade inconsciente que, pelo que ele podia perceber, não existia de fato.

A teoria de Beck também diferia conceitualmente das perspectivas comportamentais dominantes na época, baseadas nos princípios do condicionamento clássico (Pavlov, 1927) e operante (Skinner, 1953), que haviam sido desenvolvidos principalmente em pesquisas com animais infra-humanos. Originalmente, a teoria do comportamento evitava qualquer consideração sobre eventos “privados”, como pensamentos ou sentimentos, e, em vez disso, concentrava-se na conexão entre eventos externos (estímulos) e comportamentos observáveis (respostas). Essa “primeira onda” do behaviorismo considerava o organismo como uma caixa-preta que não desempenhava nenhum papel na formação de seu próprio comportamento em um universo determinista. Em essência, pensamentos e sentimentos eram ignorados ou tratados como epifenômenos que tinham pouca importância causal.

Isso começou a mudar durante a segunda metade do século XX, quando os behavioristas descobriram que os princípios desenvolvidos em um laboratório científico nem sempre se generalizavam bem para ambientes do mundo real nos quais adultos podiam controlar seu próprio acesso a reforçadores. Isso exigia que os terapeutas conversassem com seus pacientes para descobrir o que eles estavam pensando e sentindo antes de responderem comportamentalmente e o que esperavam que acontecesse como consequência de suas ações. As expectativas eram

soberanas. A incorporação de elementos cognitivos tornou-se tão essencial à teoria comportamental básica que alguns a chamaram de “segunda onda” do behaviorismo (Mahoney, 1977). A terapia cognitiva é um exemplo clássico de uma abordagem comportamental de “segunda onda”, embora incorpore mais atenção a uma exploração fenomenológica do sistema idiossincrático de significados do cliente (como condiz com a adesão anterior de Beck a uma abordagem dinâmica) do que outros tipos de terapias cognitivo-comportamentais desenvolvidas por aqueles inicialmente treinados como behavioristas (Hollon, 2021).

Posteriormente, a psicologia comportamental passou pelo que alguns chamam de “terceira onda”, na qual uma abordagem funcional contextual é combinada com elementos da filosofia oriental, como a meditação (Linehan, 1993), e com o incentivo à aceitação radical de situações difíceis de mudar (Hayes et al., 1999). Nessas abordagens, a cognição é tratada como um comportamento de esquiva que distrai o paciente do envolvimento com o ambiente, e pouca ou nenhuma atenção é dada à correção de erros de pensamento. Nessas abordagens, os pacientes são incentivados a redirecionar sua atenção para outro lugar (o que está acontecendo ao seu redor ou sua própria respiração) e para longe de suas ruminções introspectivas (Martell et al., 2001). Embora a meditação consciente e a aceitação às vezes sejam usadas para promover os objetivos da terapia cognitiva, ela é, em sua essência, uma abordagem de “segunda onda”, com seu foco na identificação e na correção de crenças disfuncionais e no processamento desadaptativo de informações.

O paradoxo da depressão

A depressão representa uma espécie de paradoxo (Beck, 1976), pois é caracterizada por uma reversão ou distorção de muitos dos princípios geralmente aceitos da natureza humana: o “instinto de sobrevivência”, os impulsos sexuais, o “princípio do prazer” e até mesmo o instinto maternal. Esses paradoxos tornam-se compreensíveis quando entendidos dentro da estrutura do que o paciente acredita. Por exemplo, uma pessoa que acredita ser incompetente pode não se candidatar a um emprego, embora queira um. Ela acredita que, seja como for, não conseguirá o que quer, então por que se preocupar em se candidatar? Então, ela se sente triste por estar desempregada e considera esse *status* como prova de que é incompetente e não como resultado de sua inação, ou seja, com base em uma profecia autorrealizável. Suas crenças podem refletir seu histórico de aprendizagem inicial ou podem representar extrapolações injustificadas de eventos passados, mas se essas crenças não refletirem com precisão as probabilidades reais da situação atual, elas gerarão angústia desnecessária e desadaptativa, bem como uma menor eficácia na resolução de problemas (Beck, 1970).

De fato, a **teoria cognitiva**² sugere que as pessoas não respondem tanto aos eventos que encontram quanto à maneira como os interpretam. Se essas interpretações forem imprecisas, sua resposta provavelmente parecerá **paradoxal** para um observador externo. Conforme ilustrado na Figura 1.1, a premissa básica do modelo cognitivo é que não é apenas o que acontece com uma pessoa em uma determinada situação antecedente (A), mas como ela interpreta essa situação (B) que

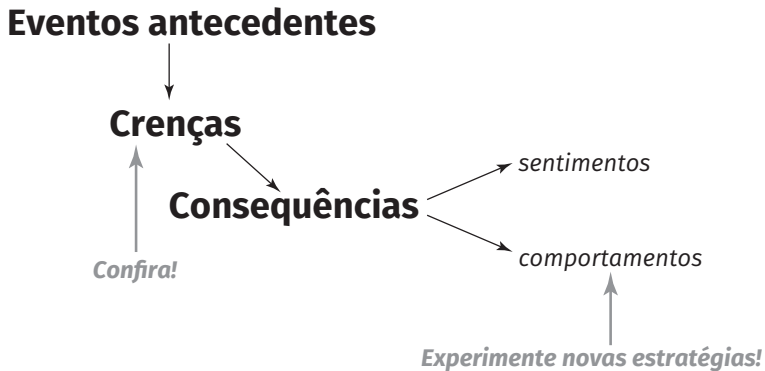


FIGURA 1.1 O modelo cognitivo original.

determina como ela se sente em resposta e o que ela faz em relação a isso em termos de comportamento (C). Assim, as **crenças disfuncionais** e o **processamento desadaptativo de informações** são vistos como o cerne da angústia afetiva e dos problemas de enfrentamento. O foco nos sistemas de significados idiossincráticos de uma pessoa deprimida coloca o organismo diretamente no centro da experiência de aprendizado (um paradigma de estímulo-organismo-resposta [EOR]). As pessoas que acreditam que elevadores são perigosos percebem um perigo que os outros não veem. Essa expectativa guia seu afeto (medo) e comportamento (esquiva) em relação aos elevadores, mesmo quando há pouco ou nenhum perigo objetivo. Esse é o modelo ABC básico que está no centro da **terapia cognitiva** e de todas as outras abordagens cognitivo-comportamentais. A forma como interpretamos um evento influencia, em grande medida, como nos sentimos em relação a ele e como reagimos a ele de maneira comportamental.

Isso não quer dizer que algumas situações não sejam piores do que outras (muitas vezes há um núcleo de “verdade” por trás da cognição problemática) ou que

estar em um estado de espírito negativo não tende a tornar alguém mais pessimista e propenso a interpretar as situações de forma negativa (tendemos a pensar na cognição, no afeto e no comportamento como influências mútuas). A teoria evolucionária considera os diferentes afetos negativos, como medo, tristeza ou raiva, como adaptações que evoluíram para organizar diferentes tipos de “respostas de corpo inteiro” diante de diferentes tipos de desafios (Syme & Hagen, 2020). Entretanto, essas propensões primitivas às vezes vão longe demais, e o *Homo sapiens* moderno pode aprender a usar seus córtices (sua capacidade de raciocínio e julgamento) para anular essas tendências inatas quando elas produzem uma resposta inferior à ideal.

As visões que o paciente tem de si mesmo, do mundo e do futuro (consulte “A tríade cognitiva negativa”, a seguir) ficam distorcidas quando ele está deprimido, mesmo que pareçam corretas para ele no momento. Outras pessoas podem considerar seus pontos de vista imprecisos ou inúteis, como ele provavelmente fazia antes de ficar deprimido e provavelmente fará novamente quando não estiver mais deprimido. Sua estrutura conceitual

molda suas percepções e orienta suas interpretações dos eventos. Quando ele está deprimido, suas crenças são desproporcionalmente influenciadas pelo processamento de informações negativamente tendencioso, o que leva a uma variedade de sintomas. Na terapia cognitiva, o paciente e o terapeuta trabalham juntos para examinar o sistema de crenças do paciente e ajudá-lo a conceber e testar crenças alternativas, um processo conhecido como **empirismo colaborativo** (descrito a seguir). Quando esse esforço é bem-sucedido, a depressão desaparece e as mudanças duradouras na forma como ele encara suas crenças reduzem o risco de episódios subsequentes.

Na época em que foi proposta, a ênfase de Beck na exploração do sistema idiossincrático de significados do paciente representou uma espécie de revolução científica, um choque de paradigmas (Kuhn, 1962). Como psicanalista, Beck se sentia confortável com uma tradição fenomenológica que valorizava muito os relatos da experiência interna do paciente. Mas ele rompeu com a teoria dinâmica com sua proposta de que o que o paciente relata, na medida em que reflete suas crenças, não é uma representação distorcida de seus impulsos e motivações inconscientes, mas sim o cerne do problema. As tradições da terapia comportamental influenciaram a forma como Beck estruturou os procedimentos em sua abordagem: a expectativa de que o terapeuta seja ativo no tratamento, a ênfase na operacionalização de procedimentos específicos e na definição de metas antes de cada sessão, bem como a atribuição de exercícios de casa, tudo isso pode ser encontrado na terapia cognitiva. Mas o que Beck criou foi além de qualquer um dos

dois principais paradigmas de sua época. O enfoque da teoria cognitiva nos processos intrapsíquicos era mais parecido com o enfoque da teoria psicanalítica na fenomenologia (sem postular a existência de um inconsciente dinâmico que o impedia de reconhecer suas verdadeiras motivações), mas seus procedimentos terapêuticos tinham mais em comum com a moderna terapia comportamental (Beck, 2005).

Teoria cognitiva da depressão

A teoria cognitiva da depressão, que evoluiu a partir de observações e experimentos clínicos sistemáticos (Beck, 1967), forma a base das técnicas e estratégias no núcleo da terapia cognitiva (Beck, 1976). A terapia cognitiva é mais do que apenas uma coleção de estratégias e técnicas: é o que emerge de um conjunto de princípios básicos. O modelo cognitivo postula três conceitos específicos para explicar o substrato psicológico da depressão: (1) a tríade cognitiva negativa, (2) esquemas e (3) erros cognitivos.

A tríade cognitiva negativa

A **tríade cognitiva negativa** fornece um arcabouço para considerar as cognições idiossincráticas que resultam no humor e no distúrbio comportamental de cada paciente. O primeiro componente da tríade diz respeito à **visão negativa** que o paciente tem **de si mesmo**. O paciente se vê como incompetente ou indigno de amor (a maioria das crenças nucleares se transforma em um ou outro, e a maioria dos pacientes deprimidos é vítima de um ou de ambos) e tende a atribuir experiências desagradáveis às suas deficiências.

Em sua maneira de ver, é *por causa* desses supostos defeitos que ele é inútil ou indesejável. No modelo cognitivo, as visões negativas de si próprio são vistas como diáteses predisponentes latentes, mas relativamente estáveis (herdadas ou adquiridas) que, uma vez desenvolvidas, colocam o indivíduo em risco elevado de depressão sempre que ocorre um estressor relevante.³

O segundo componente da tríade cognitiva compreende a **visão negativa** que a pessoa deprimida tem **do mundo**, ou uma tendência a interpretar suas experiências contínuas de forma negativa. O mundo é visto como um lugar inóspito ou injusto. Além disso, o paciente vê o mundo (e as outras pessoas que o habitam) como se ele estivesse fazendo exigências exorbitantes ou apresentando obstáculos esmagadores para atingir suas metas de vida. O mundo externo é visto como indiferente, na melhor das hipóteses, e hostil, na pior.

O terceiro componente da tríade cognitiva compreende uma **visão negativa do futuro**. A pessoa deprimida prevê que as dificuldades e o sofrimento atuais continuarão indefinidamente. Ela espera dificuldades, frustrações e privações incessantes. Quando o paciente pensa em assumir uma tarefa específica em um futuro imediato, ele espera fracassar. Essa visão negativa do futuro, com sua expectativa essencial de não gratificação, está no cerne da depressão. A depressão difere de outros transtornos psiquiátricos pela ausência de afeto positivo; se alguém não prevê gratificação futura, então a resposta afetiva esperada seria a tristeza, e não a ansiedade, a raiva ou o desgosto (Clark & Watson, 1991). Ter uma visão negativa de si mesmo como incapaz de garantir a gratificação, ou do mundo como improvável

de proporcioná-la, pode contribuir para a inferência, mas é a expectativa de falta de gratificação *no futuro* que é fundamental para a tristeza persistente.

Organização estrutural do pensamento depressivo (esquemas)

Piaget (1923) introduziu o conceito de esquema na psicologia e Bartlett (1932) expandiu a noção, embora suas raízes na filosofia remontem a Kant 150 anos antes (Eysenck et al., 2010). De acordo com a psicologia cognitiva, os **esquemas** (*schemata* é uma forma plural igualmente aceitável [em inglês]) são grupos relativamente estáveis de conteúdos e processos cognitivos que facilitam interpretações previsíveis de eventos no mundo (Miller et al., 1960). Esses padrões levam uma pessoa a atentar seletivamente para determinados estímulos, a conectar observações atuais com lembranças de experiências passadas e a inclinar a forma como interpreta um determinado evento (Neisser, 1967).

Embora pessoas diferentes possam conceituar a mesma situação de maneiras diferentes, uma pessoa em particular tende a ser consistente em suas respostas a tipos semelhantes de eventos. Alguém que seja “liberal” tenderá a ver o mundo de forma diferente de alguém que seja “conservador”, e os membros de cada grupo tendem a interpretar os eventos de forma diferente e consistente ao longo do tempo. Os esquemas não apenas organizam as informações existentes, mas também determinam como as novas informações são processadas. No contexto da terapia cognitiva, os esquemas explicam por que uma pessoa deprimida mantém suas atitudes contraproducentes e indutoras de

angústia, apesar de evidências objetivas de fatores positivos em sua vida.

Em depressões mais brandas, o paciente geralmente é capaz de considerar suas visões negativas sobre si mesmo, o mundo e o futuro com alguma objetividade. Entretanto, à medida que a depressão piora ou se prolonga, seu pensamento se torna cada vez mais dominado por ideias negativas. É menos provável que ele interprete os eventos como os outros o fariam e mais provável que os interprete de forma idiossincrática, de modo a manter a depressão — ou seja, ela começa a desenvolver esquemas negativos. Isso nos leva de volta à noção de causalidade recíproca com relação à cognição e ao afeto, na medida em que cada um influencia o outro em qualquer situação, da mesma forma que a personalidade, as propensões comportamentais e os componentes ambientais determinam as escolhas que um indivíduo faz (Bandura, 2018). É provável que existam esquemas prévios nos indivíduos que entram na adolescência com uma propensão a ficar deprimidos diante de desafios relativamente pequenos — aqueles a quem Monroe e colaboradores (2019) se referem como “propensos à recorrência”. Contudo, não é necessário que esse esquema exista entre aqueles que só ficam deprimidos em resposta a grandes desafios — aqueles a quem Monroe e colaboradores se referem como os “possíveis depressivos”. A questão é que os esquemas podem ser preexistentes e ficar adormecidos até serem acionados, ou podem se desenvolver ao longo do tempo em resposta à angústia entre aqueles que têm probabilidade de recorrência.

À medida que o paciente presta cada vez mais atenção a essas interpretações negativas, suas visões se tornam cada

vez mais distorcidas, levando a erros sistemáticos em seu pensamento (veja a seguir). Conseqüentemente, ele é menos capaz de considerar a possibilidade de que suas interpretações negativas sejam imprecisas ou inúteis. Em depressões mais graves, o esquema idiossincrático pode dominar o pensamento do paciente: ele está preocupado com pensamentos negativos perseverantes e repetitivos. Ele pode ter dificuldade de se concentrar em estímulos externos (p. ex., ler ou conversar) ou de se envolver em atividades mentais voluntárias (p. ex., resolver problemas ou recordar). Nesses casos, inferimos que a organização cognitiva idiossincrática se tornou autônoma, ou seja, tornou-se tão prepotente que se sobrepõe a qualquer estímulo externo do ambiente. Nos casos mais graves, o esquema depressivo pode se tornar tão independente da estimulação externa que o indivíduo não responde às mudanças em seu ambiente imediato.

As pessoas categorizam e avaliam suas experiências por meio de uma matriz de esquemas. Os conteúdos desses esquemas determinam como um indivíduo estrutura uma experiência e, portanto, como ele responderá a ela. Um esquema pode ser latente e ficar adormecido por longos períodos de tempo, mas pode ser ativado por estímulos ambientais específicos, como situações estressantes (Scher et al., 2005). Por exemplo, mesmo depois que uma pessoa tem um filho e aprende a pensar como pai, ela não pensa como um o tempo todo (seu esquema “pai” nem sempre é ativado), mas seu esquema parental pode ser ativado sempre que surgirem situações relevantes. Entretanto, em estados patológicos como a depressão, as conceitualizações individuais de situações salutaras são distorcidas para

se adequarem ao esquema disfuncional. A correspondência ordenada de um esquema normativo e funcional a um determinado estímulo é perturbada pela intrusão desses esquemas idiossincráticos e disfuncionais excessivamente ativos. À medida que estes se tornam mais ativos, uma gama maior de estímulos pode evocá-los. O paciente perde grande parte do controle voluntário sobre seus processos de pensamento e não consegue ativar outras formas mais apropriadas de pensar sobre o mundo.

Falha no processamento de informações (erros cognitivos)

As visões negativas de si mesmo, do mundo e do futuro se solidificam em esquemas depressivos por meio de erros no processamento de informações que servem para manter a crença do indivíduo na validade de suas cognições negativas, apesar das evidências em contrário (ver Beck, 1967). Essas distorções sistemáticas (rebatizadas de “armadilhas do pensamento” com nomes mais prosaicos e fáceis de lembrar entre parênteses do clássico manual de autoajuda *Feeling Good*, de David Burns [1980]) são os componentes funcionais do pensamento esquemático e são semelhantes em natureza à heurística normativa que opera em pessoas que não estão deprimidas (Kahneman et al., 1982):

- **Abstração seletiva (filtro mental).** Concentrar-se em um detalhe ou fragmento de uma experiência fora do contexto, ignorando outras características mais importantes e conceituando toda a experiência com base nesse fragmento: “Meu chefe recusou meu pedido de aumento, isso significa que ele acha que eu não valho nada”,

embora ninguém mais tenha recebido aumento e sua avaliação de desempenho tenha sido positiva.

- **Inferência arbitrária (tirar conclusões precipitadas).** Tirar uma conclusão na ausência de evidências ou diante de evidências contrárias (inclui tanto **leitura mental**, em que se presume que se sabe o que outra pessoa está pensando, quanto **adivinhação**, em que se pensa que se pode prever o futuro): “Todos no trem acharam que eu era um idiota quando tropecei”.
- **Supergeneralização.** Estabelecer uma regra ou conclusão geral com base em um ou alguns incidentes isolados e aplicar o conceito de forma ampla: “As coisas nunca saem do jeito que eu quero”.
- **Rotulação (rotulagem-rotulagem incorreta).** Uma generalização excessiva na qual uma característica estável é atribuída com base em uma amostra limitada de comportamento: “Não consegui o emprego; sou um perdedor”.
- **Maximização (catastrofização) e minimização.** Erros na avaliação da magnitude ou do significado dos eventos que distorcem sua importância: “Com essa nota ruim no questionário, certamente serei reprovado na disciplina” ou “E daí se eu fui bem no questionário, ainda há a prova final”.
- **Personalização.** Interpretar eventos externos de forma autorreferencial quando há pouca base para fazer essa interpretação: “As pessoas não estavam se divertindo porque eu estava lá”.
- **Pensamento absolutista/dicotômico (pensamento de “tudo ou nada”).** Organização de experiências em uma de duas categorias opostas, em vez de ordená-las em uma dimensão contínua (p. ex., perfeito vs. defeituoso, santo

vs. pecador). Os pacientes geralmente selecionam categorizações negativas extremas para descrever a si mesmos: “Sou completamente indigno de ser amado”.

- **Desqualificação do positivo.** Desconsiderar experiências positivas que sejam inconsistentes com as crenças negativas existentes: “Se eu consegui fazer isso, então não deve ser muito difícil de fazer”.
- **Raciocínio emocional.** Usar a experiência de um forte sentimento negativo como evidência clara da veracidade da crença associada: “Sinto-me tão envergonhado que eu devo ser um idiota”.
- **Imperativos morais (“Deveres”).** Imposição de julgamentos moralistas para controlar o próprio comportamento ou o de outra pessoa (em vez de utilizar as contingências naturais que operam na situação). Os “deveres” são particularmente importantes, pois são menos eficazes do que outras estratégias que poderiam ser usadas e tendem a gerar afeto negativo e minar a autoestima. (Foi Karen Horney, a analista e primeira feminista que rompeu com Freud por causa de seu conceito de “inveja do pênis”, que cunhou o termo “a tirania dos deveres” na década de 1950.) Os pais não têm que dizer aos filhos que eles “devem” comer biscoitos (já que os biscoitos têm sabor doce e a evolução nos deu um “gosto por doces”), mas, às vezes, dizem a eles que “devem” comer vegetais (já que eles não são naturalmente doces e, portanto, não são inerentemente reforçadores). São os pais sábios que condicionam o acesso aos biscoitos à ingestão de vegetais, em vez de insinuar “maldade” por parte da criança que não está fazendo o que

“deveria” por causa de uma preferência evoluída por alimentos de sabor doce em vez de alimentos de sabor amargo. Os “deveres” são frequentemente estabelecidos na infância pelos pais (muitas vezes com a melhor das intenções), mas são invariavelmente atalhos destinados a controlar o comportamento, quando o caminho mais sensato é mobilizar as contingências naturais que existem no mundo. As afirmações do tipo “deveria” geralmente resultam em sentimentos de culpa (em si mesmo) ou raiva (em relação a si mesmo ou aos outros) quando o indivíduo não cumpre esse absoluto moral: “Eu deveria ter sido mais gentil; sinto-me tão culpado”; “Ele não deveria ter me deixado esperando; sinto-me tão irritada”.

Em seus primeiros escritos, Beck descreveu a depressão como sendo um transtorno do pensamento (Beck, 1967). Há um elemento de verdade nessa perspectiva, mas, na verdade, a maioria dos pacientes não psicóticos (incluindo a maioria das pessoas com depressão) *pode* avaliar a realidade com precisão (eles podem separar o que é provavelmente verdadeiro do que não é, se pensarem cuidadosamente sobre as coisas da forma que descrevemos mais detalhadamente no Capítulo 6); só que eles tendem a não fazer isso sob fortes estados de emoção. Um objetivo da terapia cognitiva é ajudar o paciente a desacelerar o processo e ficar atento ao seu pensamento à medida que ele ocorre, para que possa examinar a precisão de suas crenças e procurar distorções em seu processamento de informações. Ao aprender a examinar a precisão de suas próprias crenças, o paciente pode, com frequência, aliviar sua angústia e passar a se comportar de maneira mais adaptativa.

Componentes e processos da terapia cognitiva

As técnicas da terapia cognitiva são aplicadas de forma mais eficaz quando o terapeuta as fundamenta em um conhecimento profundo do modelo cognitivo (Beck, 1976). É mais provável que os pacientes obtenham benefícios duradouros com o modelo quando eles captam sua essência e passam a entender que não é apenas o que lhes acontece que determina como se sentem e agem, mas também como interpretam esse evento (Tang et al., 2007). As técnicas terapêuticas são projetadas para identificar e mudar (por meio do processo de teste de realidade, no qual os fatos são coletados, muitas vezes por meio de experimentos comportamentais, e a lógica é aplicada de forma sistêmica) os pensamentos negativos automáticos que ocorrem em situações específicas, bem como as crenças nucleares e as atitudes disfuncionais das quais surgem esses pensamentos. Os pacientes aprendem a dominar problemas que antes consideravam esmagadores, identificando e examinando a precisão dos pensamentos relevantes e das crenças subjacentes. O terapeuta cognitivo ajuda o paciente a aprender a pensar de forma mais realista sobre seus problemas e a se comportar de forma mais adaptativa para reduzir seus sintomas.

Técnicas específicas de intervenção, descritas mais adiante neste livro, foram criadas para ensinar o paciente a (1) identificar e monitorar os pensamentos negativos automáticos (cognições) que surgem em situações específicas; (2) reconhecer as conexões entre esses pensamentos e os sentimentos e comportamentos que eles geram; (3) explorar o sistema de significado mais amplo no

qual esses pensamentos estão inseridos; (4) considerar explicações alternativas rivais para os eventos que deram origem a essas crenças; (5) examinar as evidências a favor e contra essas crenças; (6) identificar as implicações reais dessas crenças se elas se revelarem verdadeiras; e (7) substituir cognições tendenciosas ou errôneas por reavaliações mais precisas, quando indicado. Estratégias comportamentais também são amplamente empregadas; a terapia cognitiva se baseia em um modelo cognitivo, mas as técnicas comportamentais são parte integrante da terapia, descritas em mais detalhes a seguir e no Capítulo 5.

Na primeira sessão, descrita no Capítulo 4, apresentamos uma visão geral do modelo cognitivo da depressão e como ele leva à fundamentação da terapia cognitiva. A melhor maneira de fazer isso é convidar o paciente a descrever uma situação recente em que ele tenha sentido angústia e determinar como seus pensamentos se relacionaram com seus sentimentos e comportamentos nesse caso. Também é útil obter a explicação do paciente sobre o motivo pelo qual ele está deprimido — que geralmente se concentra em algum defeito estável presumido em seu caráter (traço) — e contrastar essa “teoria” com a ideia de que ele pode estar escolhendo inadvertidamente estratégias comportamentais que não o estão ajudando. A maioria das pessoas deprimidas trata a vida como um **teste de caráter** (“sou indigno de ser amado/sou incompetente”) quando, na verdade, é um **teste de estratégia** (“algumas coisas funcionam melhor do que outras”). Essas atribuições errôneas de autorreferência geralmente estão no centro dos esquemas dos pacientes. Acreditamos que ajudar os pacientes a reconhecer e corrigir

essa interpretação errônea do tipo traço é uma das principais fontes do efeito duradouro da terapia cognitiva.

É comportamental?

Desde as primeiras sessões, incentivamos os pacientes a monitorar sua própria experiência, começando por acompanhar o que fazem durante o dia e como seus comportamentos e seu humor mudam juntos. *Estratégias comportamentais* são usadas durante todo o período do tratamento, mas é mais provável que sejam enfatizadas nas primeiras sessões. Essas estratégias são essenciais para o processo de teste de realidade; muitas vezes, a evidência mais convincente contra uma crença errônea é o *feedback* que o paciente obtém depois de lidar com um problema de uma maneira nova e diferente. O paciente começa a se comportar de forma menos desadaptativa e, no processo, descobre os pensamentos e as crenças subjacentes a esses comportamentos, para que possa testar sua precisão. Os pacientes geralmente precisam de técnicas mais ativas no início do tratamento, quando a motivação está enfraquecida e as crenças incorretas parecem mais convincentes. Por esse motivo, apresentamos as estratégias comportamentais (Capítulo 5) antes das técnicas cognitivas (Capítulo 6). Uma amostra dessas estratégias comportamentais inclui a programação de atividades, em que o paciente estabelece um plano concreto do que fazer em um determinado intervalo; a definição de oportunidades de domínio e prazer, em que o paciente programa tarefas que seriam desejáveis de realizar ou gratificantes de experimentar; e a criação de tarefas graduais, em que o paciente divide uma tarefa maior em uma série de

etapas menores. Essas estratégias visam permitir que o paciente colete informações sobre as ligações entre pensamentos, sentimentos e comportamentos e supere o comportamento de esquiva (Martell et al., 2001), bem como a inércia que interfere na iniciação do comportamento adaptativo (Miller, 1975). Mais importante ainda, elas ajudam o paciente a testar seus pensamentos negativos automáticos específicos e suas crenças nucleares subjacentes mais gerais (e abstratas) (Beck, 1970).

É cognitivo?

Usamos *estratégias cognitivas* durante todo o ciclo da terapia, mas normalmente deixamos para ensiná-las detalhadamente ao cliente depois que as estratégias comportamentais foram apresentadas. Ensina-mos os pacientes a reconhecer seus pensamentos negativos automáticos e crenças subjacentes, anotando-os no **Registro de pensamentos** (consulte o Capítulo 6). Essas cognições são examinadas para determinar seu impacto nos sentimentos e nos comportamentos do paciente, e quaisquer problemas no processamento de informações (erros cognitivos) são identificados e discutidos. Treinamos os pacientes para procurar explicações alternativas às suas próprias descrições caracterológicas para eventos negativos e para avaliar as evidências a favor e contra essas explicações concorrentes, bem como para considerar as implicações reais de suas crenças, caso fossem verdadeiras. Trabalhamos com os pacientes para projetar experimentos nos quais eles são incentivados a variar seus comportamentos para testar a precisão de suas crenças — incluindo as **crenças nucleares** (consulte o Capítulo 7), bem como as crenças subjacentes às **estratégias**

compensatórias que servem para perpetuar os padrões evidenciados por aqueles que têm transtornos da personalidade (consulte o Capítulo 8). Por exemplo, pode-se pedir a uma paciente que acredita ser incompetente que especifique os passos que uma pessoa competente daria para realizar algo e, em seguida, incentivá-la a implementar esses passos antes da próxima sessão, apenas para ver o que ela consegue fazer. Também costumamos nos concentrar em sintomas-alvo específicos, como procrastinação ou impulsos suicidas (consulte o Capítulo 9). Ajudamos o paciente a identificar as crenças que sustentam esses sintomas (p. ex., “Minha vida não tem valor e não posso mudar isso”) e depois as submetemos a um exame lógico e, principalmente, a testes empíricos (consulte o Capítulo 10).

O paciente assume o controle

O objetivo das intervenções usadas na terapia cognitiva é *tornar o terapeuta obsoleto*, facilitando o desenvolvimento das habilidades e do senso de eficácia nos pacientes, o que permite que eles façam por si mesmos tudo o que inicialmente foi feito pelo terapeuta ou com ele. A transferência de conhecimento e responsabilidade do terapeuta para o paciente não só aumenta o benefício de curto prazo da terapia cognitiva, mas também provavelmente maximiza seu efeito duradouro (consulte o Capítulo 11). À medida que o tratamento avança, os pacientes começam a implementar muitas das técnicas que inicialmente introduzimos por conta própria. Os pacientes geralmente tomam a iniciativa de questionar suas conclusões, mas não deixamos isso ao acaso e rotineiramente lhes perguntamos como chegaram

a reavaliar suas crenças anteriores, quais evidências lhes foram convincentes. É mais provável que a terapia cognitiva seja bem-sucedida quando nós, enquanto terapeutas, ensinamos nossos pacientes a fazer a terapia por si mesmos, em vez de aceitarem-na passivamente. As evidências mostram que os pacientes que são mais capazes de empregar as habilidades relevantes por conta própria ao final da terapia têm o menor risco de recaída subsequente (Strunk et al., 2007). Além de modelarmos estratégias para identificar e testar pensamentos e crenças, também ensinamos explicitamente os princípios que estão por trás da abordagem, da mesma forma que faríamos se estivéssemos treinando terapeutas cognitivos iniciantes, e orientamos os pacientes a praticarem isso por conta própria.

Personalizado e adaptável

A terapia cognitiva funciona melhor quando é aplicada de forma flexível e baseada em princípios, e não como um conjunto de tarefas ou metas prescritivas, sessão por sessão, que deve ser implementado de forma rígida para todos os pacientes. A terapia cognitiva é, em sua essência, uma abordagem fenomenológica. Não podemos ajudar um cliente a mudar suas crenças, a menos que nós e o cliente saibamos quais são essas crenças e quais evidências em contrário ele consideraria convincentes. Os sistemas de significados tendem a ser idiossincráticos e baseados em experiências que variam de paciente para paciente; embora a terapia tenda a se desenvolver de forma sequencial entre os pacientes (consulte o Capítulo 4), o conteúdo preciso do que se desenvolve, e quando e com que rapidez as imprecisões

nesse conteúdo podem ser resolvidas tendem a variar em função do que o paciente acredita e de como ele veio a desenvolver essa crença. Embora sejam poucas as comparações diretas, a terapia cognitiva tende a superar seus “primos” cognitivo-comportamentais mais estruturados quando múltiplas variações são testadas (Hollon, 2021).

Como terapeutas, portanto, enfrentamos vários pontos de escolha com relação à seleção e ao momento de aplicação das estratégias. Conforme observado nos Capítulos 5 e 6, as técnicas comportamentais e cognitivas têm seus próprios conjuntos de vantagens e aplicações. Um paciente com retardo psicomotor e os problemas de concentração que o acompanham provavelmente terá problemas para se envolver na introspecção que as técnicas cognitivas exigem. Na verdade, as preocupações e as ruminações podem ser exacerbadas por essas tentativas. Nesses casos, os métodos comportamentais são preferidos devido ao seu poder de neutralizar a inércia e promover a atividade construtiva. Além disso, atingir uma meta comportamental pode ajudar a refutar crenças como “não sou capaz de fazer nada”. No caso de pacientes que têm estado muito inativos, não só é provável que programemos atividades para eles fazerem a cada hora de vigília nos próximos dias, como também solicitamos suas previsões sobre como eles acham que essas atividades serão realizadas. Fazer essas previsões nos permite examinar a precisão dessas crenças e as implicações da conclusão bem-sucedida das tarefas programadas em sessões posteriores. Mesmo que estejamos sendo amplamente comportamentais, fazemos isso de uma forma integrada que testa as crenças existentes.

Para pacientes com deficiências menos graves, as técnicas cognitivas geralmente podem ser empregadas de forma útil para moldar as tarefas comportamentais. Considere a paciente que concluiu que seus amigos não gostavam mais dela, pois nenhum deles havia lhe telefonado nos últimos dias. Ela pode ser incentivada a examinar as evidências a favor e contra essa conclusão e a considerar explicações alternativas para a falta de telefonemas de seus amigos, mesmo antes de tomar qualquer outra atitude. Uma tarefa comportamental, como ligar para um amigo e pedir para se encontrarem, poderia então ser usada para testar a precisão da crença. Frequentemente usamos técnicas cognitivas para aumentar a probabilidade de os pacientes participarem de um experimento comportamental e para evitar reinterpretações indevidamente negativas após a realização da tarefa. O emprego de técnicas cognitivas e comportamentais de forma integrada geralmente resulta em uma maior probabilidade de êxito em cada uma delas. Nossa regra geral é fazer o que for necessário para ajudar o cliente a se envolver na tarefa. Se ele estiver fazendo pouco, incentivá-lo a suspender a descrença e ver o que ele pode fazer geralmente o ajuda a se movimentar de forma comportamental; na verdade, nós o incentivamos a fazer um experimento apenas para “ver o que ele pode fazer”. Se o cliente estiver ao menos um pouco envolvido com o mundo, obter suas previsões com antecedência e verificar suas interpretações após a conclusão da atividade pode destacar cognições problemáticas e deixá-lo com uma sensação maior de domínio sobre sua experiência interna.

Foco em crenças nucleares

A maior parte da redução nos escores das medidas de sintomas de depressão ocorre durante as primeiras semanas de tratamento. Isso levou alguns a sugerir que processos inespecíficos ou as estratégias puramente comportamentais devem ser responsáveis pela maior parte da mudança que ocorre na terapia cognitiva, com base no pressuposto de que a reestruturação cognitiva não é introduzida durante esse período inicial (Ilardi & Craighead, 1994). Entretanto, como acabamos de descrever, fazemos uso extensivo de técnicas cognitivas nas fases iniciais do tratamento para ensinar os clientes a usar as estratégias comportamentais (Tang & DeRubeis, 1999a). Mais tempo é dedicado em sessões posteriores para ensiná-los a avaliar a precisão de suas crenças, mas as estratégias cognitivas são introduzidas desde a primeira sessão com todos os pacientes, exceto os mais gravemente deprimidos.

Dependendo do paciente, o tratamento pode durar desde algumas semanas para aqueles com bom funcionamento pré-mórbido, até vários anos para os com depressão crônica ou depressões sobrepostas a transtornos da personalidade subjacentes. Para estes últimos, enfatizamos os procedimentos desenvolvidos para abordar crenças nucleares e pressupostos subjacentes de longa data. Visamos especialmente as estratégias compensatórias (padrões de comportamento recorrentes) que têm a intenção (pelo paciente) de atenuar as consequências dessas crenças e, assim, reduzir o estresse no curto prazo, mas que paradoxalmente servem para manter essas crenças ao longo do tempo (consulte os Capítulos 7 e 8).

Especificamente, enfatizamos as abordagens focadas em esquemas projetadas para identificar e tratar as crenças nucleares. Também adotamos uma estratégia conhecida como “**banquinho de três pernas**”, que atende não apenas às preocupações da vida atual (presente), mas também aos antecedentes da infância que levaram ao desenvolvimento das crenças desadaptativas do paciente (passado) e às reações do paciente a nós como terapeutas (incluídas no contexto maior e inespecífico da relação terapêutica) (Beck et al., 2003). Via de regra, ao tratar um paciente com depressão crônica sobreposta a um transtorno da personalidade, tocamos em cada uma dessas “três pernas do banquinho” ao lidar com qualquer item da agenda antes de passar para o próximo. Como discutiremos mais detalhadamente no Capítulo 7, essa abordagem não altera a essência da terapia cognitiva, mas a amplia, uma vez que padrões comportamentais crônicos e contraproducentes podem exigir atenção sustentada por um período mais longo para que haja uma resolução satisfatória e duradoura.

Características distintivas da terapia cognitiva

A terapia cognitiva difere de outras psicoterapias em vários aspectos importantes relativos à estrutura de suas sessões e aos tipos de problemas nos quais se concentra, conforme descrito a seguir.

Atividade do terapeuta

Em contrapartida às terapias psicodinâmicas mais tradicionais e algumas terapias humanísticas, tendemos a ser continuamente ativos durante as sessões.

Estruturamos a terapia com o objetivo de envolver a participação e a colaboração do paciente. Muitos pacientes deprimidos ficam preocupados ou distraídos nas primeiras sessões, por isso tentamos ajudá-los a organizar seu pensamento e comportamento para lidar melhor com as exigências da vida cotidiana. Embora a capacidade do paciente de colaborar possa ser seriamente impedida pelos sintomas no início do tratamento, usamos nossa engenhosidade e recursos para estimulá-lo a se envolver ativamente nas intervenções. Em contrapartida, a passividade do terapeuta inerente às abordagens mais tradicionais permite que os pacientes deprimidos se afundem ainda mais no pantano das preocupações negativas. Com efeito, emprestamos nossas “funções executivas” ao paciente para manter a sessão estruturada e focada, até o momento em que o paciente possa assumir esse processo por conta própria.

Empirismo colaborativo

Estamos comprometidos com um processo no qual todas as crenças (inclusive as nossas) estão abertas ao escrutínio empírico, em vez de confiarmos em nossa autoridade como terapeutas ou em nosso poder de persuasão. Trabalhamos *em conjunto* com o paciente para descobrir cognições problemáticas e então submetê-las ao escrutínio lógico e à refutação empírica. Nada funciona de forma tão poderosa para mudar uma crença como testá-la fora da terapia e descobrir que ela não é verdadeira. Durante o processo, ensinamos o cliente a fazer por si mesmo tudo o que podemos fazer por ele no início do tratamento. Nosso objetivo é ajudar nossos clientes a aprender a testar a precisão

de suas próprias crenças de forma aberta e inquisitiva.

Foco no aqui e agora

Em contrapartida aos tipos mais tradicionais de psicoterapia, o foco da terapia cognitiva geralmente está nos problemas do aqui e agora, especialmente nos estágios iniciais do tratamento. O principal impulso é a investigação dos pensamentos, sentimentos e comportamentos do paciente dentro e entre as sessões, especialmente com relação a eventos perturbadores. Atentamos às lembranças da infância principalmente para esclarecer o significado das experiências contemporâneas e, muitas vezes, só mais tarde na terapia. Colaboramos com o paciente para explorar suas experiências atuais, estabelecendo cronogramas de atividades e desenvolvendo exercícios de casa voltados para o futuro. Para o paciente com problemas mais complexos, como depressão crônica ou depressão sobreposta a um transtorno da personalidade subjacente, o foco se expande para um exame mais extenso das experiências anteriores da infância e para seu relacionamento com o terapeuta (o “banquinho de três pernas” mencionado anteriormente e demonstrado no Capítulo 7).

Crenças imprecisas, não motivações inconscientes

Talvez a principal diferença entre a terapia cognitiva e as terapias psicodinâmicas tradicionais seja o fato de nunca presumirmos que motivos inconscientes sejam responsáveis pelos problemas do paciente. O foco está nas crenças, e não nas motivações, e particularmente nas crenças

acessíveis, e não nas inconscientes. Quando os clientes se comportam de forma desadaptativa, seja por não se engajarem em comportamentos que poderiam lhes dar o que desejam ou por se engajarem em comportamentos que os prejudicam, começamos presumindo que foram crenças imprecisas que atrapalharam, e não que alguma “necessidade de fracassar” masoquista impediu o paciente de agir em seu próprio interesse. Da mesma forma, não gostamos de presumir que os pacientes têm uma motivação inconsciente para manter suas crenças, mesmo que elas pareçam imunes a mudanças. Em vez disso, reconhecemos que todas as pessoas estão programadas para pensar de modo a dificultar a modificação de uma crença, mesmo diante do que pode parecer para os outros uma evidência esmagadora do contrário (Nisbett & Ross, 1980).

Essencialmente, presumimos que os clientes experimentam angústia e agem de forma desadaptativa porque acreditam no que acreditam, mesmo que essas crenças os prejudiquem, e não porque tenham alguma motivação inconsciente para se punir ou frustrar o terapeuta. A teoria cognitiva reconhece que as crenças “profundas” (crenças nucleares e suposições subjacentes) podem não estar imediatamente acessíveis à introspecção consciente, mas sustenta que essas crenças podem ser prontamente descobertas e examinadas ao se explorar o que a situação significa para o cliente. Isso contrasta com a teoria dinâmica, que postula que crenças e motivações são mantidas fora da consciência por mecanismos de defesa ativos. A partir de uma perspectiva cognitiva, uma crença específica pode não passar pelo fluxo de consciência do paciente, mas pode ser trazida à consciência com

um mínimo de estímulo. Uma das virtudes da abordagem cognitiva é que é relativamente fácil para o paciente tornar-se seu próprio terapeuta, uma vez que a introspecção é o meio de exploração e o empirismo é o principal método de mudança. Na terapia cognitiva, não é necessária nenhuma assistência para contornar os mecanismos de defesa inconscientes que mantêm os “verdadeiros” motivos da pessoa fora da consciência.

Crenças adicionadas a comportamentos

A terapia cognitiva compartilha com a terapia comportamental a ênfase na atenção aos sinais e consequências no ambiente externo, mas dá maior ênfase às experiências mentais internas do paciente, como pensamentos (incluindo desejos, devaneios e atitudes) e sentimentos. A estratégia geral da terapia cognitiva pode ser diferenciada de intervenções mais puramente comportamentais por sua ênfase em ensinar os pacientes a conduzir investigações empíricas de seus próprios pensamentos automáticos e crenças subjacentes (Beck, 1993). Quase toda experiência pode ser usada como observação em um experimento relevante para as crenças negativas do paciente. Por exemplo, se uma paciente acredita que as pessoas que encontra se afastam dela com repulsa, podemos ajudá-la a construir um sistema para julgar as reações dos outros e incentivá-la a fazer avaliações objetivas de suas expressões faciais e de seus movimentos. Se o paciente acredita que é incapaz de realizar tarefas simples de higiene, podemos trabalhar com ele para criar um gráfico que ele possa usar para monitorar o grau de sucesso que tem na

realização dessas atividades. Entendemos em nível teórico que, embora os processos cognitivos sejam os principais mecanismos de mudança, os experimentos comportamentais podem ser a maneira mais poderosa de testar esses mecanismos cognitivos (Bandura, 1977). Conforme descrito anteriormente, não deixamos esse processo ao acaso, mas pedimos aos pacientes que expliquem, tanto para si mesmos quanto para nós, exatamente o que aprenderam no processo e as implicações que tiraram desses experimentos comportamentais.

Examinar as crenças, não as debater

Ao contrário de algumas das abordagens cognitivas anteriores mais estridentes, como a terapia emotiva racional (Ellis, 1962), não debatemos com nossos clientes nem tentamos persuadi-los.⁴ Em vez disso, nos envolvemos em um processo “lúdico” no qual os pacientes são incentivados a considerar e testar a precisão de suas próprias crenças, com alguma contribuição do terapeuta. Tentamos não nos apresentar como especialistas que compreendem a natureza da realidade melhor do que o paciente, em parte porque também somos propensos a erros de pensamento (e em parte porque essa abordagem autoritária raramente é bem recebida). O objetivo da terapia não é ver quem está correto, mas sim ajudar os pacientes a aprender a examinar a precisão das crenças que não os estão ajudando. Se parecer que estamos *desafiando* o paciente, em vez de ajudá-lo a examinar suas crenças, isso pode ser visto como um ataque pessoal. Como advertem os teóricos da

entrevista motivacional, isso geralmente faz o paciente solidificar suas crenças (Miller & Rollnick, 2023). Uma abordagem colaborativa para examinar as crenças funciona bem quando os pensamentos são escritos em um quadro branco ou papel e trabalhamos em conjunto com o paciente, como uma equipe, para examinar sua precisão. A curiosidade, e não a certeza, é fundamental.

Crença em uma realidade objetiva

A terapia cognitiva opera com base no pressuposto de que há uma realidade objetiva que existe fora da experiência subjetiva e que os clientes são mais bem atendidos se alinharem suas crenças a essas realidades. Na verdade, o cliente é incentivado a agir como um cientista intuitivo, examinando a precisão de suas próprias crenças (Ross, 1977). Esse pressuposto difere das *terapias narrativas* que presumem que não existe uma realidade objetiva e sugerem que os pacientes são livres para adotar qualquer “história” pessoal que sirva a seus propósitos. O mito e a metáfora são ótimos para fins de ilustração, mas a crença de que podemos voar não nos tirará do chão. Os experimentos comportamentais funcionam porque há consequências objetivas para os comportamentos. Um paciente pode acreditar que não é digno de amor, mas se ele expressar interesse por outra pessoa e descobrir que esse interesse é correspondido, então a crença claramente não é verdadeira. Por outro lado, simplesmente acreditar que somos dignos de amor não substitui o fato de expressar interesse por outra pessoa e retribuir se ela responder.

Realismo em vez de otimismo

A terapia cognitiva não é a instanciação psicoterapêutica do “poder do pensamento positivo”. Em vez disso, ela adere ao princípio de que as pessoas são mais bem atendidas quando são realistas em seus julgamentos e precisas em suas interpretações das realidades externas. O simples fato de desejar alguma coisa não é suficiente para que ela aconteça. Embora possa ser útil “estimular a si mesmo” como ferramenta motivacional, alguns clientes acabam profundamente decepcionados quando as estratégias que adotam não são adequadas às contingências reais de uma situação. Ajudar pacientes deprimidos a se tornarem mais precisos em suas crenças quase sempre resulta em menos pessimismo, mas o otimismo indevido raramente é uma resposta adaptativa a tempos difíceis (DeRubeis et al., 1990).

Todo problema é um jogo justo

O ditado que diz que “o amor e o trabalho são as pedras angulares de nossa humanidade” é amplamente atribuído a Freud (embora a citação real seja difícil de encontrar), mas quer ele tenha dito isso ou não, estamos inclinados a concordar.⁵ Como a maioria dos outros tratamentos eficazes para depressão, a terapia cognitiva é usada para abordar problemas nos domínios de realização e de afiliação. Além disso, a terapia cognitiva se preocupa *tanto* com comportamentos desadaptativos *quanto* com emoções perturbadoras ou dolorosas. Ao contrário do que às vezes se infere de seu nome, ela é tudo menos restrita nos processos e nas

questões que aborda, mas o faz com um foco claro no papel da cognição e suas conexões com emoções e comportamentos problemáticos nos domínios interpessoal e de realização.

Conceitos errôneos sobre depressão e o modelo cognitivo

Realismo depressivo

Existe uma crença popular, articulada primeiramente por Sigmund Freud (1917-1957), de que as pessoas deprimidas são mais precisas em seus julgamentos do que as não deprimidas. Essa noção ganhou legitimidade científica em uma série de estudos conduzidos por Alloy e Abramson (1979). Quando os participantes foram solicitados a estimar o grau de controle que poderiam exercer sobre os resultados em situações contingentes e não contingentes, os participantes deprimidos tenderam a ser mais precisos do que seus correspondentes não deprimidos em suas percepções de controle. Os autores sugeriram que as pessoas deprimidas podem ser “*mais tristes, porém mais sábias*” do que suas contrapartes não deprimidas. Essa descoberta foi replicada várias vezes e ganhou grande atenção na imprensa popular, mas a maioria dos estudos relevantes foi realizada em amostras não clínicas, com a depressão definida simplesmente com base em um autorrelato elevado (Ackermann & DeRubeis, 1991). Na verdade, o que estava sendo estudado era disforia leve, e não depressão clínica. Quando um estudo foi finalmente realizado em uma amostra totalmente clínica, descobriu-se que os pacientes deprimidos não tinham maior probabilidade de aplicar a

heurística lógica apropriada para gerar seus julgamentos do que seus correspondentes não deprimidos, mas subestimavam consistentemente seu desempenho em suas percepções de sucesso (Carson et al., 2010). Ambos os grupos usaram heurísticas lógicas “primitivas” para gerar seus julgamentos, mas o fato de os pacientes deprimidos subestimarem seu sucesso fez eles parecerem menos “imprecisos” quando não tinham controle real. Com efeito, dois “erros” resultavam em um aparente “acerto”. Pacientes deprimidos não são mais sábios do que pessoas que não estão deprimidas, eles simplesmente são consistentemente mais negativos.

O pensamento negativo é apenas um sintoma de depressão

Alguns sugeriram que a cognição negativa é apenas um subproduto da depressão. Embora os pensamentos automáticos negativos tendam a estar tão altamente correlacionados com a depressão que pareçam ser apenas mais uma consequência dependente do estado (Hollon et al., 1986), há boas razões para considerar que a cognição desempenha um papel causal na etiologia e na manutenção da depressão. Por exemplo, pedir a alguém que ruminar sobre seus pensamentos negativos é uma maneira confiável de induzir afeto negativo (Nolen-Hoeksema, 2000). Os filhos de mães deprimidas correm um risco maior de ficar deprimidos e mostram evidências de processamento de informações distorcido antes da adolescência, antes mesmo de sofrerem um episódio depressivo (Joorman et al., 2007). Estudantes universitários sem histórico prévio de depressão que interpretam eventos negativos da vida como reflexo de falhas

caracterológicas em si mesmos correm maior risco de ficar deprimidos em resposta a estressores subsequentes do que os colegas que fazem interpretações mais benignas (Alloy et al., 2006). Por fim, a depressão pode ser evitada nos filhos em risco de pais deprimidos, ajudando-os a aprender a lidar com seus pensamentos negativos em resposta a eventos negativos da vida (Garber et al., 2009), e os efeitos dessa intervenção podem durar por toda a adolescência (Brent et al., 2015). Essas descobertas sugerem que não só o pensamento negativo leva ao afeto negativo, mas também que uma propensão ao pensamento negativo predispõe a pessoa a ficar deprimida quando exposta a eventos negativos da vida. Dito isso, a relação entre cognição e afeto é mais bem entendida como recíproca. Os estados de espírito persistem ao longo do tempo e podem influenciar as interpretações em situações subsequentes. A razão pela qual a terapia cognitiva enfatiza o vínculo entre cognição e afeto é que as crenças podem ser testadas quanto à precisão, enquanto os afetos não.

O afeto precede a cognição

Muitos pacientes relatam que estão cientes do que sentem antes de estar cientes do que pensam. Isso parece condizer com a afirmação de Zajonc (1980) de que “as preferências não precisam de inferências”, o que implica que o afeto não apenas precede a cognição temporalmente, mas também que a cognição não desempenha nenhum papel causal. Zajonc observou que uma pessoa caminhando na floresta que percebe uma figura grande vindo em sua direção sentiria medo antes de identificar a forma como um urso.

Lazarus (1982) respondeu observando que, embora nem toda cognição seja consciente, o processamento de informações de algum tipo é um pré-requisito para qualquer experiência de emoção. Atualmente, ficou claro que há duas rotas para a amígdala, uma estrutura neural fundamental para a detecção de riscos e a geração do afeto subsequente. A primeira via atua como um sistema de “alarme rápido” e não requer processamento cortical superior, enquanto a segunda via, através do córtex, recruta processos cognitivos controlados (LeDoux, 2000). O fato de os pacientes poderem ter reações afetivas antes de estarem cientes das avaliações que as motivam não significa que os processos relevantes não possam ser alterados pela razão e pela experiência. Assim como as pessoas podem aprender a superar a tendência natural de virar na direção oposta quando o carro começa a derrapar no gelo (para manter a tração e não perder o controle), ou mergulhadores podem ser treinados para superar a tendência natural dos mamíferos de prender a respiração quando não têm oxigênio debaixo d’água e de expirar quando sobem (caso contrário, o ar comprimido já inalado se expandirá e explodirá os pulmões do mergulhador), os pacientes podem aprender (com prática e repetição) a alterar suas propensões afetivas evolutivamente preparadas para lidar melhor com situações estressantes.

A depressão é genética (ou biológica), portanto, o que você pensa não importa

A depressão provavelmente tem determinantes genéticos, mas isso não exclui de forma alguma uma função causal da cognição na depressão (Beck, 2008).

Os genes são responsáveis por apenas uma pequena parte da variação da depressão unipolar, e as vulnerabilidades genéticas geralmente funcionam como diáteses preexistentes que são desencadeadas por eventos subsequentes da vida (Caspi et al., 2003). Todo processamento de informações tem uma neurobiologia subjacente, e uma maneira pela qual os genes podem se manifestar é por meio de seu impacto na maneira como as pessoas fazem julgamentos e formulam crenças (Beevers et al., 2007). Da mesma forma, mesmo que as pessoas apresentem uma função pré-frontal reduzida quando deprimidas (Siegel et al., 2007), ou um volume hipocampal reduzido (Sapolsky, 2000), ambos importantes na regulação negativa da resposta da amígdala a estímulos aversivos (Johnstone et al., 2007), elas ainda podem aprender a melhorar sua capacidade de reavaliação cognitiva, mesmo sob fortes estados de afeto (Gross, 2002).

Estudos em espécies não humanas sugerem que as regiões corticais que podem detectar quando o organismo tem controle sobre eventos estressantes têm uma via descendente que se projeta para o tronco encefálico, onde faz sinapse em um neurônio ácido gama-aminobutírico (GABA, do inglês *gamma-aminobutyric acid*) que, por sua vez, quando ativado, inibe o disparo do núcleo da rafe, que contém os corpos celulares de todos os neurônios no cérebro que usam serotonina como neurotransmissor e, assim, provoca um curto-circuito na resposta ao estresse (Maier et al., 2006). É como se o córtex estivesse dizendo ao tronco encefálico: “Não se preocupe, tenho isso sob controle”. Na verdade, a seleção natural levou à evolução de centros corticais superiores que podem se sobrepor ao tronco encefálico mais primitivo e

aos centros límbicos que geram a resposta ao estresse. Isso levou os mesmos teóricos que propuseram pela primeira vez a noção de “desamparo aprendido” a sugerir que eles entenderam errado; não é que os organismos aprendem que estão desamparados em situações que não podem controlar (essa é a opção-padrão quando nenhum comportamento disponível proporciona alívio), mas sim que os organismos expostos ao estresse controlável aprendem que suas ações fazem diferença e que podem exercer controle (Maier & Seligman, 2016). Muito do que fazemos na terapia cognitiva é ajudar os pacientes a reconhecer que podem exercer controle sobre muitos dos estressores da vida se escolherem as estratégias corretas, bem como sobre suas reações afetivas, mesmo aos estressores que não podem controlar totalmente.

Na verdade, evidências sugerem que a terapia cognitiva produz mais mudanças nas regiões corticais envolvidas na regulação afetiva do que os medicamentos, que parecem funcionar por meio do amortecimento das regiões subcorticais envolvidas na geração de afeto (Kennedy et al., 2007). Além disso, há indicações de estudos de neuroimagem de que os medicamentos não agem tanto para melhorar o humor quanto para mudar a forma como as pessoas processam as informações (Harmer et al., 2009). Com efeito, a terapia cognitiva e os medicamentos podem funcionar alterando a forma como as informações são processadas, com a terapia cognitiva influenciando o córtex (“de cima para baixo”) de uma forma relativamente mais duradoura e os medicamentos afetando o tronco encefálico e as regiões límbicas (“de baixo para cima”), mas somente enquanto os medicamentos continuarem sendo tomados (DeRubeis et al., 2008).

Resumo e conclusões

A terapia cognitiva é uma abordagem inerentemente integrativa, baseada em um modelo que postula que a maneira como os indivíduos interpretam os eventos que encontram determina (em grande parte) como eles se sentem em relação a esses eventos e o que tentam fazer para lidar com eles de forma comportamental. De acordo com esse modelo, a depressão é, em grande medida, uma consequência de crenças imprecisas e do processamento desadaptativo de informações em resposta a vários eventos da vida. O terapeuta usa uma combinação de experimentos comportamentais e investigação racional para corrigir essas crenças imprecisas e, assim, reduzir o sofrimento. A abordagem representou uma verdadeira “mudança de paradigma” em relação ao modelo psicodinâmico dominante de um tempo atrás, que via a depressão como uma consequência da “raiva voltada para dentro”. Como terapeutas cognitivos, queremos entender como os pacientes pensam sobre si mesmos, seus mundos e seus futuros (a tríade cognitiva negativa) e ajudá-los a corrigir quaisquer crenças errôneas e o processamento desadaptativo de informações. Ao contrário da noção de realismo depressivo, as pessoas deprimidas não são mais “realistas” do que as não deprimidas, apenas mais consistentemente negativas em suas crenças.

A depressão parece ser “típica da espécie”, pois qualquer pessoa pode ficar deprimida se algo ruim acontecer, mas um subgrupo de pessoas parece entrar na adolescência com risco elevado de depressão crônica ou recorrente (os “propensos à recorrência”). Acreditamos que isso se deve basicamente ao fato de elas terem

esquemas latentes que compreendem pressupostos subjacentes e crenças nucleares que as levam a se culpar de forma inadequada quando as coisas dão errado. A abordagem dos esquemas depressogênicos subjacentes que colocam esses indivíduos em risco elevado provavelmente é responsável pelo evidente efeito duradouro da terapia cognitiva, um efeito duradouro que os medicamentos não têm, por mais eficazes que sejam.

Notas

1. À medida que prosseguirmos, você notará que neste livro usamos os termos “paciente” e “cliente” de forma intercambiável, pois cada um é preferível em diferentes contextos. Embora seja possível fazer distinções entre os termos “sentimentos”, “emoções” e “humores” (geralmente em termos da duração dos fenômenos aos quais se referem), nós os utilizamos indistintamente para nos referirmos aos afetos, para facilitar a compreensão do leitor. Alternamos os pronomes “ele” e “ela” (a menos que estejamos nos referindo a uma pessoa específica), pois é complicado referir-se a “ele ou ela”. Também usamos os termos “sistema de significados” e “sistema de crenças” de forma intercambiável. O que temos em mente é o conjunto complexo de proposições que uma pessoa mantém e que define como ela interpreta a realidade naquele momento. Observe que um pensamento não é o mesmo que uma crença. Podemos “pensar” alguma coisa em um determinado momento sem necessariamente acreditar que aquilo é verdade, e podemos acreditar que alguma coisa é verdade sem necessariamente pensar nela em um determinado momento. É esta última (o que alguém acredita ser verdade) que mais queremos entender e (se isso responder mal às realidades da situação) ajudar o paciente a reconhecer e corrigir. Conforme descrevemos no Capítulo 6 e, especialmente, no Capítulo 7, é o sistema de significados mais amplo, seja ele considerado no momento ou não, que orienta o afeto e o comportamento.
2. Aqui e em todo o restante deste livro, alguns termos e pontos-chave pertinentes à terapia cognitiva aparecem em **negrito**. Ao final de cada capítulo, você encontrará uma lista dos pontos-chave daquele capítulo como um pequeno resumo.
3. O campo evoluiu desde que a terapia cognitiva começou a se desenvolver nas décadas de 1960 e 1970, e sabemos muito mais sobre o papel potencialmente causal de questões genéticas, epigenéticas (que nem sabíamos que existiam à época), ambientais, temperamentais e orgânicas (doenças, lesões, deficiências hormonais) e similares. Há muita coisa que não abordamos e que pode um dia ajudar a explicar como o risco é derivado, mas o conceito básico da terapia cognitiva ainda se mantém: é a forma como interpretamos uma determinada situação (muitas vezes influenciada pelos fatores que acabamos de mencionar) que determina, em grande parte, como nos sentimos em relação a ela e o que tentamos fazer para lidar com ela.
4. Ellis (1962) antecipou a adoção do modelo cognitivo por Beck em sua terapia racional emotiva (TRE), que durante algum tempo foi uma das formas mais amplamente praticadas de psicoterapia. Ele foi um verdadeiro pioneiro, e sua abordagem teve muito sucesso e muitos adeptos, mas se baseava mais na razão e na persuasão para mudar crenças do que na refutação empírica. Suspeitamos que a adesão a um modelo científico (em vez de um modelo puramente filosófico) é um dos motivos do impacto duradouro da terapia cognitiva na área.

5. De acordo com Peter Fonagy, professor de psicoterapia psicodinâmica, diretor executivo do Anna Freud Centre e investigador principal da Tavistock Foundation em Londres, o que Freud realmente disse e que foi condensado no texto foi que “A vida comunitária dos seres humanos teve, portanto, um fundamento duplo: a com-
pulsão para o trabalho, criada pela necessidade externa, e o poder do amor, que fez o homem relutar em privar-se de seu objeto sexual — a mulher — e a mulher, em privar-se daquela parte de si própria que dela fora separada — seu filho” (Freud, 1930, p. 101).

PONTOS-CHAVE

1. A **cognição** desempenha um papel causal na geração de afeto de maneira reciprocamente causal, embora as pessoas geralmente estejam cientes do que sentem antes de estarem cientes do que pensam.
2. As **predisposições genéticas** desempenham um papel na depressão (modesta na unipolar e maior na bipolar), mas a propensão a interpretar mal as informações pode ser uma das formas de expressão dos genes.
3. De acordo com a **teoria cognitiva**, a interpretação (avaliação) de uma situação influencia (tem um efeito causal) no afeto e no comportamento subsequentes. A correção de **crenças imprecisas** e do **processamento de informações desadaptativo** pode reduzir o estresse e facilitar o funcionamento adaptativo.
4. A **terapia cognitiva** é baseada na teoria cognitiva e usa estratégias comportamentais e cognitivas de forma integrada para produzir mudanças.
5. A terapia cognitiva é uma abordagem **baseada em habilidades** em que os pacientes são ensinados a fazer a terapia por si mesmos. Os pacientes que dominam essas habilidades reduzem seu risco de episódios subsequentes.
6. A terapia cognitiva é tão eficaz quanto e mais duradoura do que o **tratamento medicamentoso**. Ela produz benefícios amplos e duradouros sem produzir efeitos colaterais problemáticos.