TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS DA DEPRESSÃO

Ângela da Costa Maia*

Resumo

Neste artigo, após breve referência às dimensões sintomáticas da perturbação depressiva, são abordados alguns dos modelos surgidos dentro das perspectivas comportamentais e cognitivas para intervenção psicoterapêutica neste quadro clínico. Para cada modelo são apresentados quer os seus fundamentos teóricos, quer os seus objectivos e as principais estratégias de intervenção.

Palavras-chave: depressão; terapia cognitiva e comportamental.

Summary

After a brief reference to the symptoms of the depression disorder, this article presents some of the models developed by behavioural and cognitive approaches for the psychotherapy of depression. The theoretical bases of each model are presented, as well as their objectives and main intervention strategies.

Introdução

A depressão é uma das perturbações psicológicas que mais pessoas atinge e, pelo tipo de sintomas que a caracteriza, é também uma daquelas que provoca mais mal estar e sofrimento, sendo ainda uma das que têm custos sociais e económicos mais elevados (cf. Maia, 1998, I Parte).

O DSM-IV (APA, 1994) sistematiza os sinais desta perturbação em nove domínios: humor deprimido, interesse ou prazer marcadamente diminuídos; perda significativa de peso; insónia ou hipersónia; agitação ou lentificação psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalia ou de culpa excessiva; diminuição da habilidade de pensar ou concentrar-se; pensamentos de morte; e ideação ou plano suicida.

A depressão corresponde, assim, a uma constelação de experiências normalmente sentidas como uma descontinuidade em relação à vivência normal, onde se incluem sintomas afectivos, cognitivos, comportamentais e físicos (cf. Hammen, 1998).

Os **sintomas afectivos** são tão relevantes que a depressão é integrada entre as desordens de humor. Entre os sintomas afectivos podemos incluir o humor deprimido, o sentimento de desânimo, de vazio, apatia ou irritação. Estas sensações estão normalmente associadas a uma perda de interesse ou prazer em quase todas as actividades, o que interfere quer com os domínios profissionais, quer com quase todas as tarefas mesmo aquelas que antes poderiam constituir experiências gratificantes para os sujeitos.

Os **sintomas cognitivos,** tal como os afectivos, são de tal modo proeminentes que a depressão é considerada por alguns autores como uma perturbação do pensamento. Pensamentos de auto-desvalorização, de auto-culpabilização ou de rejeição e abandono são alguns dos que surgem muito frequentemente. O conceito de baixa auto-estima procura descrever este visão negativa acerca de si próprio, estando normalmente associada à percepção de incapacidade para enfrentar situações ou resolver problemas. Aaron T. Beck foi particularmente preciso ao fazer o retracto cognitivo dos deprimidos, descrevendo-os como percebendo não só a si próprios, como ao mundo e ao futuro com base em lentes sistematicamente negativas,

*Universidade do Minho.

naquilo que constitui a sua célebre *tríade cognitiva* da depressão.

Para além desta percepção negativa, os deprimidos normalmente exibem dificuldades de concentração o que contribui para a sensação de ineficácia com que lidam com algumas tarefas.

Os **sintomas comportamentais** são especialmente visíveis na apatia e isolamento social, ou nas alterações psicomotoras, mais das vezes no sentido da retardação, sendo que esta retardação se pode manifestar numa total paralisia.

Finalmente os **sintomas físicos** são observáveis nas alterações a nível do sono, apetite, desejo sexual ou energia. Este último sintoma é particularmente saliente na depressão, atingindo a falta de energia cerca de 98% dos deprimidos (Hammen, 1998).

Face a estas manifestações sintomáticas, desde a antiguidade se encontram relatos de sugestões de tratamentos para a depressão. E se a diversidade de sugestões a que se assistiu ao longos dos tempos (e que vão desde a sangria à expulsão do demónio ou ao restabelecimento do equilíbrio magnético) revelam bem as diferentes leituras a que esta perturbação foi sujeita, na actualidade a diversidade continua visível nas diferentes escolas de psicoterapia, onde se encontram propostas que divergem quer nos fundamentos com que conceptualizam a depressão, quer nas dimensões sintomáticas sobre as quais exercem as suas intervenções, ou nas estratégias terapêuticas que preconizam[1].

Por exemplo, os modelos comportamentais colocaram um ênfase especial sobre as alterações comportamentais e conceptualizaram a diminuição do ritmo comportamental que caracteriza a depressão como decorrente do decréscimo dos reforços recebidos pelo indivíduo deprimido. Face a esta concepção preconizaram intervenções que procuravam criar condições para a reposição de um nível adequado de reforços. (e.g. Skinner, 1953; Ferster, 1966,1973, Costello, 1972, Lewinsohn, 1974).

Para além destas concepções centradas na diminuição das respostas comportamentais, outros modelos comportamentalistas salientaram o déficit de competências dos indivíduos deprimidos, dando origem a programas de intervenção que visam ensinar competências de resolução de problemas (Nezu, 1987; Nezu, Nezu & Perry, 1989); ou competências de comunicação interpessoal (Becker & Heimberg, 1985; Becker, Heimberg & Bellack, 1987; Bellack, Hersen & Himmlhoch, 1981).

Se os modelos comportamentais conceptualizam e intervêm na depressão ao nível dos deficites comportamentais, os modelos cognitivos enfatizaram o papel que os processos cognitivos têm sobre as diferentes dimensões sintomáticas das desordens de humor como a depressão. Nestes modelos é atribuído às variáveis cognitivas um papel mediador na forma como o sujeito concebe a realidade, sendo as perturbações comportamentais ou emocionais percebidas como o resultado da utilização de estratégias cognitivas inadequadas para perceber a realidade. Neste sentido a psicoterapia cognitiva deu azo ao desenvolvimento de estratégias terapêuticas que procuram a alteração das cognições, supondo que, tal como em outras psicopatologias, o pensamento tem um papel crucial e causal na etiologia e manutenção da depressão. Deste modo podemos afirmar que a mudança terapêutica nas diferentes dimensões da depressão (emocional, comportamental, física) preconizada pelos terapeutas cognitivistas será necessariamente mediada pelos processos cognitivos. É neste sentido que se pode dizer, como Mahoney (1977), que todas as intervenções cognitivas tentam produzir mudanças influenciando o pensamento.

Os modelos cognitivos clínicos e psicoterapeuticos, aqui amplamente designados por modelos cognitivos tradicionais, começaram a ser desenvolvidos durante a década de sessenta, acompanhando a evolução teórica da psicologia cognitiva e profundamente interligados aos avanços da psicologia experimental. Eles tiveram um enorme efeito sobre a teoria e prática psicológica, e alguns deles, como o modelo de Beck, vieram a tornar-se em modelos amplamente aplicados e investigados. Mas a relevância do modelo de Beck, especialmente na abordagem da depressão, não nos deve fazer esquecer a existência de alguns outros, como o modelo de autocontrolo, que ainda imbuído de várias características dos modelos comportamentais, nomeadamente pela relação directa que estabelecem entre comportamento e humor, tem já visíveis as influências de modelos mais claramente cognitivos como a teoria das atribuições. Começaremos por fazer referência a este modelo, tanto mais que as suas técnicas

[1]De uma forma grosseira poderíamos afirmar que os sintomas afectivos são mais directamente abordados pelas terapias experienciais/humanistas; os cognitivos pelas terapias cognitivas; os comportamentais pela terapia comportamental, e os físicos pela terapia biológica. Cada um destes modelos assume que as alterações que preconiza irão mediar a mudança nas outras áreas sintomáticas da depressão.

são englobadas nos programas terapêuticos mais cognitivistas, passando depois a abordar os modelos de reestruturação cognitiva (trabalhos de Albert Ellis e Aaron T.Beck).

A conceptualização e a terapia da depressão no paradigma do autocontrolo

A teoria de auto-controlo na depressão parte do modelo de auto-administração comportamental de Kanfer (1970; Kanfer & Karoly, 1972). De acordo com este modelo, a capacidade de regulação do comportamento inicia-se com o processo de automonitorização, seguindo-se a auto-avaliação e o auto-reforço.

Quando o modelo foi aplicado à depressão por Rehm (1977, 1982), foram-lhe acrescentadas algumas variáveis mais claramente cognitivas como a teoria da atribuição, sendo a depressão associada à existência de desvios a vários níveis do processo de autocontrolo:

1. automonitorização – existência de atenção selectiva para os acontecimentos negativos.

2. auto-avaliação – viés caracterizado pelo estabelecimento de critérios demasiado elevados para julgar o comportamento, bem como a existência de um estilo atribucional inadequado (auto-atribuições externas, instáveis e específicas para os sucessos e internas, estáveis e globais para os fracassos).

3. auto-reforço – auto-atribuição de excesso de punição (como autoverbalizações negativas) e poucas recompensas (por exemplo, baixa proporção de autoverbalizações positivas).

Este padrão de autocontrolo seria o responsável, segundo o modelo, pelo ritmo anormalmente baixo de comportamentos que caracteriza os sujeitos deprimidos.

Face a este modelo, Rehm (1977, 1982, 1986) desenvolveu um programa terapêutico orientado para a alteração das deficiências dos deprimidos em cada uma das áreas de autocontrolo: automonitorização, auto-avaliação, auto-atribuição e auto-reforço. Este programa tem um carácter estruturado e didáctico, envolvendo a descrição sistemática dos conceitos de autocontrolo e das características do funcionamento depressivo em cada uma das áreas; e a realização de exercícios com vista a treinar os sujeitos em estratégias alternativas.

Assim, é salientado:

1. A relação entre humor e comportamento (quer na forma de actividade aberta, quer na de auto-afirmações).

2. A ideia de que os sujeitos que se deprimem se focam de modo privilegiado nos comportamentos negativos, fazem atribuições internas dos fracassos e externas dos sucessos, são demasiado exigentes consigo próprios e estabelecem objectivos irrealisticamente elevados, atribuem-se demasiada punição e fazem auto-afirmações negativas acerca do seu comportamento.

3. A ideia de que o humor deprimido pode mudar se mudarem as actividades e as auto-afirmações.

A terapia é então orientada para a realização de exercícios na sessão que são depois reforçados sob a forma de trabalhos de casa. Estes exercícios são realizados com vista:

1. À alteração dos padrões de automonitorização (com treino de atenção aos aspectos positivos de si e do seu comportamento).

2. À mudança de estratégias de auto-avaliação e auto-atribuição (estabelecimento de critérios de auto-avaliação menos exigentes e objectivos atingíveis; e atribuição dos sucessos a causas internas e fracassos a causas externas).

3. À promoção de formas de auto-recompensas sob a forma aberta ou coberta.

Em suma, o modelo de terapia de depressão baseado no autocontrolo oferece um programa altamente estruturado, recorre à intervenção em algumas dimensões cognitivas, mas visa essencialmente a alteração dos padrões comportamentais que caracterizam a depressão. Este objectivo decorre da assunção de que existe uma relação entre o nível de activação comportamental e o humor.

O paradigma da reestruturação cognitiva que abordaremos a seguir, ainda que não abandone as estratégias comportamentais na sua prática, visa sobretudo a modificação do pensamento, uma vez que assume que os processos cognitivos têm um papel mediador nos sintomas afectivos e comportamentais.

As terapias da depressão baseadas na reestruturação semântica

As terapias de reestruturação semântica assumem que os seres humanos respondem às suas representações do mundo e não tanto ao mundo em si. De um modo muito claro, Gonçalves (1993), afirma:

Para o paradigma da reestruturação cognitiva a etiologia das perturbações psicológicas terá de ser encontrada na forma como os indivíduos conceptualizam a realidade, bem como nos mecanismos de processamento da informação

que lhe estão associados. De modo igual, a modificação destes processos cognitivos, ainda que facilitada por metodologias de natureza comportamental ou mesmo emocional, deverá ser privilegiadamente procurada no recurso a técnicas, também elas, cognitivas (p. 113-114).

Ou seja, se as perturbações emocionais têm origem nos pensamentos inadaptados, o objectivo destas terapias visará substituí-los, num enquadramento psico-educacional (no sentido de Sank & Shaffer, 1984), por padrões de pensamento mais adaptados. Este objectivo é alcançado de modos diferentes nos diferentes procedimentos terapêuticos que caracterizam este paradigma (cf. Hollon & Beck, 1986). Por exemplo, enquanto a Terapia Racional Emotiva de Ellis enfatiza a racionalidade, a Terapia Cognitiva de Beck valoriza o teste empírico das cognições.

Estas terapias constituem o início de um movimento que se estendeu a todas as formas de desordem psicológica mas que foi especialmente em relação às perturbações de humor que se impôs junto ao grande público, nomeadamente devido à divulgação de obras de título irresistível do tipo *"Feeling good"* (Burns, 1981), ou *"Rapid relief from emotional distress"* (Emery & Campbell, 1986) ou ainda *"How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything, yes, anything"* (Ellis, 1988).

Estas obras reflectem bem o optimismo que estes terapeutas depositaram nas terapias racionalistas e permitiu que os princípios básicos da terapia cognitiva fossem amplamente conhecidos e aplicados. Destas obras destacamos a apresentação que David Burns fazia da depressão em 1981:

A depressão não é de modo algum uma perturbação emocional. Os sentimentos não são de maior relevância causal do que um nariz a pingar quando tem uma constipação. Todos os seus sentimentos negativos são o resultado do seu pensamento distorcido. As atitudes pessimistas e ilógicas têm um papel central no desenvolvimento e confirmação de todos os seus sintomas (...). Estas cognições contêm a chave para a recuperação e são, por isso, o seu sintoma mais importante (p. 28-29).

Dentro dos modelos terapêuticos aplicados à depressão que elegem como objectivo terapêutico a reestruturação semântica destacamos os trabalhos de Albert Ellis e Aaron T. Beck.

A terapia racional-emotiva

A teoria racional emotiva da depressão apresentada por Ellis (1987) salienta como elemento central da depressão a existência de pensamentos absolutistas, e não tanto o facto de o pensamento ser irrealista, ilógico ou exagerado como é salientado pelas outras teorias cognitivas.

Ou seja, de acordo com a RET, as pessoas sentem-se tristes ou frustradas quando as condições propostas pelas teorias cognitivas (como o modelo de autocontrole) estão presentes, mas só ficam deprimidas quando utilizam as seguintes filosofias básicas:

1. Vêem-se a si próprias negativamente, acreditam que *precisam* de não ter os traços negativos e que são *pessoas inadequadas* quando os têm.

2. Têm uma visão sombria do seu meio e acreditam fortemente que ele *deveria* ser melhor e que é *horrível* que ele seja assim.

3. Prevêem um futuro mau e defendem que ele *necessita ser* mais venturoso e que não *o podem suportar* se ele não o fôr.

4. Dão a si próprias baixos níveis de reforço e altos níveis de punição e acreditam que *necessitam* ser mais realizadoras e *têm de* ser aprovadas pelos outros significativos, caso contrário não *merecem* recompensas e *devem* expiar as suas incapacidades com autopunição.

5. Experienciam a falta de acontecimentos agradáveis e acreditam profundamente que as pessoas e a vida *deveriam* tratá-las melhor e que é *terrível* se não o fazem.

6. Esperam que ocorram coisas altamente aversivas, predizem que pouco poderão fazer para as melhorar, atribuem esta incapacidade a elas próprias e insistem que *deveriam* ser capazes de melhorar e lidar com as coisas e pensam que são *impotentes e incompetentes* quando falham. (Ellis, 1987, p.130, itálico original).

Face a estes princípios, o modelo elege como ingrediente básico da terapia a detecção e o reconhecimento das atitudes absolutistas, seguido do seu combate, para o qual são utilizadas as técnicas elaboradas pelos outros autores cognitivistas. Ou seja, Ellis não desenvolveu estratégias específicas para lidar com a depressão, sugerindo antes que as estratégias elaboradas no quadro conceptual cognitivista devem ser utilizadas para combater o pensamento irracional e as filosofias absolutistas (Ellis, 1987). Por isso, a Terapia Racional Emotiva, para além de mostrar que as cognições às vezes não têm base empírica, desafia de modo sistemático a sua evidência racional. É

neste quadro que o debate lógico ocupa um lugar central na intervenção racional emotiva.

Ellis (1987) sugere mesmo que se promova uma mudança filosófica profunda. Esta mudança deverá contribuir para que os clientes adquiram uma filosofia de aceitação das circunstâncias e acontecimentos de vida e abandonem a filosofia de exigências que os levam a inferências, atribuições e conclusões irrealistas e ilógicas. Deste modo a RET não só procura desafiar as filosofias depressivas que estão subjacentes aos sintomas de depressão, mas também tenta ensinar a pensar de modo a prevenir outros pensamentos absolutistas e dogmáticos que estão associados, segundo este modelo, não só à depressão, mas a todas as perturbações emocionais. Por isso o objectivo final da intervenção racional emotiva é promover a flexibilidade.

A terapia cognitiva de depressão

A terapia cognitiva de depressão foi desenvolvida por Beck (e.g. 1964, 1970; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) em grande parte devido à desilusão com o modelo psicodinâmico que então Beck praticava. O seu contacto assíduo com deprimidos levou Beck a constatar que em vez de raiva autodirigida estes exibiam erros cognitivos constantes; e influenciado por trabalhos da área cognitiva, nomeadamente do processamento da informação, começou a elaborar uma teoria cognitiva da depressão.

O primeiro modelo cognitivo da depressão (Beck, 1967, 1976) salientava o viés negativo existente no processamento da informação e postulava que este viés era originado em estruturas cognitivas designadas por esquemas. Neste modelo era atribuído aos esquemas latentes mal adaptados um papel etiológico para o desenvolvimento da depressão. Este modelo de vulnerabilidade cognitiva tem vindo a ser reformulado face à dificuldade da investigação para provar a existência e a função deste tipo de estruturas (cf. Maia, 1998). Nos anos oitenta Beck deixou de referir estes esquemas negativos, passando a salientar o papel das orientações de personalidade (Beck, 1983, 1987), começando igualmente a diferenciar causas distais e proximais para a depressão num modelo de *diateses-stress* (Beck, 1987, 1991). Surgiram assim os conceitos de sociotropia e autonomia para referir duas formas de vulnerabilidade para a depressão, predispondo para o desenvolvimento de sintomas face a acontecimentos de vida específicos (Beck, 1983). Os indivíduos com orientação de personalidade do tipo sociotrópico dão um valor elevado às relações de proximidade, bem como ao amor e aceitação por parte dos outros. Pelo contrário, os sujeitos com orientação autónoma investem na independência e realização pessoal.

Segundo o modelo de *diateses-stress cognitivo* desenvolvido por Beck (1987, 1991) estas características funcionarão como factores distais que, quando interagem com acontecimentos de vida aos quais são sensíveis (e.g., abandono ou crítica por parte dos outros no caso da sociotropia; perda de autonomia ou de realização no caso de autonomia), conduzem ao aparecimento de sintomas de depressão[2].

Mais recentemente Beck reconheceu onze limitações ao modelo de esquema para dar conta da complexidade da resposta humana, sugerindo como elemento central do seu modelo a noção de *modo* ("mode") (Beck, 1996). Os modos são definidos como "suborganizações específicas dentro da organização da personalidade" (p. 4), consistindo numa rede de componentes que envolvem as dimensões cognitiva, afectiva, motivacional e comportamental. Cada um destes sistemas é ainda composto por estruturas chamados esquemas, o que significa que haverá esquemas cognitivos, afectivos, comportamentais e motivacionais, operando todos os sistemas em sincronia para darem origem a uma acção coordenada. Neste modelo, que abandona o protagonismo antes colocado nos esquemas cognitivos, a psicopatologia surge quando um determinado modo normalmente adaptativo é activado a partir de um limiar excessivamente baixo (o que traduz uma grande sensibilidade a determinadas condições do meio) e/ou começa a dominar para além das circunstâncias específicas às quais constituía a resposta adequada do sujeito. Por exemplo, na depressão os esquemas cognitivos, afectivos, motivacionais e comportamentais que se relacionam com a tristeza dominam toda a vivência do sujeito a partir de estímulos que seriam normalmente inócuos e/ou independentemente do contexto em que este se insere.

[2]A investigação realizada para testar a hipótese de *diateses-stress cognitivo*, realizada especialmente pela equipa de David Clark (Clark, Purdon & Beck, 1994; Clark, Ross, Beck & Steer, 1995) parece sugerir uma maior interacção entre o constructo de sociotropia e os acontecimentos de vida de tipo interpessoal no desenvolvimento de depressão, do que acontece com o constructo de autonomia quanto a acontecimentos de realização pessoal. Clark e Steers (1996), ao fazerem uma revisão da investigação deste modelo, concluem que será necessário fazer mais estudos, especialmente com população clínica, de modo a chegar a resultados conclusivos.

A terapia cognitiva da depressão foi elaborada a partir dos primeiros postulados teóricos, claramente influenciados pelo modelo de processamento da informação, propondo que se as dimensões afectivas, comportamentais e motivacionais que caracterizam as perturbações psicológicas são mediadas por erros específicos e repetidos no pensamento, estes processos cognitivos devem ser alterados (Beck, 1964, 1967, 1970; Beck Rush, Shaw & Emery, 1979).

Começaremos por descrever as principais características da terapia cognitiva da depressão tal como foi formulada, referindo depois as breves sugestões que Beck oferece num dos seus últimos trabalhos (Beck, 1996).

A terapia cognitiva integra o modelo de resolução de problemas incluindo a abordagem psico-educacional (Sank & Shaffer, 1984) e tem sido classificada como uma estratégia de intervenção cognitiva-comportamental (Hollon & Beck, 1979), pois embora vise a alteração das crenças e processos cognitivos, faz uso de muitas técnicas comportamentais.

Neste trabalho dedicaremos um espaço particular a esta terapia dada a relevância que ela assumiu no tratamento da depressão. Para isso usaremos como base a formulação da terapia cognitiva da depressão apresentada por Beck e Young (1985), e Newman e Beck (1990) e em que são explicitadas as características da terapia cognitiva da depressão, o seu processo e as técnicas terapêuticas mais importantes.

A terapia cognitiva da depressão é considerada uma psicoterapia altamente estruturada e de tempo reduzido, activa, educativa e orientada para a resolução de problemas.

Atendendo a estas características, é suposto que o psicoterapeuta cognitivo tenha determinado perfil de modo a assegurar uma boa aplicação do modelo. Entre as qualidades que se devem encontrar num terapeuta cognitivo, contam-se: 1. Capacidade de comunicar empatia, genuinidade, sinceridade e abertura; 2. Ser capaz de ver os acontecimentos segundo a perspectiva do cliente; 3. Ser capaz de pensar logicamente, planear estratégias e ser activo e, finalmente, 4. Fornecer estrutura e direcção ao processo psicoterapêutico.

Quanto ao processo da terapia, a terapia cognitiva da depressão procura atingir sucessivamente quatro objectivos: a activação comportamental, a identificação de pensamentos automáticos negativos, a modificação dos pensamentos, e, finalmente, a identificação e modificação de padrões e esquemas (Beck & Young, 1985).

A activação comportamental recorre primordialmente a técnicas da tradição comportamental. Estas técnicas são particularmente usadas no início do tratamento, e especialmente indicadas para lidar com a passividade, paralisia ou isolamento social. Embora o primeiro objectivo destas técnicas seja promover a activação comportamental, técnicas como a listagem de actividades, o role-playing, ou técnicas de diversão ou treino de competências são também utilizadas para lidar com a falta de motivação, o desânimo ou a ruminação, ou ainda as dificuldades para lidar com algumas situações de vida. Desta forma o deprimido planeia e realiza actividades, avaliando depois a sua eficácia e o prazer obtido.

A **identificação e a modificação de pensamentos** constitui um objectivo central da terapia da depressão. Para isso é explicado ao cliente o papel das cognições no desenvolvimentos dos sintomas afectivos e comportamentais, sendo ainda salientada a existência dos *pensamentos automáticos,* bem como o seu papel na mediação entre os acontecimentos e as reacções emocionais. Do mesmo modo procura-se que o sujeito identifique o padrão de pensamentos repetitivamente usados de modo pouco consciente, explicando a necessidade de realizar um esforço para descobrir os pensamentos subjacentes a emoções como a raiva ou a tristeza. O cliente deve ser questionado sistematicamente sobre os seus pensamentos e, se necessário, levado a imaginar as situações ou fazer role-playing de modo a mais facilmente detectar os pensamentos. A técnica da tripla coluna, em que são registados os acontecimentos, os pensamentos e as respostas emocionais, foi uma das estratégias elaboradas por Beck com o fim de manter o registo dos pensamentos nas situações do dia a dia.

Depois de identificado, o pensamento deve ser sujeito a uma análise científica de modo a avaliar a sua evidência. Esta análise objectiva, que pode envolver a discussão da lista dos erros sistemáticos elaborados por Beck (1967) pretende fazer com que os clientes aprendam a avaliar objectivamente a evidência dos seus pensamentos, procurando de seguida gerar interpretações alternativas que constituam processos mais racionais de pensamento.

Newman e Beck (1990, p. 352-353) sugerem que se ensine o cliente a colocar quatro questões acerca dos seus pensamentos: A primeira, que procura avaliar qual a origem dos pensamentos, é: "Qual é a evidência que suporta e/ou refuta este pensamento?". A segunda questão estimula o cliente a encontrar perspectivas alternativas para encarar a situação: "De que outros modos eu poderia

ver esta situação". A terceira questão procura fazer com que o cliente a avalie o quanto a situação é séria e quais podem ser as piores consequências, de modo a descatastrofizar a situação: "Realisticamente, qual é a pior coisa que pode acontecer nesta situação, e que implicações é que poderá ter na minha vida?". A última questão é, como a descrevem os autores, "pragmática e construtiva", ajudando o cliente a estabelecer metas e objectivos, e a elaborar planos para lidar com a situação: "Mesmo que haja razão para que o meu ponto de vista depressivo seja apropriado, o que é que eu posso fazer para remediar esta situação?".

Como se vê, um conjunto de estratégias verbais e comportamentais, devem ser usadas quer dentro quer entre as sessões, para cumprir o terceiro objectivo: a mudança a nível dos pensamentos.

O último e, provavelmente, o mais difícil de atingir, é o objectivo que tem a ver com **a identificação e modificação de padrões e esquemas.** Segundo o modelo os *princípios inadaptados* ou *esquemas* estão subjacentes aos pensamentos automáticos. Eles determinam os julgamentos e avaliações que o sujeito faz das situações, mas podem ser de difícil identificação. Uma das formas de identificar estes esquemas é através da análise dos temas repetidos que aparecem nos pensamentos automáticos, ou através de um diálogo definido como seta descendente (DeRubeis & Beck, 1988) em que se vão avaliando sucessivamente as implicações contidas em cada pensamento automático e que revelam princípios que podem ser do tipo "para ser feliz tenho de ser aprovado por todos". Este tipo de princípios, excessivos e rígidos, correspondem de algum modo àquilo que Ellis define como filosofia absolutista e devem ser alvo de análise e debate de modo a serem construídos princípios mais flexíveis e adaptados:

Estes princípios não adaptados são as regras e fórmulas com as quais os sujeitos aprenderam a "fazer sentido" do mundo, e estes princípios continuam a determinar como é que as percepções são organizadas em cognições, os objectivos são estabelecidos, o comportamento é avaliado e modificado e os acontecimentos de vida compreendidos. A terapia cognitiva procura contrariar os efeitos dos princípios mal adaptados e repor técnicas e métodos aprendidas por novas abordagens. Se os princípios inadaptados podem ser mudados, o paciente tornar-se-á menos vulnerável à depressão (Beck & Young, 1985, p. 214).

Em suma, a terapia cognitiva da depressão recorre a uma série de estratégias de modo a facilitar a alteração dos processos cognitivos. Apresentamos no quadro seguinte algumas das estratégias que podem ser utilizadas de modo a atingir cada um dos objectivos.

Objectivos	Estratégias
1. Activação comportamental	• identificar e planear actividades • lidar com potenciais obstáculos • treino de resolução de problemas • treino assertivo
2. Identificação de pensamentos automáticos negativos	• registo de pensamentos • tripla coluna
3. Modificação dos pensamentos	• identificação da distorção • debate da evidência • formulação de alternativas
4. Identificação e modificação de padrões e esquemas	• seta descendente

Algumas destas estratégias serão aplicadas e treinadas como trabalho de casa. Nesta terapia os trabalhos de casa são essenciais pois é através deles que o cliente obtém dados, testa hipóteses e modifica os seus comportamentos e pensamentos. Tal como em relação a toda a terapia deve ser explicado o racional que lhe está subjacente para que o cliente compreenda e se envolva nas tarefas.

Tal como Hollon e Beck (1979) a descrevem,

A terapia cognitiva consiste na aplicação sistemática de procedimentos empíricos aos processos cognitivos, comportamentais e afectivos do doente deprimido. A prática da terapia cognitiva pode ser comparada à condução de um projecto científico. Crenças, princípios e expectativas são tratadas como "hipóteses" a serem testadas. O ênfase é colocado na formulação rigorosa dos testes e na utilização de princípios metodológicos para avaliar estas hipóteses (p. 180).

Estes objectivos são trabalhados em duas fases do processo terapêutico: as sessões iniciais e as sessões posteriores (Beck & Young (1985).

As sessões iniciais têm como objectivos, para além do estabelecimento de uma relação de colaboração, a definição e identificação dos problemas e diminuição dos sintomas. É também nesta fase que os clientes são socializados no modelo e aprendem a relação entre cognição e emoção, recorrendo-se aos trabalhos de casa para lidar com as

dificuldades comportamentais, salientar e compreender a conexão íntima entre os pensamentos e as emoções, detectar os erros do pensamento e progredir na resolução de problemas.

Embora a estrutura da terapia cognitiva não mude ao longo do tratamento, sendo todas as sessões estruturadas no sentido de rever os acontecimentos desde a última sessão, discutir o trabalho de casa e planear o trabalho para essa sessão, na segunda fase do tratamento é dada mais saliência aos conteúdos e padrões de pensamento. Esta fase é muito importante porque o modelo parte do princípio que são estes esquemas que estarão na base da vulnerabilidade para a depressão. Por exemplo, afirmações do tipo "Nunca ninguém gostará de mim" precisam ser trabalhadas.

Em suma, o modelo de terapia cognitiva da depressão foi elaborado com o objectivo de substituir os pensamentos "errados" por pensamentos elaborados com fundamento empírico, alterando igualmente os princípios subjacentes aos pensamentos de modo a permitir que o deprimido possa construir uma melhor compreensão de si próprio e do seu mundo.

Referimos antes que em 1996 Beck propôs um novo modelo baseado no conceito de modos. Nesta perspectiva a depressão pode ser entendida como a prevalência de um modo em que se conjugam a perda a nível do sistema cognitivo, a tristeza a nível do sistema afectivo, o retrocesso a nível do impulso comportamental e a activação parasimpática a nível do sistema fisiológico. Face a esta conceptualização, Beck aponta três objectivos para intervir nos modos não funcionais: 1. Desactivar o modo; 2. Modificar a sua estrutura e conteúdo; 3. Construir modos mais adaptativos com vista a neutralizar os anteriores.

A desactivação de um modo pode ser realizado, segundo Beck (op. cit.) sempre que se verifique que uma determinada interpretação de um acontecimento não é a única nem a mais viável, oferecendo ao deprimido estratégias que possibilitem que as situações sejam conceptualizadas sob diferentes perspectivas. Ao trabalhar a este nível está-se igualmente a dar azo à possibilidade de construir novos modos mais adaptativos, isto é, cumprir o terceiro objectivo proposto por Beck[3]. Mas a mudança da estrutura e conteúdo do modo depressivo exige que, de forma sistemática, a pessoa possa experienciar situações em que é activo, sente prazer, tem sucesso e/ou é aceite pelos outros. Face a esta experiências repetidas, poderão ser desactivadas as crenças de desvalor e ineficácia, e criadas condições para o desenvolvimento de perspectivas positivas acerca de si próprio. Isto implica quer a mobilização comportamental, quer a resolução com eficácia de situações de vida. Mas para prevenir a recorrência de episódios depressivos será necessário, segundo o mesmo autor, trabalhar os significados que estão associados às "características estruturais específicas do modo depressivo" (p. 18). Por exemplo, a ideia de que a felicidade ou a dignidade dependem do sucesso profissional podem levar à vulnerabilidade para a depressão face a qualquer insucesso, e deve ser reposta pela ideia de que o trabalho é apenas uma das partes da vivência e não deve ocupar todo o espaço do sujeito.

Vemos assim que Beck não introduz nenhuma estratégia nova em termos de intervenção neste seu trabalho de 1996, sistematizando antes os objectivos antes elaborados para a intervenção a partir dos princípios agora delineados do ponto de vista teórico. Destes princípios destacamos mais uma vez a relevância dada a aspectos que vão para além das dimensões mais puramente cognitivas, aproximando esta perspectiva quer dos avanços ocorridos nos modelos mais recentes de conhecimento (e.g. Teasdale & Barnard, 1993), quer dos avanços mais recentes dentro do próprio movimento das terapias cognitivas, normalmente designados por paradigma construtivista. É de facto extraordinário que um autor que formulou os seus primeiros modelos à cerca de quarenta anos e que tem já uma idade avançada, continue a ter a coragem de questionar e reformular a suas próprias ideias, num exemplo vivo do que é um processo bem sucedido de inovação e mudança.

Conclusão

Começamos este trabalho referindo as diferentes áreas sintomáticas em que se manifesta a perturbação depressiva, salientando as dimensões afectiva, cognitiva, comportamental e física.

Das diversas escolas terapêuticas que deram origem a modelos de intervenção na depressão, apresentamos aqui alguns dos que surgiram dentro do quadro de referência cognitivo-comportamental, com destaque especial para a terapia cognitivo comportamental de depressão elaborada por Aaron T. Beck. Como vimos, esta terapia, sempre renovada, embora inicialmente tivesse destacado apenas

[3]Note-se que as estratégias de análise e mudança dos comportamentos e pensamentos elaboradas, por exemplo, no contexto das terapias de auto-controlo ou das terapias cognitivas de reestruturação semântica podem ser utilizadas com estes fins.

as mudanças a nível dos pensamentos ou dos padrões cognitivos, nunca desprestigiou a necessidade de promover a activação comportamental de forma a dar origem a alterações a nível das sensações físicas e respostas emocionais.

O seu modelo mais recente, ao formalizar mais claramente a complexidade da vivência humana nos sistemas afectivo, comportamental e motivacional para além do cognitivo, fundamenta a necessidade de integrar estratégias variadas que possam facilitar a emergência de novas emoções, novas cognições, novos comportamentos e novas sensações físicas. Talvez por ter sempre sido capaz de sugerir este tipo de integração, a terapia cognitiva da depressão tem revelado um nível de eficácia bastante animador.

Bibliografia

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM* – (Fourth Edition). Washington, DC: Author.

Beck, A.T. & Young, J.E. (1985). Depression. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 206-244). New York: The Guilford Press.

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

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects.* New York: Hoeber.

Beck, A.T. (1970). The core problem in depression: The cognitive triad. *Science and Psychoanalysis,* 17, 47-55.

Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression. New perspectives. In P. Clayton (Ed.), *Treatment of depression: Old controversies, new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven Press.

Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression: *Journal of Cognitive Psychotherapy. An International Quarterly,* 1, 5-37.

Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30 years retrospective. *American Psychologist,* 46, 368-375.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy and depression: New perspectives. In P.J. Clayton & J.E. Barret (Eds), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches.* New York: Raven.

Beck, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P: M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy.* (pp. 1- 25). New York: Guilford.

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

Becker, R.E. & Heimberg, R.G. (1985). Social skills training approaches. In M. Hersen & A.S. Bellack (Eds.), Handbook of clinical behavior therapy with adults. New York: Plenum.

Becker, R.E., Heimberg, R.G. & Bellack, A.S. (1987). *Social skills training teatment for depression.* New York: Pergamon.

Bellack, A.S.; Hersen, M. & Himmelhoch, J. (1981). A comparasion of social skills training, pharmacotherapy, and psychotherapy for depression. *Behavior Research and Therapy,* 21, 101-107.

Burns, D.D. (1980). *Feeling good.* New York: Signet.

Clark, D.A, Purdon, C. & Beck, A.T. (1994). Personality and life event vulnerability to depressive symptoms: a three month perspective analog study. *Behavior Reseach and Therapy,* 32, 115-119.

Clark, D.A, Ross, L., Beck, A.T. & Steer, R.A. (1995). Psychometric characteristics of revised sociotropic and autonomy scales in college students. *Behavior Reseach and Therapy,* 33, 325--334.

Costello, C.G. (1972). Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness? *Behavior Therapy,* 3, 240-247.

Ellis, A. (1987). A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research,* 11, 121-146.

Ellis, A. (1988). *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything, yes, anything.* New York: Lyle Stuart.

Emery, G. & Campbell, J. (1986) *Rapid relief from emotional distress.* New York: Fawcet.

Ferster, C.B.A. (1966). Animal behavior and mental illness. *Psychological Record,* 16, 345-356.

Ferster, C.B.A. (1973). A functional analysis of de depression. *American Psychologist,* 28, 857-870.

Gonçalves, O.F. (1993). *Terapias cognitivas: Teorias e práticas.* Porto: Afrontamento.

Hammen, C.L. (1998). *Depression.* Dove: Psychology Press.

Hollon, S.D. & Beck, A.T. (1979). Cognitive therapy of depression. In P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds)., *Cognitive Behavioral Interventions: Theory, research and procedures.* New York: Academic Press.

Hollon, S.D. & Beck, A.T. (1986). Cognitive and cognitive--behavioral therapies. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analisys* (pp. 437-490). New York: Wiley.

Kanfer, F.H. & Karoly, P. (1972). Self-control: A behavioristic excursion into the lion`s den. *Behavior Therapy,* 2, 398-416.

Kanfer, F.H. (1970). Self-regulation: Research, issues and speculations. In C. Neuringer & J.L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology.* New York: Appleton-Century--Crofts.

Lewinsohn, P.M. (1974). Manual of instructions for the behavior ratings used for the observations of interpersonal behavior. In E. J. Mash & L.G. Terdal (Eds.), *Behavior therapy assessment: diagnosis design, and evaluation.* New York: Springer.

Mahoney, M.J. (1977). Reflections on the cognitive learning trend in psychotherapy. *American Psychologist,* 32, 5-13.

Maia, A.C. (1998). *Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão.* Tese de Doutoramento apresentada à Universidade do MInho.

Newman, C.F. & Beck, A.T. (1990). Cognitive therapy of affective disorders. In B.B. Wolamn & G. Stricker (Eds.), *Depressive disorders. Facts, theories and treatment methods.* New York: Wiley.

Newman, C.F. & Beck, A.T. (1990). Cognitive therapy of affective disorders. In B.B. Wolamn & G. Stricker (Eds.), *Depressive disorders. Facts, theories and treatment methods.* New York: Wiley.

Nezu, A.M., Nezu C.M. y Perry, M.G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, reserch, and clinical guidelines.* New York: Wiley.

Nezu, A.M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review,* 7, 121-202.

Rehm, L.P. (1977). A self control model of depression. *Behavior Therapy,* 8, 787-804.

Rehm, L.P. (1982). Self-Management in depression. In P. Karoly & F. Kanfer (Eds.), *Self-management and behavior change* (pp. 522--567). New York: Pergamon.

Sank, L.I.. & Shaffer, C.S. (1984). *A therapist`s manual for cognitive behavior therapy in groups.* New York: Plenum.

Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior,* New York: Macmillan.

Teasdale, J.D. & Barnard, P.J. (1993). *Affect cognition and change. Re-modeling depressive thought.* Hove: Lawrence Erlbaum Associates.