

# QUANDO PENSAMENTO E EMOÇÃO NÃO CONCORDAM: UMA ANÁLISE TEÓRICA E CLÍNICA DA DISSOCIAÇÃO RAZÃO-EMOÇÃO (DRE)

---

Ângela Leggerini de Figueiredo  
Adolfo Pizzinato  
José Caetano Dell'Aglio Jr.  
Irani Iracema de Lima Argimon

Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)  
Endereço eletrônico: [angela.figueiredo@pucls.br](mailto:angela.figueiredo@pucls.br)

## Resumo

A Dissociação Razão-Emoção (DRE) é um fenômeno que desafia as noções proposicionais de crenças e ocorre quando uma dissociação aparece entre uma crença racional pessoal sobre certa proposição e o modo como a pessoa *sente* acerca da mesma proposição. Assim, uma pessoa mantém simultaneamente duas ideias em seu conhecimento consciente. Este ensaio versa a respeito deste inquietante fenômeno, discutindo-o sob diferentes modelos e paradigmas da ciência psicológica. Por fim, pretende-se exemplificar como este fenômeno se expressa clinicamente, bem como propor implicações práticas para o manejo dos pacientes que expressem este tipo de dissociação.

**Palavras-chave:** Dissociação Razão-Emoção, terapia cognitivo-comportamental, metacognição.

## Introdução

Um fenômeno intrigante encontrado na psicoterapia ocorre quando uma dissociação aparece entre uma crença racional pessoal sobre certa proposição e o modo como a pessoa *sente* acerca da mesma proposição (“Eu acredito naquilo, mas não sinto”). Este fenômeno desafia as noções proposicionais de crenças e podem ser desconcertantes para um psicoterapeuta, o qual espera encontrar um sentimento que esteja ligado estreitamente à apreciação cognitiva, ou seja, uma situação que valide a premissa de análise do *humano* que não dissocie afeto, razão e ação. Segundo Beck (1997), aqui encontramos uma disfunção do pensamento chamada emocionalização, na qual o indivíduo atribui a um pensamento, uma avaliação de seu estado, com o nome de uma emoção ou sentimento.

Este ensaio versa a respeito deste inquietante fenômeno, especialmente para os que trabalham com transtornos de humor - os transtornos que mexem com os “afetos”. Diariamente, na prática clínica, identifica-se tal situação, em que algum paciente diz que entende, que enxerga claramente, que aquilo que ele está pensando é irracional, mas – e sempre tem este “mas” – segue com aquela sensação (de medo, de angústia, de certeza que é feio, gordo ou velho, de que é incapaz, de que vai falhar na hora “H”, de que será rejeitado por ela na festa, de que ele só “quer se aproveitar de mim”, etc.). Tal pensamento leva a uma estratégia compensatória mal adaptativa (que leva a uma evitação da situação e por consequência um reforçamento do pensamento irracional) como quando, por exemplo, na mesma situação ao invés do enfrentamento o indivíduo leva aquela mãozinha automaticamente ao peito, no lado esquerdo, sobre o coração, representação consagrada do “emocional”, como única saída para aliviar a dor.

Entende-se tal situação, a partir de uma perspectiva cognitivista (de processamento da informação). Processar aqui se refere a uma codificação (transdução), à transformação de um estímulo em uma representação mental. Como seres humanos, nós desenvolvemos a habilidade de raciocinar logicamente e avaliar a nós mesmos e ao mundo com certo grau de racionalidade. Contudo, não somos autômatos racionalistas. Nós frequentemente recaímos sobre informações parciais e heurísticas ao fazermos julgamentos. Nossos conhecimentos e crenças, então, originam-se e continuam a ser formados por um misto complexo de percepções, deduções, palpites, memórias, inferências parciais e sensações viscerais.

Tal debate não é novo na Psicologia, seja em termos conceituais ou em termos experimentais. Encontrar a possibilidade de analisar tal fenômeno como integrado, ou seja, sem dissociar hierarquicamente emoção e razão e sem especular sobre sua gênese, é algo posto no campo conceitual da Psicologia desde suas origens.

Qualquer projeto de Psicologia científica tem que enfrentar pelo menos duas ameaças. A primeira delas surge quando esse projeto tenta seguir à risca os cânones do cientificismo clássico moderno (leia-se Positivismo). Como a ciência moderna fundamenta-se na dicotomia objetivo-subjetivo – com uma evidente predileção pelo primeiro termo –, uma de suas características é a exclusão do sujeito psicológico, entendido como um conjunto de vieses subjetivos, na produção do conhecimento científico (FIGUEIREDO, 2003; LOPES, 2009).

Com isso, uma Psicologia Científica Clássica vê-se obrigada a negar a natureza mental do fenômeno que pretende estudar, fazendo com que a própria natureza dicotômica do fenômeno que se pretende discutir aqui, finde a discussão. Em outras palavras, para que a Psicologia possa ser considerada uma ciência torna-se necessário “objetivar” os *fenômenos psicológicos* (LOPES, 2009). Tal premissa – sintônica com o *Behaviorismo* – fez com que a Psicologia não pudesse produzir respostas cientificamente validadas para fenômenos como a DRE durante muito tempo, mesmo com as evidências “empíricas” reportadas pelas pessoas (de fora dos laboratórios).

A saída tradicional da Psicologia Clássica para resolver tal impasse, sem afastar-se de seus ideais positivistas de ciência, foi defender a natureza fisiológica desses fenômenos; o que, aliás, pode ser facilmente encontrado em certos projetos contemporâneos das chamadas neurociências, como trataremos a seguir (ARAÚJO, 2003; LOPES, 2009).

O problema que tal escolha usualmente acarreta é que nessa estratégia de substituição do mental pelo fisiológico, a Psicologia perde sua especificidade. Em outras palavras, nesse ponto a Psicologia científica já não se distingue mais da Fisiologia.

De acordo com o que postula Lopes (2009), a ameaça primordial aos projetos de Psicologia Científica (ou mesmo de teorias ou sistemas psicológicos mais complexos) é o reducionismo fisiológico, que tem como resultado a conversão da Psicologia em Fisiologia. A segunda ameaça, segundo o mesmo

autor, surge quando se tenta evitar o objetivismo, e o conseqüente reducionismo, defendendo-se a natureza subjetiva e irreduzível do fenômeno psicológico.

No entanto, ao fazer isso, surge uma série de dificuldades metodológicas no estudo do fenômeno psicológico. Afinal, como é possível estudar cientificamente algo que resiste aos métodos de observação típicos da ciência? Essa dificuldade, bem como as críticas imanentes a ela, segundo Lopes (2009), tiveram que ser enfrentadas por muitas teorias que adotaram o método introspectivo. Dessa forma, a segunda ameaça à análise científica de fenômenos como a DRE é o *mentalismo*, que encontra dificuldades metodológicas para alcançar o ideal científico clássico positivista (ainda não completamente superado na Psicologia Contemporânea).

Seguindo tal linha de raciocínio, as teorias psicológicas para a explicação de fenômenos não materiais do humano parecem enfrentar o seguinte dilema: quando se aproximam da ciência, perdem seu objeto, bem como sua especificidade; já quando se aproximam do que parece ser seu objeto, são obrigados a abandonar o método científico. Em suma, ora é Psicologia não-científica, ora é ciência não psicológica (FIGUEIREDO, 2003).

Longe de tentar resolver tal dilema estrutural da Psicologia, o presente ensaio tem como objetivo mostrar algumas possibilidades de superação dessas duas ameaças da Psicologia científica partindo de algumas das propostas de conceituação da dissociação Razão-Emoção (DRE) que tentam explicar tal fenômeno sem incorrer radicalmente em nenhum desses extremos. Para tanto, iniciaremos conceitualizando a DRE e, posteriormente apresentaremos as principais teorias explicativas da mesma.

### **Definição de DRE**

A Dissociação Razão-Emoção (DRE) ocorre quando uma pessoa mantém simultaneamente duas ideias em seu conhecimento consciente. Uma é em termos de: “eu acredito em X racionalmente”; a outra é “sinto como se X fosse falso”. Ambas as ideias dão convicções fortes ou plenas, e X é qualquer questão proposicional.

Note-se que a definição não insiste em 100% de convicção com relação a qualquer ideia – ambas as ideias devem ser fortemente mantidas de forma suficiente para que possam ser ditas de forma dissociada.

## Exemplos clínicos

- Paulo era um deprimido crônico e tinha pensamentos repetitivos de ser um pai inútil para seu filho. Na terapia cognitiva, evidências contra e a favor deste pensamento foram obtidas e muitos exemplos de pai com valor foram obtidos. Paulo concordou que, racionalmente, não fazia sentido acreditar que ele era um pai inútil, mas ele ainda se sentia daquele jeito. Ele se punia por sentir as coisas erradas e sentia-se desesperançado quanto ao seu futuro. Seu humor melhorava durante o debate cognitivo, mas voltava a cair rapidamente entre as sessões.

- Júlia sofria de Anorexia Nervosa e tinha um índice de massa corporal de 16 kg/m<sup>2</sup> (20% abaixo do limite inferior da normalidade). Ela entendia, num nível intelectual, o fato dela estar seriamente abaixo do peso e não acreditava racionalmente que estava gorda. Contudo, ela frequentemente se sentia gorda, especialmente após comer, e este sentimento era suficientemente forte para provocar um comportamento contínuo de autodestruição. Isto a fazia sentir-se ambivalente em relação à terapia.

- Carlos tinha fobia de aranha e evitava qualquer contato, mesmo com aranhas pequeníssimas. Racionalmente ele sabia que uma pequena aranha não poderia ameaçá-lo, mas ele invariavelmente experimentava um sentimento intenso de medo e manifestações fisiológicas e comportamentais de medo. Na realidade, isto não lhe causava qualquer problema no seu cotidiano e ele reconhecia as contradições de suas respostas racionais e emocionais como mais uma curiosidade do que um problema real.

- Ricardo sofria de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Ele, frequentemente, sentia-se contaminado por germes e experimentava uma necessidade subjetiva de lavar-se repetidamente. Isto acontecia mesmo em situações nas quais ele sabia racionalmente que não havia sido contaminado (observando entulhos de lixo num programa de TV). Ele sabia que seus sentimentos eram ilógicos e, como ele mesmo observava, a irracionalidade da DRE não “batia” com suas características de personalidade: metódico, lógico e organizado. Isto, então, o fazia sofrer muito mais. Com isso, era motivado a tentar controlar seus pensamentos mais rigidamente, o que se mostrava contraproducente.

- Sandra sofria de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Ela tinha sofrido um acidente de carro, no qual acreditou (erroneamente, diga-se de passagem) que tinha passado no farol vermelho e causado o acidente. O relato dos “azulzinhos” foi claro de que um táxi em alta velocidade provocara o acidente. Intelectualmente, Sandra confirmava este fato relatado pelos “azulzinhos”, mas tinha sentimentos fortes de culpa e remorso. Esta dissociação entre sua avaliação racional e sua experiência emocional era suficiente para gerar sentimentos de que ela iria ficar louca.

- Aída tinha recentemente perdido seu marido de 40 anos. Sempre, ao retornar do supermercado, ela sentia que ele estaria em casa esperando por ela (e ela o veria, na janela, acenando-lhe). Racionalmente, contudo, ela sabia que ele estava morto. Suas amigas lhe confortaram, dizendo-lhe que aquele sentimento era normal e, no mínimo inicialmente, ela considerou seus sentimentos como reconfortantes.

### Exemplos não clínicos

Exemplos não clínicos da DRE também ocorrem cotidianamente. As pessoas que assistem a filmes de terror frequentemente dão “pulos”, tremem e até escondem-se atrás das almofadas. No entanto, estes sinais de medo geralmente coexistem com o pensamento racional de que não há porque temer e que não há nada “atrás do televisor”.

O nosso cotidiano é recheado de exemplos de sensações de culpa, inadequação, tristeza e outros, os quais são rapidamente refutados por nós mesmos por carecerem totalmente de fundamento lógico. Da mesma maneira, quem nunca enfrentou o dilema, ao não querer engordar, de olhar um belo bolo de chocolate, recheado com leite condensado, feito pela avó, e pensou: “Eu sei que eu não devo nem começar a comer, porque, conhecendo-me bem, não vou me contentar só com um pedaço. Facilitando, eu como todinho e não deixo nem farelo. Vou acabar engordando” *versus* “Bah, comer bolo de chocolate recheado com leite condensado é muito gostoso”?

## Perspectivas teóricas

### *Cognição implícita versus explícita*

Várias décadas de pesquisas em Psicologia Experimental levaram a uma aceitação geral de que o processamento cognitivo ocorre em paralelo em ambos os níveis implícito e explícito (BREWIN, 1988; POSNER; SNYDER, 1975). O processamento implícito é automático, rápido e fora do controle consciente, enquanto o processamento explícito é com gasto de energia e com esforço, de capacidade limitada e sob controle consciente. Contudo, é um erro relacionar conhecimento puramente consciente com processamento controlado. Claramente, pensamentos ou imagens podem algumas vezes adentrar despercebidos no fluxo de pensamento consciente, como Beck (1976) observou em sua descrição clínica dos pensamentos automáticos.

O seguinte experimento de pensamento (autor anônimo) ilustra bem como processamento implícito e explícito podem operar em paralelo e gerar diferentes respostas, ambas entrando no conhecimento consciente.

Preste atenção aos primeiros pensamentos que penetram na sua mente, quando reflete sobre a resposta à seguinte questão:

- *O que as vacas bebem?*

A resposta, em caso de qualquer dúvida, é água! Mas lhe veio à mente outra palavra? O sistema de processamento controlado pode ter consultado um conhecimento explícito de comportamento de vaca, ou talvez construído uma imagem de uma vaca bebendo em um reservatório e concluído que água era a resposta correta. Enquanto isso, para muitas pessoas, um sistema de processamento implícito rápido concluiu, através de processos de *priming* semântico, que leite é um conceito altamente relevante, significativo o suficiente para ser lançado ao conhecimento consciente.

Isto nos dá uma lição importante (e pode valer para muitos pacientes também) de que o que entra na mente não precisa necessariamente refletir uma avaliação racional ou pensamento. Além do mais, isto não é um dado sobre grau de crença, mas claramente reflete a operação de dois processos cognitivos separados. A terapia cognitiva tem sido criticada por articular inadequadamente esta distinção entre cognição automática e controlada (CLARK, 1995). Beck (1976) descreveu vários graus

de acessibilidade da cognição, mas na prática clínica comum o termo “cognições” é usado de forma livre para pensamentos ou imagens disponíveis para autorrelato, o que pode refletir uma combinação de *outputs* cognitivos explícitos e implícitos.

Talvez a distinção implícito/explicito abra uma janela para o entendimento do fenômeno da DRE. Separar processamento explícito de implícito poderia resultar em *outputs* dissociados colidindo no conhecimento consciente. Por exemplo, dirigir no lado oposto da rua, quando se está na Inglaterra, ativaria inicialmente representações implícitas de estar no lado “errado”. Simultaneamente, haveria uma avaliação racional consciente: “Eu estou dirigindo do lado correto”.

Contudo, deveria ser notado que o exemplo da bebida da vaca difere do fenômeno da DRE de maneiras significativas. Não há convicção *sentida* de que leite é a resposta à questão. Não há sensação particular de paradoxo, como pode ser encontrado na DRE, e leite é facilmente eliminado da mente. Há pouca emoção ligada a leite neste exemplo, enquanto na DRE a crença *sentida* geralmente é associada com alguma ativação emocional. Deve ser visto, portanto, que um entendimento da relação entre cognições e emoções poderia também ser a chave para o entendimento da DRE.

#### *Avaliação Cognitiva na Geração de Emoção*

Na produção das primeiras teorias cognitivas da emoção (ARNOLD, 1960), Beck (1976) formulou a visão de que a avaliação consciente intermedia estímulos e respostas emocionais. Esta visão forma parte de um vasto apanhado de “Teorias da Avaliação Cognitiva” da emoção (LAZARUS, 1966, 1991; LEVENTHAL; SCERER, 1987; OATLEY; JOHNSON-LAIRD, 1987; WEINER, 1985). Algumas pesquisas, como a de Roseman e Edvokas (2004), dão suporte à reivindicação de causalidade da avaliação na emoção, entretanto, esta posição tem recebido consideráveis críticas. Interessantemente, Zajonc (1980) sugeriu que o afeto precede o processamento e a avaliação cognitiva superior, e sua produção é mediada por um sistema parcialmente independente. Ele sugeriu que uma categorização primitiva do estímulo (e.g., ao nível de determinar valência positiva ou negativa) ocorre automática e muito rapidamente e que a avaliação cognitiva é subsequente a esta resposta emocional.

Esta proposta foi denominada “primazia do afeto” e foi feita por Rachman (1981) para explicar a “assincronia” intrigante entre as respostas fisiológicas, subjetivas e comportamentais de fóbicos (RACHMAN; HODGSON, 1974). Se confirmadas, as ideias de Zajonc poderiam formular a base para um entendimento mais amplo de como uma avaliação emocional divergiria de uma avaliação racional. Contudo, as propostas originais de Zajonc foram criticadas por basearem-se em evidência conflitante de conceitos de cognição e consciência. De fato, outros comentaristas consideraram o debate como sendo falho, sugerindo o contrário, que emoção e cognição são componentes essencialmente inseparáveis e os argumentos são atribuíveis em grande parte à confusão semântica sobre a definição de cognição (LAZARUS, 1982; LEVENTHAL; SCHERER, 1987; POWER; DALGLEISH, 1997). Quando uma definição ampla de cognição é adotada, muitos dos argumentos dos teóricos da emoção convergem para o entendimento de que emoção é PÓS-COGNITIVA, mas não é sempre PÓS-CONSCIÊNCIA. Detalhes completos dos modelos emocionais adotando esta posição estão fora do escopo deste ensaio. Para as propostas presentes, contudo, é suficiente dizer que pode haver (no mínimo) duas rotas para emoção, uma envolvendo avaliação cognitiva “automática” e outra envolvendo avaliação cognitiva “controlada”.

Se as teorias de avaliação multirrotas estão corretas, há amplas implicações para nossa conceitualização de stress emocional. Um ciclista pode verbalizar não mais do que de uma forma aproximada os processos corporais envolvidos em andar de bicicleta. Da mesma forma, talvez seja pedir demais a uma pessoa que expresse exatamente porque ele ou ela está se sentindo de uma maneira particular. Os significados relevantes podem ser pré-conscientes e inacessíveis, podem conter opiniões contraditórias (“Mas eu sei que não há nada a temer”), medo metacognitivo (“Eu não entendo porque eu estou me sentindo tão irracional”) ou racionalização sem consequência (“Eu sinto medo, então acho que essa rua deve ser perigosa”) (ARNTZ; RAUNER; VAN DEN HOUT, 1995).

#### *Uma hipótese preliminar*

Sintetizando estas ideias, poder-se-ia formular a tese de que a DRE emerge de dissonância implícita e avaliações explícitas

que geram respostas emocionais independentes. Por exemplo, a avaliação implícita de “dirigir no lado errado” gerou uma reação (implícita) de medo. O componente da DRE, “Eu sinto como se eu estivesse no lado errado”, poderia então originar-se de uma racionalização pós-emocional da resposta de medo ou de uma síntese de elementos que entraram intrusivamente na consciência com a resposta de medo. De qualquer modo, a presença de uma resposta emocional gerada implicitamente dá o sentimento de ambivalência entre sensação e convicção que é a qualidade característica da DRE.

Em alguns transtornos de ansiedade em particular, é plausível que a experiência de evitação, em muitos casos, poderia ter levado a uma dissociação de aprendizado implícito e explícito, levando à DRE. Um aracnofóbico pode ter feito seu aprendizado explícito, não implícito, de que aranhas são perigosas. Contudo, não é claro o quanto...” No sentido de que a parcela de responsabilidade da evitação não fica clara. Contudo, não é claro quanto a evitação é uma explicação suficiente para todas as situações da DRE. A evitação poderia explicar porquê uma anorética falhou em aprender implicitamente de que ela é magra, a despeito de muitos *feedbacks* explícitos de amigos, familiares e profissionais e a despeito do conhecimento consciente do fato? É possível que uma gama de outros fatores evite a atualização de informação implícita, incluindo vieses de atenção, imagens intrusivas, falhas de automonitoramento e falta de compaixão. Isto deverá ser considerado mais adiante.

### *Perspectivas da Neurociência*

Uma análise completa neurobiológica da emoção e da cognição está fora do objetivo deste artigo, mas vale notar que especialmente no domínio do medo, evidências convergem em vias multirrotas para a amígdala, a qual tem um papel “computacional” central na emoção (LEDOUX, 1992; LEDOUX; PHELPS, 2000). Aferências chegam de uma via subcortical diretamente do tálamo sensorio (uma via “rápida e suja”) e também via córtex sensorio (via lenta, mas recebendo processamento cognitivo mais complexo). Além disso, o hipocampo gera aferência que se postula ser o processamento declarativo da memória e da informação contextual. A neurobiologia é consistente, então, com as teorias psicológicas, ao sugerir múltiplas vias de apreciação para a geração

da emoção. Não está claro, contudo, se isto pode ser generalizado para além do domínio do medo.

Outras condições neurobiológicas demonstram claramente como uma sensação e uma cognição podem ser completamente dissociadas. Num transtorno raro, conhecido como Síndrome de Capgras, os pacientes sentem que membros da família e conhecidos são impostores (RAMACHANDRAN, 2000). Eles reconhecem e entendem que sua mãe lembra sua mãe, mas não têm uma resposta emocional congruente (como sentir-se acarinhado, seguro), então inferem que aquela deva ser uma impostora. Hirstein e Ramachandran (1997) sugeriram que um dano às conexões neurais, entre as áreas de reconhecimento facial e a amígdala, está na base desta falha em responder emocionalmente a faces familiares. A sensação de que a pessoa é falsa é, então, uma racionalização *post-hoc* da falta de registro emocional. Duas racionalizações podem ser feitas de tais casos. Primeira, isto abre a possibilidade de que avaliação sentida pode, mais amplamente, representar racionalizações pós-emocionais. Segunda, tais avaliações sentidas têm um significado impressionante para o indivíduo e serem resistentes à inibição mesmo em face de evidência ampla e consistente do contrário.

#### *Subsistemas Cognitivos Interacionais (SCI)*

Teasdale e Barnard (1993) propuseram uma estrutura de arquitetura cognitiva chamada Subsistemas Cognitivos Interativos (SCI). Nove subsistemas foram propostos, apesar de que os subsistemas proposicionais e implicativos serem os de maior interesse ao estudo da emoção e do significado. O sistema proposicional manipula unidades cognitivas que estão em forma verbal com um valor verdadeiro (“Touros são criaturas perigosas”). O sistema implicativo processa representações de significado cognitivo que estão implicadas, mas não articuladas (“Corpo em perigo com enorme criatura num campo aberto”). O sistema implicativo recebe aferências de vários outros subsistemas, incluindo o visual (imagem de um touro enorme, de um campo aberto), estado corporal (tremor, pernas tensas) e proposicional (“Touros são perigosos”, “Há um longo caminho até a porteira”). O sistema implicativo comunica ao sistema proposicional (“Eu estou em perigo”, “Não há ninguém por perto que possa me ouvir”, “Eu preciso ficar calmo”) e ao sistema de estado corporal (oxigenar os músculos, preparar para correr).

Dentro da estrutura SCI, é evidente que uma emoção como o medo será sempre acompanhada de avaliações proposicionais familiares tais como “Eu estou em perigo”. Contudo, tais avaliações refletem eferências de código implicativo representando um cenário esquemático de perigo, sendo, então, um pré-requisito para a emoção de medo. A separação dos SCI de significado em formas implicativas e proposicionais dá margem à DRE. Teasdale e Barnard (1993) referem-se a isso como “assincronia” entre “conhecimento intelectual” e “avaliação emocional”. Os autores afirmam que a emoção está diretamente ligada somente ao sistema (implícito) implicativo, em contraste às teorias alternativas apontando para as múltiplas rotas da emoção. Como uma macroteoria (BARNARD, 2004), a estrutura SCI informa um quadro em desenvolvimento de teorias mais específicas, em vez de oferecer um quadro testado de hipóteses a seu favor. Para a presente análise da DRE, a contribuição mais importante foi o postulado explícito dos tipos de avaliações.

#### *Perspectiva Metacognitiva*

Muito do nosso funcionamento cognitivo e emocional está aberto à avaliação, monitoramento e controle. Controle e processamento neste nível são descritos como metacognitivos. No Modelo de Função Executiva Auto-Regulatória (MFEAR) (WELLS, 2000; WELLS; MATTHEWS, 1996), uma estrutura alternativa para conceitualizar um transtorno psicológico é apresentada. A regulação mental sadia é modelada em termos de três níveis de cognição: o *primeiro* sendo automático e fora do conhecimento, um *segundo* envolvido no monitoramento (“online”) consciente, avaliação e direcionamento de ação e pensamento, e um *terceiro* sendo um depósito de crenças (muitas metacognitivas) que guiam as estratégias iniciadas pelo sistema consciente (“online”). A atividade consciente (“online”) do MFEAR pode ser desencadeada por intrusões do sistema de baixo-nível e representa a necessidade de resolver a discrepância entre a percepção de estado si mesmo e estado desejado de si mesmo. Em condições normais de funcionamento, tal atividade do MFEAR pode ser breve e planos funcionais derivados do depósito de crenças podem ser efetivos em resolver a discrepância. Por exemplo, estes planos podem direcionar a atenção (“Fique alerta, preste atenção aos veículos em alta velocidade”), busca de

informação/memória (“Lembre de outras vezes que atravessou esta rua”), avaliação (“A trajetória da motocicleta sugere que ela não está totalmente sob controle”) e comportamento (“Mova-se um passo atrás na calçada”). Fundamentalmente, os planos têm uma estrutura de memória implícita (procedural), juntamente a sua forma declarativa. Então, certas estratégias, por exemplo, “Foque-se em sensações e adote-as como verdade”, podem ser instintivas e abaixo do conhecimento consciente. Questiona-se que, em transtornos emocionais, o sistema falha em resolver discrepâncias de objetivo devido à seleção pobre de planos de enfrentamento, restrições externas ou objetivos irrealis ou rígidos. Por exemplo, se os planos de enfrentamento consistem em estratégias metacognitivas tais como “Preocupar-me mais de modo a não ser surpreendido” ou “Monitorar pequenas flutuações nas sensações corporais para sinais de perigo”, então vieses prejudiciais podem ser introduzidos ao sistema de processamento de nível inferior, criando mais intrusões ao sistema consciente (“online”) e um estado de atividade no MFEAR que persevera.

Uma perspectiva diferente para a DRE emerge do modelo MFEAR (WELLS, 2000). Esta deriva de uma forte ênfase dentro da abordagem em crenças/estratégias metacognitivas e a direção de processos de atenção. Wells (2000) argumenta que, em alguns casos, os pacientes podem interpretar sensações internas como evidência de que a crença correspondente é precisa. Na linguagem do MFEAR isto poderia traduzir uma crença metacognitiva (“Meus sentimentos me dão uma direção precisa da verdade”) e uma estratégia de enfrentamento (“Atenção direta a sensações internas e avaliação da realidade correspondente”). Note-se que está estreitamente relacionada à noção de *emocionalização* (BECK et al., 1979), raciocínio por suposições (ARNTZ; RAUNER; VAN DEN HOUT, 1995) (“Eu me sinto ansioso, logo há algo para estar ansioso”) e racionalização pós-emocional (como discutido antes). Então, um indivíduo poder ter um pensamento racional, mas uma visão conflitante de realidade sobrevém devido a uma instância metacognitiva idiossincrásica em relação a estados internos de sensações, apresentada como crença emocional.

Um ponto forte do MFEAR é sua integração de fatores de conteúdo e processo e atividade automática de rotinas procedurais metacognitivas no nosso entendimento de cognição e emoção automática e controlada. Além disso, o MFEAR delinea um sistema de cognição dinâmico, em vez de um sistema estático

de estruturas de esquema. Isto está mais alinhado à imagem real de um indivíduo estressado debatendo-se com seu transtorno emocional, ruminando, tentando esquecer, confuso com os sintomas e assim por diante. Estes são dados que reforçam a DRE e sugerem que procedimentos metacognitivos (como a atenção autofocada, por exemplo) deveriam ser detalhadamente examinados e direcionados em terapia.

### *Perspectiva Traumática*

A principal marca do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é a “re-experiência” de partes do material traumático. Emoções estressantes e cognições associadas (incluindo imagens) podem recorrer e apresentar uma qualidade de “atualidade”. Um resultado característico, central ao modelo do TEPT desenvolvido por Ehlers e Clark (2000), é um “sentimento de ameaça atual”. A experiência clínica sugere que em muitas circunstâncias (porém não em todas) isto pode ocorrer na ausência de um pensamento racional de que o *self* está sendo ameaçado, então exibindo a DRE. Por isso, como no caso descrito antes, reações peri-traumáticas mais complexas como culpa podem também ser objeto da DRE (“Eu me sinto culpado, mas eu sei racionalmente que eu não sou”).

Técnicas clínicas baseadas na ativação de memórias traumáticas (tipicamente em imaginação), enquanto introduzem informação corretiva (conhecimento racional de que o indivíduo não tem motivo para se culpar), prometem bons efeitos de melhora para os sintomas do TEPT (EHLERS; CLARK, 2000). Vários relatos teóricos de TEPT e os mecanismos pelos quais tal terapia obtém alívio têm sido destacados (BREWIN; HOLMES, 2003). Vários relatos convergem para a ideia de que memórias traumáticas (e emoções e cognições associadas) não estão nem contextualizadas, nem integradas com o resto da memória autobiográfica (BREWIN; DALGLEISH; JOSEPH, 1996; EHLERS; CLARK, 2000; FOA; ROTHBAUM, 1998). Isto sugere que a DRE observada no TEPT pode ter suas origens na dissociação da memória autobiográfica. Em outras palavras, a crença racional pode refletir avaliação cognitiva atual, enquanto a crença emocional reflete o conteúdo de avaliação de traços de memória intrusivos. Contudo, se este é o caso, uma questão importante é: por que o traço de memória tem um impacto real e atual nas crenças emocionais do indivíduo?

A resposta pode ser uma falha no monitoramento da fonte. No TEPT, as memórias intrusivas foram descritas como ricas em detalhes de sensorio, mas pobremente contextualizadas e, de modo significativo, faltando um adequado “código de tempo” (EHLERS; CLARK, 2000). Tais memórias poderiam, então, ser falsamente interpretadas como representando a realidade atual. Isto ajuda a explicar o fenômeno ameaçador dos *flashbacks* relatados por pacientes com TEPT, nos quais o trauma parece estar acontecendo agora, mesmo que por uma fração de segundo. Em geral, a Estrutura de Auto-Monitoramento (EAM) (JOHNSON; HASHTROUDI; LINSLEY, 1993) tem sido sugerida como um mecanismo mental para estabelecer a origem desta representação mental. Por exemplo, é importante estar apto para decidir se uma ideia ou imagem representa uma memória verdadeira, um sonho, uma falsa memória, uma percepção, uma ideia da imaginação ou algo que alguém contou. A EAM propõe que a fonte é inferida de uma variedade de achados, tais como vivências, crenças e contextualização com outras memórias. Falhas neste sistema poderiam contar para o fenômeno *déjà vu* e têm, também, sido implicados na confabulação e nos delírios. No TEPT pelo menos, crenças emocionais poderiam originar-se de memórias que um indivíduo erroneamente atribuiu implicitamente como representando a realidade atual (nota-se que o indivíduo poderia ter um entendimento explícito de que a intrusão é simplesmente uma memória, mas a atribuição é pré-consciente – no mesmo caminho que o indivíduo pode ter o conhecimento que teve uma experiência de *déjà vu*, mas o sentimento é ainda poderoso).

Uma interessante questão, portanto, é o quanto esta análise da DRE, no TEPT, poderia ser generalizada para exemplos de DRE em outros contextos. Outros relatos de imaginação significativa, por exemplo, poderiam ser guias para fontes similares de erro de atribuição. A imaginação emocional tem sido encontrada em muitas condições, incluindo depressão, fobias simples, agorafobia e fobia social (HACKMANN, 1998). Na fobia social, por exemplo, autoimagens negativas são frequentemente referidas e são ativadas repetitivamente durante as situações sociais (CLARK; WELLS, 1995). Ao entrevistar um grupo de fóbicos sociais, Hackmann, Clark e McManus (2000) viram que a maioria foi capaz de explicitamente ligar a imaginação a uma memória emocional do período em torno do qual apareceu o transtorno. De fato, as imagens permaneceram

inflexíveis ao longo do tempo e foram extremamente inúteis em muitos casos (parecendo menores ou com uma perspectiva infantil). Day, Holmes e Hackmann (2004) viram que imagens de agorafóbicos eram similarmente ligadas a memórias adversas. Por outro lado, tais imagens evidentemente têm mais de impacto real e atual sobre as avaliações e emoções atuais do paciente do que seria esperado somente de memórias ruins. Uma possibilidade é que, como no TEPT, uma falha de monitoramento de fonte implícita interpreta a imagem como realidade atual, em vez de uma memória contextualizada. Hipoteticamente, um indivíduo poderia, então, obter informação atualizada verbalmente (“Você é boa companhia, você é interessante, você parece bonito”) e, em alguns casos, acreditar nisto racionalmente, mas as imagens dão um sentido emocional diferente (“Eu sinto que pareço ridículo, chato e feio”). Há ainda pouca evidência em diferentes condições para saber se este dado poderia ser generalizado para o fenômeno da DRE mais amplamente. Todavia, trabalhos em andamento com teorias de imaginação traumática, memória e *self* poderão prover insights para tais ideias (CONWAY; MEARS; STANDART, 2004; EHLERS; HACKMANN; MICHAEL, 2004). Se forem substanciais, então, a intervenção clínica objetivaria identificar e tirar a ambiguidade da fonte (pela ativação e recontextualização) e poderia reduzir o impacto emocional de tais memórias emocionais.

#### *Falta de compaixão com o self*

Para um pequeno número de casos, os relatos biopsicossociais de compaixão de Gilbert deveriam focar no porquê emoções nem sempre seguem as cognições (GILBERT, 1989, 2005). Papéis sociais desenvolvidos desenhados para relações adaptativas são hipotetizadas para incluir, por exemplo, cuidar, eliciar cuidado, atacar e submeter. É sugerido que o desenvolvimento da empatia, compaixão e gratidão começa tão cedo quanto 12 meses de idade, amadurece com a experiência e anda paralelamente com o desenvolvimento cognitivo, como a teoria da mente. A internalização de papéis é também proposta, de maneira que a criança que experimenta rejeição e hostilidade de uma figura paterna chateada, irá criar uma memória que pode ser chamada como uma fonte de informação do que relacionar ao *self*. É possível, portanto, que certos pacientes possam não ter as habilidades de emocionalmente desenvolver-se, mesmo quando as crenças

racionais são positivas. Seu repertório emocional de autoconexão é disfuncionalmente estreito, resultando em autoagressão, depressão e isolamento. Certamente, é bem sabido que sentimentos de culpa e de ser punido são comuns na depressão, como capturado pelo BDI. A implicação para a intervenção clínica seria a necessidade de treinar uma nova habilidade de ter compaixão e autocuidado (GILBERT; IRONS, 2004).

A teoria ambiciosa de Gilbert compreende uma variedade de construtos hipotéticos (papel social, mentalidade social, compaixão), processos (internalização de papel) e experiências desenvolvimentais (memórias de uma mãe crítica quando braba) e faz reivindicações evolucionárias significativas. Sua complexidade inerente torna a falsificação difícil, mas em particular a caracterização de “diálogo relacional interno” é uma ideia valorosa, notada por Beck (1976) em suas observações iniciais dos pensamentos automáticos e adotadas em outras disciplinas psicoterapêuticas (Terapia Cognitiva Analítica, por exemplo). A teoria de Gilbert provê um interessante dado implicando a falta de habilidade ao adotar uma instância de compaixão em relação ao *self*. Rotas cognitivas para mudança emocional seriam consideradas ineficazes na presença de um modo persistente de autoataque.

A teoria talvez tenha alguma dificuldade em explicar como alguns indivíduos, se eles falharam em internalizar habilidades de amadurecer e autocuidado, parece hábil para amadurecer outros em estresse com habilidade boa, enquanto estando altamente autocrítico.

A teoria talvez tenha alguma dificuldade em explicar como alguns indivíduos, se eles falharam em internalizar habilidades de amadurecer e auto-cuidado, parece hábil para amadurecer outros em estresse com habilidade boa, enquanto estando altamente auto-crítico. Não pareceria que a teoria de Gilbert poderia contar para todos exemplos de DRE dado previamente, tal como os cenários benignos e fobias simples. Contudo, parece inteiramente possível que possa contribuir para a persistência da DRE naqueles indivíduos que subjetivamente experimentam um diálogo interno poderoso e crítico.

### *Terapia Cognitiva*

Beck (1976) postulou que estruturas cognitivas mal adaptativas eram subjacentes aos transtornos emocionais vistos

na prática clínica. Estas foram consideradas “características relativamente permanentes da organização cognitiva de um indivíduo” (KOVACS; BECK, 1978). O conceito de Bartlett (1932) de *schemata* foi invocado para explicar o quanto tais estruturas filtrariam e distorceriam a percepção, o processamento e memória de eventos de um indivíduo. Tais estruturas foram concebidas como postulados proposicionais absolutos ou condicionais (“Eu não sou amável”, “Se alguém não gosta de mim, eu não tenho valor”) e regras associadas para viver (“Para ser gostado, eu preciso fazer o que todo mundo me pedir”). Explicações imprecisas foram feitas sobre a natureza do armazenamento na memória de longo prazo. A avaliação idiossincrática resultante de eventos daria origem para uma sequência de pensamentos e imagens automáticas que, em um indivíduo deprimido, convergiriam predominantemente a significados negativos. O modelo de Beck (1976) foi expandido e desenvolvido para outras psicopatologias, mais notavelmente o estudo dos transtornos de ansiedade, onde as estruturas principais envolvem temas de ameaça (BECK; EMERY, 1985).

Três cenários poderiam somar para a DRE dentro desta estrutura. Primeiramente, o indivíduo pode não estar totalmente consciente das cognições que estão provocando suas respostas emocionais. Certamente é um fenômeno comum que o clínico encontra em um paciente que se lembra de uma situação recente de sentir-se triste, mas não pode relembrar nenhum pensamento automático negativo que acompanhasse. Esta falta de acessibilidade cognitiva contaria para uma sensação de incapacidade de relatar conscientemente o pensamento congruente (e talvez por essa razão aceitando, por exemplo, um pensamento racional alternativo). Na terapia cognitiva, uma recomendação típica é desenvolver a habilidade de detectar pensamentos (por exemplo, através de registros diários de pensamentos) e o uso de técnicas de *role-play* para recriar a experiência emocional e tornar as cognições mais acessíveis conscientemente. Contudo, enquanto a falta de acessibilidade cognitiva poderia direcionar para uma emoção incongruente, há uma dificuldade maior para os casos onde a crença emocional é claramente associada (“Eu me sinto como se estivesse sujo e contaminado”).

Uma segunda possibilidade é que a DRE reflita uma ativação de estruturas de crenças situação-específica ou emoção-específica (BECK, 1997). Enquanto a teoria original de Beck implicava uma arquitetura estável e persistente da cognição, foram feitas revisões

por causa de evidências sugerindo que as crenças permaneceriam “latentes” durante a remissão psiquiátrica (POWER, 1990) e que atitudes disfuncionais autorrelatadas eram “dependentes do estado de humor” (MIRANDA; PERSONS, 1988).

Consequentemente, um fóbico de altura (mais propriamente, de viajar de avião) poderia, enquanto no conforto relativo da sala de terapia, aceitar a ideia de que esta forma de viagem é estatisticamente muito segura. Somente quando o indivíduo está chegando ao aeroporto é que as ameaças e crenças de desastre iminentes aumentam de intensidade. A implicação clínica aqui seria que, para a reestruturação cognitiva acontecer, tais crenças precisariam ser ativadas (*in vivo* ou em imaginação). Esta proposta delinea quão bem algumas crenças dissonantes podem coexistir em diferentes situações ou períodos de tempos, e isto pode incluir alguns casos de fobia. Contudo, há uma grande dificuldade em explicar porque uma anorética diz: “Eu sei que estou magra, mas eu me sinto gorda”; e mesmo no caso das fobias, há dúvidas do quanto uma pessoa aceita racionalmente a lógica da ameaça.

Uma terceira possibilidade é que a DRE reflita a continuação de estruturas esquemáticas centrais, não propriamente influenciadas por pensamento atual ou debate. Isto reflete o ponto de vista pessoal de Beck do fenômeno, quando ele o menciona numa seção de “problemas técnicos” (BECK et al., 1979, p. 302). Por exemplo, uma nova crença, “Eu sou um bom pai”, construída pelo debate racional é frágil e pode rapidamente ser superada por crenças persistentes antigas do contrário. Portanto, o grau de convicção em uma nova crença é dimensionado inicialmente como baixo, contando para sua aceitação racional, mas não para a sua aceitação emocional. Resistência esquemática é uma noção intuitiva apelativa e poderia de fato surpreender, caso o paciente modificasse uma ideia central sobre si mesmo, ou sobre o mundo, de uma hora para outra, após uma vida inteira acreditando no contrário. Adicionalmente, John Riskind (numa comunicação pessoal) sugeriu que mesmo quando uma convicção racional é muito alta (por exemplo, 95% de certeza de que não tem um tumor na cabeça), o fenômeno de crença emocional da DRE pode persistir por causa de uma dúvida residual que é altamente saliente do ponto de vista emocional (isto é, 5% de crença num tumor). De fato, muitas pessoas lutam com conflitos racionais e respostas emocionais em cenários de baixa probabilidade, mas alto desconforto, tal como ter a ideia, enquanto voa, de que o avião irá cair.

Aumentar o grau de convicção em uma nova crença ou estrutura esquemática é frequentemente uma tarefa central da terapia cognitiva, por exemplo, através do uso de técnicas como registro de dados positivos (PADESKY, 1994). Contudo, em alguns casos, esta estrutura conceitual da DRE, em termos de resistência esquemática e grau de convicção, parece insuficiente. Por exemplo, há mais dificuldade em explicar como condições crônicas da DRE persistem, tais como o sentimento persistente duma anorética de que ela é gorda, enquanto sabendo-se que ela é magra (e é magra há um longo período). Ainda, esta estrutura proporciona um modelo pobre de entendimento de casos da DRE nos quais não há dúvida a respeito da convicção racional e, ainda assim, há um sentimento diferente. Por exemplo, um homem com TOC, que se sente contaminado, mas sabe 100% racionalmente que ele não foi infectado ao assistir TV.

Todas as três explicações – acessibilidade cognitiva, crenças de especificidade situacional e resistência esquemática – proporcionam heurísticas clínicas úteis e direcionamentos na terapia cognitiva. De fato, *insight*, contexto situacional e grau de convicção são indubitavelmente parâmetros importantes para o entendimento do relato dos pacientes a respeito de suas crenças. Contudo, como ilustrado acima, há exemplos da DRE que não são totalmente explicados por estas conceitualizações teóricas. Em particular, algumas pessoas podem demonstrar excelente insight e ter forte convicção ou até certeza em seus autorrelatos racionais, mas, no entanto, revelarem uma sensação específica que está em oposição direta a eles. Finalmente, estas crenças nem sempre flutuam numa maneira situação-específica, mas podem ser persistentes e simultaneamente mantidas numa contradição intrigante.

*Implicações para a Terapia Cognitiva:  
gerando e monitorando a DRE*

Para uma empatia acurada em relação à DRE, a linguagem atual da terapia cognitiva ao discutir conceitos de crenças deveria talvez ser questionada. O inquérito tradicional, tal como “Vamos examinar seu pensamento X. O quanto você acredita nisso agora?”, implicitamente forma um modelo unidimensional de crença que pode refletir de forma não precisa a experiência confusa dos pacientes, se eles sentem diferentemente sobre X pelo seu modo de avaliarem racionalmente. Os pacientes podem

sentir-se obrigados a cumprir a estrutura implícita da cognição sendo praticada e oferecer um nível de percentagem de crença que representa uma desorganização de seus julgamentos emocionais e racionais. Por outro lado, as dimensões emocionais e racionais da crença poderiam ser melhor eliciadas, contrastadas e refletidas, e a necessidade para a conceitualização de qualquer dissociação discutida colaborativamente.

Gráficos bidimensionais de crença poderiam ser úteis para monitorar a DRE ao longo do tempo para uma cognição chave, tanto dentro e fora das sessões (o eixo horizontal representando pensamento; o eixo vertical representando a crença emocional). Tal monitoramento poderia aumentar a empatia e indicaria, implicitamente, que tais dissociações eram compreensíveis, em vez de sinal de loucura (uma referência ao lugar comum de dissociações como filmes de horror poderia ser útil para normalização). O monitoramento poderia potencialmente distinguir entre intervalo emocional (a crença emocional alcançada com a crença racional, dado o tempo e prática) e apelo emocional (a crença racional trazida de volta para sua posição inicial devido à influência de crença emocional forte). Poderia, também o monitoramento, sinalizar, em particular, se uma técnica estava tendo um pequeno impacto emocional, e uma mudança de estratégia terapêutica seria necessária.

#### *Técnicas Cognitivas versus Técnicas Comportamentais*

Os terapeutas cognitivos irão frequentemente escolher técnicas comportamentais para testar novas cognições numa tentativa de aumentar sua credibilidade (GREENBERGER; PADESKY, 1995). Em particular, o experimento comportamental é uma técnica poderosa para conectar aprendizado implícito com mudança cognitiva (BENNETT-LEVY et al., 2004; WELLS, 1997). O paciente se torna um cientista ao testar suas cognições-chave. O monitoramento da DRE poderia oferecer uma aferição sofisticada desta harmonização entre aprendizado implícito e explícito. Uma redução na DRE poderia indicar o sucesso de um experimento comportamental. Em contraste, uma DRE fixa poderia sugerir a necessidade de um experimento de aprendizagem mais frequente, intenso e duradouro, ou poderia sinalizar algum bloqueio a sua efetividade, tal como uma evitação sutil ou uso continuado de comportamentos de segurança.

### *Influência de Memórias Emocionais e Imaginação*

Quando um exemplo da DRE é encontrado na terapia, outra via útil poderia ser explorar a existência de qualquer imagem ou memória autobiográfica significativa associada. Uma vez identificada, o impacto emocional desta memória poderia ser acessado e discutido com o paciente (frequência de intrusividade, vividez, quantidade de estresse, etc.), junto com sua contribuição relativa para sensação tida por ele. Se necessária, uma opção de tratamento poderia, então, envolver a revisitação de memória, elaboração e contextualização como uma rotina no trabalho com o TEPT (EHLERS; CLARK, 2000). Se correta, a teoria prediria uma queda na DRE seguindo tais intervenções. Contudo, a mudança na DRE não é tida como um objetivo em si; ao contrário, a persistência da DRE poderia agir como um sinal terapêutico para o possível impacto de memórias e imagens emocionais.

### **Considerações finais**

Levando em conta todas as perspectivas que apresentamos neste texto, consideramos que a teoria mais abrangente é a que trabalha com a visão da metacognição, pois ela pode abranger tanto o que se preconiza na DRE como nas teorias comportamentais. Com isto, acarreta uma menor visão dualística de ser humano, polarizando menos este dilema tão antigo quanto a existência *Mente X Cérebro*, possibilitando um diálogo holístico entre o todo.

Além disto, a metacognição embasa a maioria dos enfoques clínicos em terapia cognitivo-comportamental, que tem como premissa fazer com que o cliente se torne seu próprio terapeuta, para que a partir disto adquira autonomia e possa auto monitorar seu próprio jeito de ser.

Por outro lado poderíamos argumentar que a metacognição só pode ser desenvolvida com pessoas que tem bom potencial cognitivo, mas quem pode realmente definir o que é o potencial cognitivo de um indivíduo? Um indivíduo pode não ser um exímio matemático, mas pode ser um excelente escultor, e isto o torna menos hábil cognitivamente? Enfim, o nosso propósito não é fechar lacunas e sim abrir portas para discussão.

## Referências

- ARAUJO, Saulo de Freitas. **Psicologia e Neurociência**: uma avaliação da perspectiva materialista dos fenômenos mentais. Juiz de Fora: Edit. da UFJF, 2003.
- ARNOLD, Magda. **Emotion and personality**: Vol. 1. Psychological aspects. New York: Columbia University Press, 1960.
- ARNTZ, Arnoud; RAUNER, Michael; VAN DEN HOUT, Marcel. If I feel anxious there must be danger: Ex-consequentia reasoning in inferring danger anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, n. 33, p. 917-925, 1995.
- BARNARD, Philip. J. Bridging between basic theory and clinical practice. **Behaviour Research and Therapy**, n. 49, p. 977-1000, 2004.
- BARTLETT, Frederick. C. **Remembering**: a study in experimental and social psychology. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1932
- BECK, Aaron. T. **Cognitive therapy and emotional disorders**. New York: International Universities Press, 1976.
- BECK, Aaron. T.; RUSH, John.; SHAW, Brian; EMERY, Gary. **Cognitive therapy and depression**. New York: Guilford, 1979.
- BECK, Aaron. T.; EMERY, Gary. **Anxiety disorders and phobias**: a cognitive perspective. New York: Basic Books, 1985.
- BECK, Aaron. T. Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychotherapy. In: SALKOVSKIS, Paul. (Ed.), **Frontiers in cognitive therapy**. New York: Guilford. 1997.
- BENNETT-LEVY, James; BUTLER, Gillian; FENELL, M.; HACKMANN, Ann; WESTBROOK, David. **Oxford guide to behavioural experiments on cognitive therapy**. Oxford, UK: Oxford University Press, 2004.
- BREWIN, Chris R. **Cognitive foundations of clinical psychology**. Hove, UK: Erlbaum, 1988.
- BREWIN, Chris R., DALGLEISH, Tim.; JOSEPH, Stephen. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. **Psychological Review**, n. 103, p. 670-686, 1996.

BREWIN, Chris R.; HOLMES, Emily. Psychological theories of post-traumatic stress disorder. **Clinical Psychology Review**, n. 23, p. 339-376, 2003.

CLARK, David. Perceived limitations of standard cognitive therapy: A consideration of efforts to revise Beck's theory and therapy. **Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly**, n. 9, p. 153-172, 1995.

CLARCK, David; WELLS, Adrian. A cognitive model of social phobia. In: HEIMERG, Richard; LIEBOWITS, Michael; HOPE, Debra; SCHNEIEDER, Franklin (Eds.). **Social phobia: diagnosis, assessment and treatment**. New York: Guilford, 1995.

CONWAY, Martin. A.; MEARS, Kevin; STANDART, Allys. Images and goals. **Memory**, n.12, p.525-531, 2004.

DAY, Samantha J., HOLMES, Emily; HACKMANN, Ann. Occurrence of imagery and link with early memories in agoraphobia. **Memory**, n. 12, p. 416-427, 2004.

EHLERS, Anke; CLARK, David. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. **Behaviour Research and Therapy**, n. 38, p. 319-334, 2000.

EHLERS, Anke; HACKMANN, Ann; MICHAEL, Tanja. **Intrusive re-experiencing in post-** 2004.

FIGUEIREDO, Luiz Claudio M. **Matrizes do pensamento psicológico**. Petrópolis: Vozes, 2003.

FOA, Edna; ROTHBAUM, Barbara Oslov. **Treating the trauma of rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD**. New York City: Guilford Press, 1998.

GILBERT, Paul. **Human nature and suffering**. Lawrence Erlbaum Associates: London, 1989.

GILBERT, Paul; IRONS, Chris. A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. **Memory**, n. 12, p. 507-516, 2004.

GILBERT, Paul. **Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy**. Routledge: London, 2005.

GREENBERGER, Dennis; PADESKY, Christine. **Mind over mood**. New York: Guilford Press, 1995.

HACKMANN, Ann. Working with images in clinical psychology. In: BELLACK, Alan.; HERSEN, Michel (Ed.). **Comprehensive clinical psychology, Vol. 6. Adults: clinical formulation and treatment**. Oxford: Pergamon/ Elsevier Science, 1998.

HACKMANN, Ann; CLARK, Davis; MCMANUS, Freda. Recurrent images and early memories in social phobia. **Behaviour Research and Therapy**, n. 38, p. 601-610, 2000.

HIRSTEIN, William; RAMACHANDRAN, V. S. Capgras syndrome: a novel probe for understanding the neural representation of the identity and familiarity of persons. **Proceedings of the Royal Society of London, Series B**, n. 264, p. 437-444, 1997.

JOHNSON Marcia, HASHTROUDI, Shahin.; LINDSDAY, Stephen. Source monitoring. **Psychological Bulletin**, n. 114, p. 3-28, 1993.

KOVACS, Maria.; BECK, Aaron. T. Maladaptive cognitive structures in depression. **American Journal of Psychiatry**, n. 135, p. 525-533, 1978.

LAZARUS, Richard S. **Psychological stress and coping process**. New York: McGraw- Hill, 1966.

LAZARUS, Richard S. Thoughts on the relations between emotion and cognition. **American Psychologist**, n. 37, p. 1019-1024, 1982.

LeDOUX, Joseph E. Emotion and amygdale. In: AGGLETON, John. (Ed.). **The amygdale: neurobiological aspects of emotion, memory and mental dysfunction**. New York: Wiley-Liss, 1992.

LeDOUX, Joseph E.; PHELPS, Elizabeth. A. Emotional networks in the brain. In: LEWIES Michael; HAVILAND-JONES (Eds.). **Handbook of emotions**. New York: Guilford, 2000.

LEVENTHAL, Howard; SCHERER, Klaus. The relationship of emotion to cognition: a functional approach to a semantic controversy. **Cognition and Emotion**, n. 1, p. 3-28. 1987.

LOPES, Carlos. E. O projeto de psicologia científica de Edward Tolman. **Scientiæ Studia**, v. 2, n. 7, p. 237-250, 2009.

MIRANDA, Jaqueline; PERSONS, Jeanne. B. Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. **Journal of Abnormal Psychology**, n. 97, p. 76-7, 1988.

OATLEY, Keith; JOHNSON-LAIRD, Phillip N. Towards a cognitive theory of emotion. **Cognition and Emotion**, n. 1, p. 20-50, 1987.

PADESKY, Christine A. Schema change processes in cognitive therapy. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, n. 1, p. 267-278, 1994.

POSNER, Michel I.; SNYDER, Charles R. Attention and cognitive control. In: SOLSO, Robert (Ed.). **Information processing and cognition: The Loyola Symposium**. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1975.

POWER, Michael. A prime time for emotion: Cognitive vulnerability and the emotional disorders. In: GILHOOLY, K. J.; KEANE, Mark; LOGIE, Robert; ERDOS, G. E. (Eds.). **Lines of thinking: reflections in the psychology of thought**. Chichester, UK: Wiley, 1990.

POWER, Michael; DALGLEISH, Tim. **Cognition and emotion: from order to disorder**. Hove, UK: Erlbaum, 1997.

RACHMAN, S.; HODGSON, R. Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. **Behaviour Research and Therapy**, n. 12, p. 311-318, 1974.

RACHMAN, S. The primacy of affect: some theoretical implications. **Behaviour Research and Therapy**, n. 19, p. 279-290, 1981.

RAMACHANDRAN, Vilayanur. Memory and the brain: new lessons from old syndromes. In: SCHACTER, Daniel; SCARRY, Elaine (Eds.). **Memory, brain and belief**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2000.

ROSEMAN, Ira; EVDOKAS, Andreas. Appraisals cause experienced emotions: experimental evidence. **Cognition and Emotion**, n. 18, p. 1-18, 2004.

TEASDALE, John; BARNARD, Philip. **Affect, cognition and change**. Hove, UK: Erlbaum, 1993.

WEINER, Bernard. An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, n. 92, p. 548-573, 1985.

WELLS, Adrian; MATTHEWS, Gerald. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. **Behaviour Research and Therapy**, n. 34, p.881-888, 1996.

WELLS, Adrian. **Cognitive therapy of anxiety disorders**. Chichester, UK: Wiley, 1997.

---

\_\_\_\_\_. **Emotional disorders and metacognition**. Chichester, UK: Wiley, 2000.

ZAJONC, Robery B. Feeling and thinking: preferences need no inferences. **American Psychologist**, n. 35, p. 151-175, 1980.

### **Abstract**

Reason-Emotion Dissociation (RED) is a phenomenon that challenges the notions of propositional beliefs and occurs when a dissociation appears between a rational belief about a certain proposition and the personal way that a person feels about the same proposition. Thus, a person simultaneously holds two ideas in their conscious awareness. This essay focuses on this disturbing phenomenon, discussing it under different models and paradigms of psychological science. Finally, we intend to illustrate how this phenomenon is expressed clinically as well propose practical implications for the management of patients who express this kind of dissociation.

**Keywords:** Reason-Emotion Dissociation, cognitive-behavioral therapy,

