

# Contribuições da Terapia Comportamental e Cognitiva no tratamento e compreensão da Depressão

Marcelo da Rocha Carvalho

Psicoterapeuta do Centro Psicológico de Controle do Stress de São Paulo

Especialista em Terapia Comportamental e Cognitiva pela USP

A Depressão antes de ser utilizada corriqueiramente como sinônimo de “uma grande tristeza” pelo senso comum, já era conhecida pelos gregos como doença, mas era chamada de melancolia; nome este que perdurou por muito tempo e, ainda tratada assim por Freud, em seu livro “Luto e Melancolia”, entretanto, a depressão representa um transtorno mental para a Saúde. Entende-se por transtorno mental:

*(...) “cada um dos transtornos mentais é conceitualizado como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e que está associado com sofrimento (por ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (por ex., prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou uma perda importante da liberdade. Além disso, essa síndrome ou padrão não deve ser meramente uma resposta previsível e culturalmente sancionada a um determinado evento, por exemplo, a morte de um ente querido. Qualquer que seja a causa original, ela deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo. Nem o comportamento que apresenta desvios (por ex., político, religioso ou sexual), nem conflitos primariamente entre o indivíduo e a sociedade são transtornos mentais, a menos que o desvio ou conflito seja um sintoma de uma disfunção no indivíduo, como descrito antes.” (DSM-IV, 1994)*

A depressão clínica tem uma alta ocorrência entre os transtornos psiquiátricos, chegando a ser identificada por “resfriado da psiquiatria” (Seligman, 1975; apud Fennel, 1997), estima-se (Fennel, 1997) que 75% das internações psiquiátricas sejam por depressão.

Os transtornos de humor (afetivos) são caracterizados por manifestações afetivas consideradas inadequadas em termos de intensidade, frequência e duração. Dessas manifestações, a mais comum é chamada genericamente de depressão e envolve uma intensa sintomatologia, que pode incluir (CID 10, 1993):

- Sentimentos de tristeza, angústia e desesperança; baixa auto-estima; incapacidade de sentir prazer; idéias de culpa, ruína e desvalia; visões pessimistas do futuro e pensamentos recorrentes sobre morte, acompanhados de alterações somáticas abrangendo sono, apetite, atividade psicomotora e função sexual.

No outro extremo das perturbações de humor, encontram-se os quadros maníacos, determinados por um afeto expansivo, eufórico e irritável, além de aceleração do pensamento com fuga de idéias; auto-estima inflada e necessidade de sono diminuída, dentre outras alterações. Cabe salientar que, dependendo da gravidade dos episódios, ambos os quadros podem ser acompanhados de sintomatologia psicótica (alucinações e delírios, p.ex.). Estes transtornos no CID 10 estão classificados entre o F30 ao F39, sendo citados aqui, todos os transtornos F32 (Episódio depressivo, entre suas variações: leve, moderado e grave), com exceção do F32.3 (Episódio depressivo com sintomas psicóticos), F33 (Transtorno depressivo recorrente) com exceção do F33.3, também com a prevalência de sintomatologia psicótica e, ainda dentro do critério de inclusão neste texto o F34.1 (Distímia).

Com relação às tendências da Depressão observa-se (Piccoloto et al., 2000):

1. O aumento na prevalência de depressão, particularmente após a Segunda

Grande Guerra;

2. Incidência progressivamente mais precoce de depressão no transcorrer deste século;

3. Aumento do risco de depressão em indivíduos do sexo feminino.

Embora seja incontestável a influência de fatores genéticos, sobretudo no transtorno bipolar, os achados de aumento progressivo da frequência de depressão e sua incidência mais precoce não podem ser explicados por uma teoria unifatorial baseada apenas na predisposição genética (Klerman, 1988; apud Silveira et al, 1998). Ou seja, mostrou-se que seu início e evolução estão ligados a um grande número de variáveis biológicas, históricas, ambientais e psicológicas, incluindo assim distúrbios dos neurotransmissores, histórico familiar de depressão ou alcoolismo, perda ou negligência precoce dos pais, eventos negativos e recentes da vida, um conjugue crítico ou hostil, ausência de relacionamento de confiança, falta de apoio social adequado e falta de auto-estima a longo prazo (Fennel, 1997).

Embora depressão seja uma doença que afeta todas as culturas, existem diferenças marcantes quanto à incidência e à prevalência de transtornos depressivos em diferentes populações. Além das diferenças metodológicas e da avaliação diagnóstica desses estudos, supõe-se que exista realmente variabilidade no quadro clínico de depressão de uma cultura para outra e, em uma mesma cultura, em distintos grupos populacionais (Singer, 1985; Klein e Good, 1985; Hsu e Marshall, 1987; Hurwitz et al., 1987; Ring e Marquis, 1991; apud Silveira et al, 1998).

Mas ser mulher e, ter história na família de doença depressiva são dois fatores de risco significativos para a depressão. Em geral, os pacientes deprimidos têm excesso de eventos negativos, particularmente perdas significativas nos seis meses anteriores ao início da doença: o falecimento ente querido, o término de um relacionamento, demissão do trabalho, etc.. De 15 à 20% dos adultos sofrem de níveis significativos de sintomatologia depressiva, e pelo menos 12% fazem uma depressão grave o suficiente para pedirem tratamento em algum período de suas vidas (Fennel, 1997).

Seus sintomas se dividem em:

**Afetivos:** desalento, baixa auto-estima, perda de gratificação, perda de vínculos, períodos de choro e perda de reação de alegria;

**Motivação:** incluindo: perda de motivação para executar uma série de atividades, baixo nível de atividades e desejo de suicídio;

**Cognitivos:** baixa auto-avaliação, expectativas negativas, culpar-se a si mesmo e criticar-se, indecisão e auto-imagem distorcida;

**Sintomas Fisiológicos:** perda de apetite e do interesse sexual, distúrbios do sono e fadiga;

**Sintomas Comportamentais:** passividade, evitação e déficit social.

Piccoloto et al. (2000) apontam em sua revisão bibliográfica sobre transtornos do humor aspectos relevantes da Depressão Unipolar, o primeiro episódio depressivo ocorre em média por volta dos 25 anos de idade, não obstante a incidência de diagnósticos de depressão pareça estar aumentando de forma significativa entre crianças e adolescentes. As mulheres apresentam uma incidência duas vezes maior que a dos homens, sendo que o período pós-parto com relativa frequência está associado ao desencadeamento do primeiro episódio, e os quadros mais severos nessa fase podem levar a um maior prejuízo cognitivo (Paradiso e Robinson, 1998; apud Piccoloto et al., 2000).

Emslie et al. (1997; apud Piccoloto et al., 2000) avaliaram crianças e adolescentes internados com quadro de depressão maior nos períodos de um e cinco anos após a alta

hospitalar e verificaram:

- 1) Que 98% dos sujeitos haviam apresentado remissão do episódio inicial;
- 2) 61% dos mesmos tiveram pelo menos uma recorrência durante o período de follow-up;
- 3) 47,2% apresentaram o retorno dos sintomas até um ano após a alta e
- 4) 69,2%, até dois anos após a desospitalização, caracterizando episódios tão ou mais numerosos que os dos adultos.

“No que tange à duração de um episódio depressivo não-tratado, as estimativas variam de 6 a 13 meses (Akiskal, 1995) até 24 meses (Stahl, 1998). Estatísticas mais remotas consideravam que até 60% dos pacientes com episódio depressivo não desenvolviam novos episódios no futuro (Kraepelin, 1921; Stenstedt, 1952; apud Menchón, 1990). Atualmente, dispondo-se de estudos com períodos de seguimento mais longos e de melhores estratégias metodológicas, considera-se que a porcentagem de pacientes com um único episódio é menor e, assim como nos transtornos bipolares, autores têm sugerido que virtualmente todos os sujeitos hospitalizados devido à depressão irão desenvolver um segundo episódio ao longo de suas vidas se viverem o suficiente. Mueller et al. (1996a, 1996b) referiram que o desenvolvimento de episódios depressivos adicionais após a irrupção do transtorno ocorre na maioria dos pacientes adultos. Em sintonia com essas informações, Lavori et al. (1991) observaram uma probabilidade crescente de recorrência após a recuperação de um episódio inicial de depressão maior ao longo de 10 anos de seguimento (de 13% para 75%)”. (Piccoloto et al., 2000)

Segundo Akiskal (1995; apud Piccoloto et al., 2000):

- 1) De 50% a 85% dos indivíduos com episódio inicial apresentam uma segunda crise depressiva;
- 2) 70% desenvolvem um terceiro episódio;
- 3) Pacientes com três episódios prévios têm 90% de probabilidade de uma nova recorrência, ou seja, o número de surtos anteriores constitui-se em um fator de risco importante para o desenvolvimento de novos episódios.

Angst et al. (1996; apud Piccoloto et al., 2000) fazem referência a um estudo prospectivo realizado em Zurique, onde 186 pacientes com depressão unipolar e 220 com transtorno bipolar foram acompanhados durante 25 anos, com 89% de recorrência de episódios depressivos entre os unipolares e 100% entre os bipolares.

De acordo com esses critérios, a taxa geral de recuperação de episódios foi de:

- 1) 26% para os depressivos unipolares e
- 2) 16% para os bipolares.
- 3) 11% dos pacientes deprimidos que desenvolveram um único episódio durante o seguimento apresentaram uma evolução mais favorável, com 57% de recuperação. Sendo que o tempo transcorrido entre a primeira e a segunda admissão não teve influência significativa nas taxas subseqüentes de recorrência.

*“Buscando avaliar a influência dos sintomas residuais no desencadeamento de recaídas e recorrências, Judd et al. (1998) verificaram se o nível de remissão de um episódio depressivo é preditor de recuperação de pacientes com transtorno depressivo maior. Após o acompanhamento durante 10 anos de dois grupos de pacientes (um grupo com sintomas residuais e outro assintomático), os autores concluíram que a presença de sintomatologia residual está associada a recaídas muito rápidas, sustentando a hipótese de que essa alteração pode tratar-se de um estado ativo da doença. Os pacientes assintomáticos desse estudo apresentaram uma redução prolongada na recorrência do transtorno”. (apud Piccoloto*

*et al., 2000)*

Fatores igualmente associados com a recorrência podem incluir co-morbidades, como a presença de transtorno distímico, transtornos ansiosos, transtornos de personalidade, dependência ou abuso de álcool e falta de adesão ao tratamento (Akiskal, 1995; Casey et al., 1996; Coyne et al., 1994; Fleck, 1996; Hasin et al., 1996 a e 1996b; apud Piccoloto et al., 2000). Segundo Duggan et al. (1998; apud Piccoloto et al., 2000), a história familiar positiva para transtornos psiquiátricos graves, isto é, psicose com ou sem componente afetivo, depressão com tratamento hospitalar e suicídio, foi associada com uma pior evolução em pacientes com depressão maior.

Em relação ao prognóstico, a depressão maior ou unipolar mostra-se sobretudo como um transtorno de característica cíclica, com alternância entre períodos de maior e menor expressão dos sintomas (Mueller et al., 1996; apud Piccoloto et al., 2000). Akiskal (1995, apud Piccoloto et al., 2000) refere que, num acompanhamento a longo prazo:

- 1) 50% dos pacientes são mentalmente saudáveis;
- 2) 30% têm comprometimento funcional moderado e
- 3) 20% têm um comprometimento considerado significativo.

Kiloh et al. (1988, apud Piccoloto et al., 2000) destacam que, durante um período médio de 15 anos de follow-up, 12% de uma amostra de pacientes deprimidos permaneceram incapacitados pela doença. Tomando-se como base a definição de cronicidade como manutenção do preenchimento dos critérios diagnósticos para depressão de forma contínua por um período igual ou superior a dois anos (American Psychiatry Association, 1994; OMS, 1993; apud Piccoloto et al., 2000), os percentuais de cronicidade e sua relação com as recorrências foram avaliados em estudos prospectivos. Segundo Keller (1986, In.: Piccoloto et al., 2000), o risco de cronicidade em depressão maior é de 20%, enquanto Kupfer (1998; apud Piccoloto et al., 2000) refere que cada novo episódio de depressão recorrente está associado a um risco de 10% a 15% de cronicidade, descrevendo recaída e recorrência como preditores de um curso crônico. De acordo com Mueller et al. (1996a; apud Piccoloto et al., 2000) e Ruppe et al. (1996; apud Piccoloto et al., 2000), aqueles indivíduos que apresentam uma remissão parcial, bem como aqueles com episódios depressivos mais duradouros, possuem uma maior chance de manutenção de recuperações incompletas entre as crises.

Embora a revisão feita pelos autores não ressalte quais tratamentos foram empregados ao longo das pesquisas: medicamentoso ou psicoterápico ou mesmo a associação de ambos; e em cada um deles sua especificidade (droga ou método utilizado: abordagem e sua sistemática), o trabalho (Piccoloto et al., 2000) em questão trouxe características envolvendo aspectos desenvolvimentais da depressão que são pertinentes para intervenções seguras entre os seguintes aspectos: cronicidade, sintomas residuais, recaídas, entre outros fatores apontados. Assim sendo garantir a manutenção de resultados e ganhos comportamentais para qualidade de vida são propostas pertinentes a eficiência de uma abordagem frente a queixa de depressão.

### **Variáveis Comportamentais e Cognitivas**

A Terapia Comportamental e Cognitiva é uma modalidade ou abordagem para prática da ajuda psicológica. Ao descrever esta abordagem terapêutica para transtornos mentais e problemas psicológicos, é preciso salientar que esta Terapia, seus conceitos e aplicabilidade, provêm da somatória de diversas atividades científicas e formas de atuação clínica como: Psicologia Experimental, Análise do Comportamento, Behaviorismo Metodológico e Radical, Psicologia Cognitiva, Terapia Comportamental Racional-Emotiva, Terapia Multimodal, Psicoterapia Analítico-Funcional, entre outras; este conjunto, agregado em evoluções históricas, metodológicas, aplicações clínicas e experimentais, dão corpo a Terapia

Comportamental e Cognitiva (TCC) e a mantém atuante.

A Terapia Comportamental e Cognitiva como um conjunto de procedimentos clínicos de intervenção terapêutica frente a transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos em muito contribui para o tratamento de transtornos humor (afetivos) unipolares: a Depressão.

Isoladamente a Terapia Comportamental e a Terapia Cognitiva, ao mesmo tempo que se desenvolviam proporcionaram cada uma, novas perspectivas frente ao tratamento dos transtornos depressivos sem sintomatologia psicótica, onde aspectos funcionais da depressão ou reguladores eram destacados. Embora historicamente não seja totalmente claro quando semelhanças fizeram com que pesquisadores unissem as duas vertentes (a Comportamental e Cognitiva), isto porque diversos movimentos podem se colocar como responsáveis de uma forma ou de outra por esta união, sendo abordadas as contribuições de pesquisadores em ambas abordagens, estejam elas juntas ou separadas, mas que são clinicamente relevantes para o tratamento de indivíduos acometidos por transtornos depressivos e usam critérios de cientificidade que ambas as teorias buscam para relatar suas aquisições, embora: *“de todas as abordagens cognitivo-comportamentais da depressão, a terapia cognitiva recebeu a atenção mais empírica”* (Rehn, 1990, apud Beck et al, 1999).

*“A obra de Ellis(1957, 1962, 1971, 1973) deu um grande impulso ao desenvolvimento histórico das Terapias cognitivo-comportamentais. Ellis liga o evento ambiental ou Ativador(A) às Conseqüências emocionais(C) através da Crença interveniente(B, [Belief]). Deste modo, sua Psicoterapia Racional-Emotiva visa tornar o paciente ciente de suas crenças irracionais e das conseqüências emocionais inapropriadas de tais crenças. A Psicoterapia Racional-Emotiva é projetada para modificar estas crenças irracionais subjacentes. O uso de outras técnicas para levar as crenças à percepção e modificá-las foi enfatizado por Maultsby(1975).*

*Contribuições recentes ao desenvolvimento da terapia cognitiva por autores de orientação comportamental (Mahoney, 1974 Meichenbaum, 1977; Goldfried e Davidson, 1976; e Kazdin e Wilson, 1978) supriram uma base empírica e teórica mais firme para o crescimento adicional nesta área.”* (Beck et al., 1979/1997)

No tratamento em Terapia Comportamental e Cognitiva ajude-se o indivíduo a reconhecer padrões de pensamento inadequado e comportamento disfuncional. Através da discussão sistemática e tarefas comportamentais cuidadosamente estruturadas para ajudar os pacientes a avaliar e modificar tanto seus pensamentos, quanto seus comportamentos em questão. Alguns aspectos do tratamento dão maior ênfase ao comportamento, outros a ênfase cognitiva é maior. Em objetivos gerais, comportamentais e cognitivos, poderíamos limitar para terapia os seguintes itens:

1. Modificar hábitos que não são adaptativos, através do fortalecimento e manutenção, ou da eliciação de comportamentos incompatíveis com tais hábitos;
2. Aumentar a probabilidade de ocorrência de comportamento, que garantam o maior número de reforçamentos positivos ao indivíduo, ou seja, maior satisfação;
3. Ajudar a reconhecer as variáveis que controlam seu comportamento, especialmente as variáveis internas, de seu próprio sistema de respostas, como suas necessidades, prioridades; ensiná-las a manipular, ou contra-controlar, essas variáveis e, assim sucessivamente, a cada nova habilidade e novo objetivo. A satisfação das necessidades é vista como motivador intrínseco e extrínseco, (pré-condição ou conseqüência para determinada mudança);
4. Levar o indivíduo à efetivamente lidar com variáveis que afetam seu comportamento, permitindo uma generalização do aprendizado, para outras situações e outras categorias de

comportamento, além daquelas abordadas na terapia;

5. Para Beck (1979/1997): *“Uma variedade de estratégias cognitivas e comportamentais são utilizadas na Terapia Cognitiva. As técnicas visam delinear e testar as concepções errôneas específicas e pressuposições mal-adaptativas do paciente. Esta abordagem consiste em experiências de aprendizagem altamente específicas projetadas para ensinar ao paciente as seguintes operações:*

**(a) monitorar seus pensamentos automáticos negativos (cognições);**

**(b) reconhecer as conexões entre cognição, afeto e comportamento;**

**(c) examinar as evidências a favor e contra seu pensamento automático distorcido;**

**(d) substituir estas cognições tendenciosas por interpretações mais orientadas à realidade;**

**(e) aprender a identificar e alterar as crenças disfuncionais que o predispõe a distorcer suas experiências”.**

Sempre procurando estabelecer as atividades na atualidade da vida do paciente, ajudando a promover mudanças desejadas pelo mesmo. Concentrando-se na promoção de novas aprendizagens adaptativas e na mudança fora do ambiente clínico. Durante o transcorrer da terapia seus aspectos são descritos ao paciente, buscando também uma relação cooperativa na execução de estratégias para enfrentar os problemas identificados, bem como que este obtenha um aprendizado sistematizado de enfrentamento e controle da depressão. A Terapia Comportamental e Cognitiva procura estabelecer uma limitação temporal e os objetivos a serem atingidos.

A Terapia Comportamental e Cognitiva determina as seguintes contribuições para o tratamento da depressão:

1) Análise funcional da Depressão e não topográfica apenas (Cavalcante, 1997; Fennel, 1997);

2) A busca de modelos experimentais (animais e humanos) que corroborassem a aquisição de comportamentos depressivos: desamparo aprendido de Seligman (1975, apud Hunziker., 1997);

3) Pesquisa de aspectos distintos ou particulares em humanos quanto a Depressão modelos cognitivos (pensamentos disfuncionais para Beck ou as crenças irracionais para Ellis) (Beck, 1979/1997);

4) Modelos para o tratamento, atuando clinicamente de forma distinta em focos de atenção para a terapia: com pensamentos depressivos (Beck et al. , 1979; Fuchs & Rehm, 1977, apud Brown et al., 1984), implementação de comportamentos sociais adequados ou assertivos ((Hersen et al., 1980; Sanchez et al, 1980; Zeiss, 1977, apud Brown et al., 1984), estimulação de atividades reforçadoras e manutenção de ganhos com o relaxamento (Lewinsohn, 1977, apud Brown et al., 1984), resolução de problemas (McLean & Hakstian, 1979, apud Brown, 1984) entre outras formas;

5) Controle da depressão modelos de prevenção à recaída, ou seja, promovendo a manutenção da recuperação sintomatológica adquirida em intervenção medicamentosa, p.ex. (Beck et al., 1999);

6) Instrumentos de identificação da depressão: Inventário de Beck (BDI), Escala de atitudes disfuncionais (DAS), Questionário de pensamentos automáticos (ATQ) (Free et al., 1998), escala de desesperança de Beck.

As conclusões mais geralmente aceitas são as de que uma combinação de Terapia Cognitiva e medicação antidepressiva parecem ser melhor que uma das alternativas isoladamente, que são comparáveis e melhor do que placebo ou o controle de tratamento

mínimo. (Calvacante, 1997) Há pesquisas na psicologia e psiquiatria que apontam a Terapia Comportamental e Cognitiva como tão efetiva quanto à medicação no tratamento da depressão, mesmo severa. (Antonuccio et al., 1995, apud Calvacante, 1997).

Uma das graves restrições ao uso exclusivo da sintomatologia depressiva é sua ênfase topográfica comportamental em detrimento das relações de contingências. Há quase sempre uma valorização, no tratamento da depressão, nos processos biológicos e cognitivos, em detrimento das relações ambiente-comportamento.

Os códigos de doença que norteiam a classificação e diagnóstico da depressão mantém esta visão topográfica.

*“Basicamente, argumenta-se que no âmbito de uma perspectiva analítico-comportamental a depressão deve ser entendida como um conjunto complexo de comportamentos; um padrão de interação com o ambiente. Por essa ótica, não há como compreender o comportamento depressivo sem recorrer a uma análise funcional do mesmo em relação ao contexto particular no qual ocorre”. (Calvacante, 1997)*

Cavalcante (1997) aponta que diante dos sinais de uma provável patologia, neste caso a depressão, uma reação típica dos indivíduos é tentar reprimir ou controlar experiências privadas. Para o behaviorismo radical (Moore, 1995, apud Calvacante, 1997) fenômenos internos ou privados não modulam, necessariamente todas as formas de atividade manifesta em dado comportamento ou repertório e se o assim fizer, isto é, quando desempenham um papel funcional devem ser compreendidos frente à história passada de exposição do indivíduo a certas condições de reforçamentos.

*“Para o behaviorismo radical, é nas relações com o ambiente externo que devem ser buscadas as explicações para o comportamento, que seria o produto de três tipos de seleção: a seleção natural (ou filogênese), o condicionamento operante (ou ontogênese) e evolução das contingências sociais do comportamento (cultura) que explicam os amplos repertórios característicos da espécie humana. Neste caso a depressão pode ser descrita como um padrão de interação com o ambiente e, como produto de seleção, antes ser compreendida a partir da análise das contingências que a mantém”. (Calvacante, 1997)*

Sharp et al. (1999) apontam que a depressão deve ser compreendida por metáforas:

1. **Metáfora do reforço;**
2. **Metáfora dos déficits de habilidades sociais;**
3. **Metáfora do desamparo aprendido ou desesperança;**
4. **Metáfora da distorção cognitiva;**
5. **Metáfora do auto-manejo e**
6. **Metáfora da modelagem social.**

Os déficits comportamentais particularmente já apontam para a terapêutica da queixa, já que a Terapia Comportamental e Cognitiva consiste em um saber de técnicas de implementação ou modificação de comportamentos.

### **Metáfora do Reforço e conseqüências operantes (fuga e esquiva)**

Um dos principais processos que produzem a baixa freqüência de comportamentos, é a extinção, ou seja a interrupção do reforçamento para respostas que anteriormente produziam reforçadores (prazer, felicidade, premiação, etc.). Na depressão isso pode ser em função de mudanças no ambiente - tais como separação conjugal, perda de emprego, mudança de país, entre outras, mas que sejam significativas para o indivíduo. Sendo assim algumas circunstâncias podem ensinar ao indivíduo que o seu ambiente mudou e que, de uma forma generalizada, reforçamentos não serão mais disponíveis: conseqüentemente ele deixa de emitir respostas frente a novas situações, mesmo sem experimentar diretamente a extinção. Na linguagem popular seria dizer que o indivíduo deixou de jogar ou se deu por derrotado

sem o jogo acabar.

Para Ferster et al. (1978): *“As características mais evidentes de uma pessoa deprimida são a perda de certos tipos de atividade, associada a um aumento de comportamento de esquiva e de fuga, tais como queixas, choro e irritabilidade”*. A redução na frequência de algumas atividades que fazem parte do repertório de uma pessoa deprimida pode até diminuir a eficácia de certos reforçadores intimamente ligados a processos fisiológicos, como comer ou a atividade sexual.

Qualquer tipo de atividade significativa ocorre por razões múltiplas e a depressão pode representar um enfraquecimento de um ou mais fontes de comportamentos. Para Cavalcante (1997) *“o que valida a conclusão de que a depressão pode ser gerada quando o reforçamento por não responder é maior que o reforçamento por responder”*.

Pesquisas conduzidas com animais que respostas “depressivas” frente a introdução da extinção após o aprendizado de um comportamento reforçado, e para muitos autores o processo lento e gradual de extinção provocam dificuldades na identificação da origem da depressão.(Ferster et al., 1978)

O aumento da fuga e esquiva a estímulos aversivos, abaixam as frequências de comportamentos reforçadores e surgem comportamentos supersticiosos ou mandos ampliados, que possivelmente no passado foram eficazes. O mando ampliado corresponde segundo Ferster et al. (1978), a:

Um desempenho semelhante que fez cessar certos estímulos aversivos no passado;

- 1) A presença de um estímulo aversivo cuja influência é insuficiente para produzir um desempenho que possa evitá-lo ou escapar dele;
- 2) A não existência no repertório no momento eficaz.

Essas características disponibilizam um repertório verbal específico no indivíduo com depressão.

Para Ferster et al. (1978) existe a produção de comportamentos que mascaram condições aversivas: silêncio, a inatividade, ou outras condições que produzam ansiedade. Há um questionamento nesta linha observacional. A pessoa deprimida é agitada, perturbada ou se queixa devido à ausência de comportamentos reforçadores, ou se o comportamento motivado pela aversividade impede o comportamento positivamente reforçado? Há estreita relação entre os aspectos aversivos versus positivos na vida do deprimido. Mesmo que os comportamentos sejam evitados pode existir uma deficiência nos comportamentos positivamente reforçadores. Mas a ausência de comportamentos reforçadores positivos ou a sua redução levam a depressão.

O comportamento irracional ou insólito: *“muitos desses atos repetitivos ocorrem devido à ausência de outros elementos no repertório e ainda porque, o reforçamento desses atos simples, qualquer que exista, é mais simples que atividades sociais mais complexas”*.(Ferster et al., 1978)

Esses comportamentos embora não sejam muito significativos em si mesmos, podem ocorrer porque não há possibilidade naquela situação de nenhuma outra atividade adequada e o comportamento irracional torna-se, prepotente em relação a um repertório que é essencialmente nulo.

Está instalada na depressão a passividade pelo controle aversivo ou ausência de controle positivo de seu repertório. Reação ao estímulo aversivo pode ser direta ou indireta. É preciso na depressão descrever a pessoa funcionalmente e não topograficamente, relação entre comportamento e ambiente. Assim:

- 1) Reforço explica o comportamento (origem e causa);

- 2) A manutenção do comportamento reforçamento incerto ou intermitente;
- 3) O controle seletivo de aspectos físicos ou sociais do ambiente sinaliza reforçamento.

Desta forma observa-se no indivíduo:

- a) Visão limitada do mundo;
- b) Uma visão pessimista do mundo;
- c) Visão imutável do mundo.

Promovendo a emissão de comportamentos de:

- a) Controle diferencial do ambiente, muitas vezes representado pela dificuldade de discriminar;
- b) Ausência de repertório adequado derivados dos comportamentos aversivos em relação a outras pessoas;
- c) Desenvolvimento cumulativo de repertório bloqueador.

Tais aspectos comportamentais medidos pela psicologia experimental, análise do comportamento e psicologia comportamental geram diretamente formas de atuação, a exemplo disso, a própria terapia pode garantir num ambiente reservado o aumento de atividade verbal e reforço diferencial.

A exposição do indivíduo a reforçamentos intermitentes reduz a quantidade de comportamentos produzidos; bem como a esquiva de reforçadores que exijam altos índices de respostas comportamentais, ou mesmo esquemas variáveis tem a maior probabilidade de produzirem freqüências baixas de comportamentos que levariam a sintomatologia depressiva.

A inibição de comportamentos que seriam punidos parece constituir um fator potencialmente grave na produção da depressão porque requer a constituição de uma parte considerável de repertório de uma pessoa, que fica comprometida em atividades que não produzem reforçamento positivo.

#### **Metáfora dos déficits de habilidades sociais**

A escassez especificamente na depressão de repertório social adequado tem sido apontada como muito relevante na manutenção patológica. A falta de um repertório alternativo para o reforçamento é possivelmente um grande estímulo para o comportamento depressivo. Quando os reforçadores perdem seu poder, pode ser quanto a seus aspectos sociais destas atividades (Ferster et al., 1978).

#### **Metáfora do desamparo aprendido ou desesperança**

O desamparo aprendido (learned helplessness effect) foi proposto como modelo animal de depressão há quase três décadas (Seligman, 1975). Embora o estudo do desamparo tenha se originado de investigações voltadas para a análise de interações entre contingências respondentes e operantes (Maier, 1989), a partir da sua associação com a depressão ele passou a ser amplamente utilizado como um modelo para o teste de drogas e alterações bioquímicas.

O estudo do desamparo se destaca pela análise da história passada como um evento crítico na determinação do comportamento presente. Na maioria dos estudos com animais, o desamparo tem sido caracterizado pela dificuldade de aprendizagem operante apresentada por sujeitos submetidos previamente a eventos incontrolláveis (não-contingentes). Via de regra, esses eventos correspondem a estímulos aversivos (geralmente choques elétricos) cuja ocorrência independe do comportamento do sujeito. A dificuldade em aprender tem sido avaliada comparando-se o comportamento desses sujeitos frente a contingências operantes (principalmente de fuga ou esquiva) com o comportamento de sujeitos previamente submetidos

a choques controláveis ou a nenhum choque: nessa comparação, maiores latências das respostas de fuga/esquiva, ou a não aprendizagem dessas respostas, caracteriza o desamparo.

Num experimento protótipo, três grupos de animais são colocados individualmente em caixas experimentais idênticas onde permanecem pelo tempo de uma sessão, durante a qual dois deles recebem choques vindos de uma mesma fonte e um terceiro não recebe choques. Da dupla tratada com choques, apenas um animal pode desligá-los emitindo uma resposta previamente selecionada, controlando dessa maneira a duração dos choques para si e para o seu parceiro, para o qual os choques são incontroláveis. Vinte e quatro horas após essa sessão, todos os animais são submetidos a uma contingência de fuga ou esquiva. O resultado padrão é uma maior latência de fuga/esquiva apresentada pelos animais submetidos aos choques incontroláveis, sendo que tanto os animais expostos aos choques controláveis como os não submetidos aos choques não diferem entre si.

Com esses resultados, a incontrolabilidade dos choques, e não os choques em si, vem sendo apresentada como a variável crítica para a ocorrência desse efeito comportamental uma vez que não se observa a dificuldade de aprendizagem pelos sujeitos expostos aos choques controláveis (Overmier & Seligman, 1967; Seligman & Maier, 1967, apud Hunziker, 1993 e 1997).

Segundo alguns autores, os indivíduos submetidos à incontrolabilidade aprendem que os eventos do meio ocorrem independentemente do seu comportamento e essa aprendizagem interfere na aprendizagem oposta de fuga ou esquiva (Maier & Seligman, 1976; Seligman, Maier & Solomon, 1971, apud Hunziker, 1993 e 1997). Essa hipótese recebeu o mesmo nome do fenômeno que se propõe a explicar (learned helplessness hypothesis) o que gera muitas vezes confusão entre o fenômeno e a sua explicação. Apesar dessa mistura indesejável, esta é a única formulação teórica que analisa o desamparo diretamente como um processo de aprendizagem associativa e não como subproduto de outros processos, análise essa que tem se revelado mais consistente com os dados experimentais que a proposta de inatividade (Maier & Seligman, 1976; Maier, 1989, apud Hunziker, 1993 e 1997).

O desamparo aprendido foi inicialmente sugerido como modelo de depressão reativa ou exógena devido às semelhanças de sintomatologia, etiologia, cura e prevenção (Seligman, 1975 apud Hunziker, 1993 e 1997).

Zeiss (1979, apud Brown et al., 1984) determina que para o sucesso breve da Terapia Comportamental e Cognitiva para a depressão este deve:

1. A terapia precisa começar com um planejamento racional, o qual deve fornecer estrutura que irão guiar o paciente para acreditar que este pode controlar seu próprio comportamento, e assim a depressão;
2. A terapia deverá prover treinando habilidades as quais o paciente poderá sentir efetividade em lidar com o seu dia-a-dia;

Se esse conjunto de resultados sugere para alguns a validação do desamparo aprendido como modelo de depressão, para outros ele é insuficiente. Segundo Willner (1986, 1991 apud Hunziker, 1993 e 1997), a proposta do desamparo como modelo de depressão baseia-se em três asserções que são controvertidas:

- 1) Os animais submetidos aos eventos aversivos incontroláveis tornam-se desamparados em função da aprendizagem de independência entre seu comportamento e os eventos do meio;
- 2) Pessoas submetidas a incontrolabilidade desenvolvem uma aprendizagem similar, tornando-se desamparadas;

3) O desamparo (ou a crença na independência entre comportamento e eventos do meio) é o sintoma central da depressão em humanos.

Assim este paradigma direciona a aspectos possíveis na depressão com estudo experimental corroborando a condições encontradas frente aos comportamentos na depressão e seus subprodutos.

### **Metáfora da distorção cognitiva**

“O modelo cognitivo de depressão de Beck é baseado na metáfora de distorção cognitiva. O modelo assume que as pessoas fazem interpretações negativas dos fatos da vida pelo fato de empregarem esquemas tendenciosos e negativos como filtros interpretativos para a compreensão dos eventos. A pessoa depressiva seletivamente espera informações negativas, arbitrariamente assume a culpa por eventos negativos, aumenta o que é negativo, minimiza o que é positivo, confere rótulos negativos aos eventos e então reage emocionalmente mais aos rótulos dos que aos eventos. A própria depressão é vista como um fenômeno cognitivo que evolue a tríade cognitiva de visão negativa do Self, visão negativa do mundo e visão negativa do futuro.”(Sharp et al., 1999)

Surgem pensamentos disfuncionais que dificultam uma leitura objetiva da realidade, que gera um círculo vicioso entre os pensamentos, sentimentos auto-referentes negativista e o não agir.

Para Beck (1979/1997):

*“A tríade cognitiva consiste em três padrões cognitivos maiores que induzem o paciente a considerar a si mesmo, seu futuro e suas experiências de uma forma idiossincrática. O primeiro componente da tríade gira em torno da visão negativa que o paciente tem de si mesmo,. Ele vê a si próprio como defeituoso, inadequado, doente ou carente. Ele tende a atribuir suas experiências desagradáveis a um defeito psicológico, moral ou físico em si mesmo. Em sua visão, o paciente acredita que devido aos seus supostos defeitos ele é indesejável e sem valor.(...) Finalmente, ele acredita que carece dos atributos que ele considera essenciais para alcançar felicidade e satisfação.(...)”*

*O segundo componente da tríade cognitiva consiste na tendência de a pessoa deprimida interpretar suas experiências atuais de uma forma negativa. Ele vê o mundo com fazendo exigências exorbitantes sobre ele e/ou apresentando obstáculos insuperáveis para atingir suas metas de vida.(...)”*

*O terceiro componente da tríade cognitiva consiste em uma visão negativa do futuro. Quando a pessoa deprimida faz projeções a longo prazo, ela antecipa que seu sofrimento ou dificuldades atuais continuarão indefinidamente” (...)*

*Os sintomas motivacionais (p.ex., paralisia da vontade, desejos de fuga e evitação, etc.) podem ser explicados com consequência de crenças negativas.”*

### **Metáfora do auto-manejo**

No modelo cognitivo e comportamental da depressão (Fennel, 1997) um círculo vicioso se estabelece frente o indivíduo com depressão e seus comportamentos. Basicamente o estabelecimento de crenças irracionais, por si só, não garantiriam que se instalasse um quadro de depressão, mas incidentes críticos que se enredam no próprio sistemas de crenças desta pessoa.

A exemplo disso, vamos supor que o valor pessoal de um dado indivíduo em sua crença definisse que para ser feliz, o mesmo deveria ser amado. Ao fim de um relacionamento, o que ocorre com freqüência nas relações afetivas e é uma de suas possibilidades, este indivíduo desenvolveria uma depressão.

Comportamentos de esquiva para evitar o encontro social com a pessoa responsável

pela “rejeição”, fariam com este indivíduo tivesse pensamentos de menos valia conceituando-se com um covarde, que este tem dificuldades em encontrar alguém, de manter um relacionamento; entrando, finalmente, numa rede de pensamentos e emoções que fazem sua manutenção da depressão.

### **Metáfora da modelagem social**

O comportamento de sofrimento é algumas vezes reforçado positivamente pelo aumento de simpatia e atenção social do processo de extinção (modelo de jorros experimentais, reações emocionais ou comportamentos insólitos/disfuncionais) permeiam a longo prazo e quando perdem a freqüência, através da evitação das pessoas pela impotência de seus atos para a diminuição dos sintomas depressivos ou aversividade destes aos mesmos, aumentam a depressão do indivíduo e aumentando ao mesmos discriminações sobre o ambiente e as pessoas de forma inadequada(Cavalcante, 1997; Ferster, 1978)

### **Conclusões**

Muitas foram às contribuições da Terapia Comportamental e Cognitiva , p.ex.: a análise funcional e análise do comportamento emitido pelo indivíduo com depressão, tratamento em curto espaço de tempo, formas de diagnóstico e tratamento sistemáticos.

Os aspectos multifatoriais da depressão para o seu surgimento e manutenção foram cada um ao seu tempo, ressaltados em pesquisas que produzissem um saber terapêutico pela abordagem comportamental e cognitiva, atendendo principalmente a seus aspectos quanto para o surgimento e manutenção.

Com os avanços da bioquímica e psicofarmacologia, que diminuem o sofrimento do paciente depressivo num período espetacular, com um número cada vez menor de efeitos colaterais indesejáveis, é questionável estabelecer tratamentos frente a transtornos depressivos sem se voltar para as informações adquiridas pela Terapia Comportamental e Cognitiva.

Mesmo porque hoje enfrentar a depressão não se trata apenas de diminuir sua sintomatologia incapacitante e perturbadora, a qual é facilmente controlada, mas obter uma reestruturação na vida dos indivíduos acometidos por esta, já que estudos prospectivos aqui descritos, mostraram que esta não se resume a um único acontecimento, onde além da seu retorno, sempre existe a possibilidade de um desfecho trágico.

Assim a sistematização resumida de informações sobre a Terapia Comportamental e Cognitiva frente à depressão, acima descritas, tem um papel importante na aquisição de novos comportamentos e na compreensão do indivíduo sobre sua doença propiciando o autocontrole como uma forma de atingir sua qualidade de vida, não podendo mais, (tais informações) serem ignoradas.

### **Bibliografia**

**Banaco, R.A. (org.)(1997).** Sobre Comportamento e Cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista, Santo André, (SP). ARBytes.

**Beck, A.; Young, J. E Weinberger, A. (1999)** Depressão. Em D.H. Barlow, (org.) Manual clínico dos transtornos psicológicos, capítulo 06, 273-312. Porto Alegre (RS). Artes Médicas.

**Beck, A.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. e Emery, G.(1979/1997)** Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre (RS). Artes Médicas.

**Brown, R. A. & Lewinsohn, P.M. (1984)** A psychoeducational approach to the treatment o depression: comparison of group, individual, and minimal contact procedures. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 52, n.º 05, pages 774-783.

**Clark, D.A. (1997)** Twenty years of cognitive assesment: current status and futures directions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, volume 65, n.º 06.

**Dattilio, F.M. e Padesky, C.A. (1995)** Terapia cognitiva com casais. Porto Alegre (RS). Artes Médicas.

- Dattilio, F.M. e Freeman, A. (1995)** Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises tratamentos de problemas clínicos. (Vol. I) Campinas (SP). Editorial Psy II.
- DSM-IV (1994)** Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais Artes Médicas, versão FolioVIEWS®(1995)
- Fennel, M.J.V.(1997)**. Depressão. Em Hawton, K.; Salkovskis, P.M.; Kirk, J. e Clark, D.M.. Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos um guia prático. São Paulo (SP). Martins Fontes.
- Ferster, C.B., Culbertson, S., Perrot Boren, M.C.(1978)**. Princípios do comportamento. São Paulo: Hucitec.
- Free, M. L. et al. (1998)**. Biological and psychological in recovery from depression during cognitiva therapy. Journal of behavior Therapy and experimental Psychiatry, n.º 29 pages 213-226.
- Graeff, F.G., Brandão, M.L. (eds.)(1993)**. Neurobiologia das doenças mentais. São Paulo(SP), Editora Lemos.
- Hunziker, M. H. L. H.(1993)** “Desamparo aprendido: um modelo animal de depressão?” Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília(DF), Vol 9, n.3, pp. 487-498
- ITO, LM. (1998)**.Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos. Porto Alegre(RS): Artes Médicas.
- Lima, M. V. de O.(1980)** “Psicoterapia comportamental infantil”. Em B. Range e H. Lettner(org.) Manual de terapia comportamental. São Paulo(SP) Editora Manole.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL da SAÚDE (1993)**. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, (CID-10), Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas (capítulo V). Porto Alegre (RS): Artes Médicas.
- Piccoloto, N.; Wainer, R.; Benvegnú, L.; Juruena, M. (2000)** Curso e prognóstico da depressão - Revisão comparativa entre os transtornos do humor” Rev. Psiquiatria clínica Vol.27, n.º 2, março/abril.
- Rangé, B. (1995)** Psicoterapia comportamental e cognitiva. Volumes I (Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas) e II (Transtornos Psiquiátricos). Campinas (SP). Editorial Psy II.
- Reinecke, M.A.; Dattilio, F.M. e Freeman, A.(1999)** Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes. Porto Alegre (RS). Artes Médicas.
- Seidlitz, L. & Diener, Ed (1993)** Memory for positive versus negative life events: theories for the differences between happy and unhappy persons. Journal of Personality ad Social Psychology, vol. 64, n.º 04, 654-664.
- Silveira, D.X. da et al (1998)** “Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens” Vol. 25, n.º 05 setembro.