



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACS
CURSO: PSICOLOGIA

DEPRESSÃO INFANTIL: UMA DISCUSSÃO DO TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

LIZZIANE PAZ COSTA

Brasília
Novembro/2003

LIZZIANE PAZ COSTA

DEPRESSÃO INFANTIL: UMA DISCUSSÃO DO TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da saúde - FACS, do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, sob orientação do professor Danilo Assis Pereira

Brasília/DF, Novembro de 2003

Agradeço aos meus pais e ao professor Danilo pelas orientações, à minha irmã Viviane pelas críticas e à todos aqueles que de alguma forma me auxiliaram no desenvolvimento desse trabalho.

Sumário

Resumo	
1. Introdução.....	5
1.1. Teorias fisiológicas da depressão.....	5
1.2. Teorias behavioristas da depressão.....	12
1.3. Teorias cognitivas da depressão.....	16
Objetivos.....	20
2. Metodologia.....	21
3. Resultados.....	21
4. Discussão.....	30
5. Conclusão.....	35
6. Referências Bibliográficas.....	36

Resumo

O presente trabalho vem apresentar os pressupostos das teorias fisiológica, behaviorista e cognitiva sobre a depressão infantil, bem como analisar o tratamento comportamental da criança depressiva, tendo como base essas teorias. Para isso, foram apresentadas as bases históricas da depressão, as principais explicações desse transtorno na criança e uma entrevista com uma psicóloga que atua na clínica comportamental infantil. A teoria fisiológica apresenta a importância dos fatores orgânicos na predisposição do indivíduo à depressão, a ação dos antidepressivos no controle desse transtorno, e uma listagem de alguns sintomas que caracterizam os diferentes transtornos depressivos. A teoria behaviorista explica a influência do reforçamento, da extinção e da punição na causa da depressão. Já a teoria cognitiva expõe a importância das interpretações no desenvolvimento da depressão no indivíduo. Posteriormente, são discutidas as técnicas e estratégias do behaviorismo na atuação clínica com crianças depressivas. Por fim, a partir da análise da entrevista, conclui-se que a maioria das técnicas comportamentais, no tratamento de crianças depressivas, é coerente com as teorias behavioristas, cognitivas e com as teorias fisiológicas.

Palavras-Chave: depressão infantil; teorias fisiológicas, behavioristas e cognitivas; tratamento comportamental.

Abstract

This paper goes to show the presupposed the physiological, behavioral and cognitive theories for infantile depression, and to analyze the behavioral treatment for depressive child. So, was presented the history of the depression, the principals explications of this disorder in the child and a interview with a psychologist that actuates in the infantile behavioral clinical. The physiological theory shows the importance the factors organics in the individual predisposition for depression, the action of the antidepressants in the control this disorder, and a enumeration of some symptoms that characterize the diferents depressives disorders. The behavioral theory to explain the influence of the reinforcement, the extinction and the punishment in the cause of the depression. Already the cognitive theory to expose the importance of the interpretations on the development of the individual depression. After, are discusses the techniques and strategies of the behavioral in the clinical actuation with depressive children. Finally, through of the interview analysis, the conclusion is that the majority of the behavioral techniques, in the treatment of depressive children, is coherence with the behavioral, cognitive and psychological theory.

Key-Words: infantile depression; physiological, behavioral, cognitive theories; behavioral treatment.

Os sintomas depressivos já vem sendo observados desde o século V a.C, quando Hipócrates criou o termo melancolia, que significa “bílis negra”. A melancolia seria um excesso de bílis negra, invadindo o sangue, que agiria sobre o corpo e a alma do doente para criar um estado caracterizado pela tristeza e pelo abatimento (Widlöcher, 1995). No século II d.C Areteu de Capadócia fez uma descrição precisa da melancolia: “ uma afecção sem febre, na qual o espírito triste fica sempre fixado numa mesma idéia e a ela se agarra obstinadamente”. Galeno sublinhou que a “melancolia é uma doença do espírito, sem febre, com tristeza profunda e distanciamento face às coisas mais queridas. É uma aflição desmedida” (Widlöcher, 1995, p.19).

Já o termo “depressão” é relativamente recente, tendo sido introduzido no debate sobre a melancolia em contextos médicos somente no século XVIII, passando a ser mais utilizado pelos psicopatologistas no século XIX. Esse termo veio do latim *de* (baixar) e *premere* (pressionar), isto é, *deprimere* que significa “pressão baixa” (Rodrigues, 2000).

1.1. Teorias fisiológicas da depressão

Atualmente a depressão possui muitas denominações que dizem respeito aos seus fatores ambientais e orgânicos. Do ponto de vista orgânico, muitos pesquisadores acreditam que quantidades insuficientes de neurotransmissores, principalmente a noradrenalina e a serotonina, responsáveis pelo prazer, seriam as causadoras dos transtornos de humor e portanto da depressão (Holmes, 1997; Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Pesquisas com drogas, que sabidamente aumentam ou reduzem os níveis de noradrenalina, mostraram que ao serem injetadas aumentam os níveis de noradrenalina em indivíduos deprimidos, conduzindo estes níveis ao normal e reduzindo a depressão, enquanto que um aumento destas drogas em indivíduos não-deprimidos, que já apresentam níveis normais de noradrenalina, resulta em níveis excessivamente altos e provoca mania (Holmes, 1997). Além disto respostas clínicas efetivas aos antidepressivos noradrenérgicos também comprovam a participação da noradrenalina no sintoma da depressão (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Vários dados indicam que a serotonina também está envolvida na fisiopatologia da depressão. A fluoxetina, um inibidor seletivo de recaptação da serotonina (ISRS), por exemplo, tem um grande efeito sobre o tratamento da depressão; as baixas concentrações de sítios plaquetários de captação de serotonina em pacientes suicidas, e respostas neuroendócrinas anormais (prolactina e hormônio do crescimento) relacionados com agentes serotonérgicos, também comprovam o envolvimento da serotonina (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Alterações nos níveis da serotonina e de noradrenalina em pessoas depressivas podem explicar tanto as alterações de humor como também muitos dos outros sintomas que estão associados à depressão. Visto que esses neurotransmissores desempenham um papel crucial no funcionamento do hipotálamo, que controla o sono, o apetite, o sexo e comportamento motor (Holmes, 1997). E quanto aos sintomas ansiosos presentes em indivíduos depressivos estes podem estar associados a níveis baixos do neurotransmissor GABA (ácido γ -aminobutírico) essencial para a estimulação dos neurônios inibidores que reduzem a atividade dos neurônios responsáveis pela ansiedade (Holmes, 1997).

Alguns estudiosos acreditam que fatores genéticos contribuem para os baixos níveis de serotonina e noradrenalina que podem levar à depressão, apesar de ainda não se saber como isso ocorre (Holmes, 1997). Estudos com gêmeos, por exemplo, concluíram que a taxa de concordância para depressão em gêmeos monozigóticos é de duas a três vezes maior do que nos dizigóticos. O que reforça a hipótese de haver um componente genético neste transtorno (Lafer & Filho, 1999). Os estudos com indivíduos adotados também apresentam dados consistentes com a presença de um componente genético na determinação da depressão (Lafer & Filho, 1999). Esses estudos descobriram que “os filhos biológicos de pais afetados permanecem em risco aumentado de um transtorno de humor, mesmo se forem criados em famílias adotivas não afetadas” (Kaplan, Sadock & Grebb 2003, p. 499). E têm mostrado que os pais biológicos de filhos adotivos com transtorno de humor têm uma prevalência desse transtorno semelhante à dos pais de filhos não adotivos com transtorno de humor (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Uma outra hipótese orgânica que poderia estar associada à causa da depressão ou dos transtornos de humor seria a alteração hormonal, uma vez que várias desregulações neuroendócrinas (desregulações nos eixos adrenal, da tireóide e hormônios do crescimento etc.) têm sido encontradas em pacientes com

transtornos de humor (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003). Mas para alguns teóricos é mais provável que essas desregulagens sejam decorrentes das alterações nos neurotransmissores e, portanto, possivelmente, não seriam a causa da depressão (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Para alguns casos de depressão muitas vezes são usados antidepressivos na ajuda ao tratamento. Os antidepressivos são drogas que atuam no Sistema Nervoso, melhorando o humor e, conseqüentemente, melhorando a psicomotricidade de maneira global. Acredita-se que o efeito antidepressivo se dê às custas de um aumento da disponibilidade de neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e da dopamina) no Sistema Nervoso Central (SNC). Este aumento de neurotransmissores na fenda se dá através do bloqueio da recaptação da noradrenalina e da serotonina no neurônio pré-sináptico ou ainda, através da inibição da Monoaminaoxidase (MAO) que é a enzima responsável pela inativação destes neurotransmissores. Será, portanto, nos sistemas noradrenérgico o serotoninérgico do Sistema Límbico o local de ação das drogas antidepressivas (Moreno & Soares, 1999).

Os antidepressivos são divididos em: antidepressivos tricíclicos (ADT), inibidores da monoaminaoxidase (IMAO), antidepressivos inibidores específicos da recaptação da serotonina (ISRS) e os antidepressivos atípicos. O efeito dos antidepressivos inibidores de recaptação da serotonina (por exemplo, citalopram, fluoxetina e paroxetina) parece ser conseqüência do bloqueio seletivo da recaptação da serotonina, elevando os níveis serotoninérgicos na fenda sináptica (Moreno & Soares, 1999).

Os chamados antidepressivos inibidores da monoamina oxidase (tranilcipromina, selegilina e moclobemida) promovem o aumento da disponibilidade da serotonina através da inibição dessa enzima responsável pela degradação desse neurotransmissor intracelular. O local de ação dos antidepressivos tricíclicos (por exemplo, amitriptilina, maprotilina e clomipramina) é no sistema límbico aumentando a noradrenalina e a serotonina na fenda sináptica. Este aumento da disponibilidade dos neurotransmissores na fenda sináptica é conseguido através da inibição na recaptação destas aminas pelos receptores pré-sinápticos (Moreno & Soares, 1999). Alguns dos antidepressivos atípicos (por exemplo, amineptina, fluvoxamina e reboxetina) aumentam a transmissão noradrenérgica, através do antagonismo de receptores α_2 (pré-sinápticos) no sistema nervoso central, ao mesmo tempo em que

modulam a função central da serotonina por interação com os seus receptores, como é o caso da mirtazapina (Moreno & Soares, 1999).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) classifica os transtornos de humor em vários tipos com a finalidade de aumentar a especificidade do diagnóstico, criar grupos mais homogêneos, auxiliar na seleção do tratamento e para melhorar a previsão do prognóstico (APA, 2002). Assim, para o DSM-IV-TR o transtorno de humor é dividido em: Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único; Transtorno Depressivo Maior, Recorrente; Transtorno Distímico; Transtorno Depressivo Sem outra Especificação, Episódio Maníaco, Episódio Misto, Transtorno Bipolar I e II, Episódio Hipomaníaco, Transtorno Ciclotímico, Transtorno de Humor por uma Condição Médica Geral e Transtorno do Humor Induzido por Substância. A seguir, serão descritos resumidamente os sintomas de cada um deles:

- a) *Transtorno Depressivo Maior*, ocorre quando uma pessoa apresenta, pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados pelo menos de quatro sintomas adicionais de depressão (alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio). Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável ao invés de triste. Segundo o DSM-IV, os sintomas básicos de um episódio depressivo maior são os mesmos em adultos, adolescentes e crianças, embora existam alguns sintomas característicos nas faixas etárias. Por exemplo, é comum algumas crianças apresentarem irritabilidade, retraimento social e hipersonia, o que não é comum para os adolescentes e adultos.
- b) *Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único* é caracterizado pela presença de um único Episódio Depressivo Maior.
- c) *Transtorno Depressivo Maior, Recorrente* caracteriza-se pela presença de dois ou mais Episódios Depressivos Maiores e para serem considerados episódios distintos, deve haver um intervalo de pelo menos dois meses consecutivos durante os quais não são satisfeitos os critérios para Episódio Depressivo Maior.

- d) *Transtorno Distímico* caracteriza-se por pelo menos dois anos de humor deprimido na maior parte do tempo, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior. Em crianças, o humor pode ser irritável ao invés de deprimido, e a duração mínima exigida é de apenas um ano. Durante os períodos de humor deprimido, pelo menos dois dos seguintes sintomas adicionais estão presentes: apetite diminuído ou hiperfagia, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa auto-estima, fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões e sentimentos de desesperança). Os indivíduos podem notar a presença proeminente de baixo interesse e de autocrítica, freqüentemente vendo a si mesmos como desinteressantes ou incapazes.
- e) *Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação* é incluído para a codificação de transtornos com características depressivas que não satisfazem os critérios para Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido ou Transtorno de Ajustamento Misto de Ansiedade e Depressão (ou sintomas depressivos acerca dos quais existem informações inadequadas ou contraditórias).
- f) *Episódio Maníaco* é definido por um período distinto, durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável. Este período de humor anormal deve durar pelo menos uma semana. A perturbação do humor deve ser acompanhada por pelo menos três sintomas adicionais de uma lista que inclui auto-estima inflada ou grandiosidade, necessidade de sono diminuída, pressão por falar, fuga de idéias, distraibilidade, maior envolvimento em atividades dirigidas a objetivos ou agitação psicomotora, e envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas.
- g) *Episódio Misto* caracteriza-se por um período de tempo (no mínimo uma semana) durante o qual são satisfeitos os critérios tanto para Episódio Maníaco quanto para Episódio Depressivo Maior, quase todos os dias. O indivíduo experimenta uma rápida alternância do humor (tristeza, irritabilidade, euforia), acompanhada dos sintomas de um Episódio Maníaco e de um Episódio Depressivo Maior. A apresentação sintomática freqüentemente envolve agitação, insônia, desregulação do apetite, aspectos psicóticos e pensamento suicida.

- h) *Transtorno Bipolar I e II* o Transtorno Bipolar I é caracterizado por um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos, geralmente acompanhados por Episódios Depressivos Maiores e o II caracteriza-se por um ou mais Episódios Depressivos Maiores, acompanhado por pelo menos um Episódio Hipomaníaco.
- i) *Episódio Hipomaníaco* é definido como um período distinto, durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração mínima de quatro dias.
- j) *Transtorno Ciclotímico* é uma perturbação crônica e flutuante do humor, envolvendo numerosos períodos de sintomas hipomaníacos e numerosos períodos de sintomas depressivos.
- k) *Transtorno de Humor por uma Condição Médica Geral* é uma perturbação proeminente e persistente do humor, decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.
- l) *Transtorno do Humor Induzido por Substância* é uma perturbação proeminente e persistente do humor, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento, outros tratamentos somáticos para a depressão ou exposição a uma toxina).

A Classificação Internacional de Doenças 10^a edição (CID-10) divide o transtorno de Humor em basicamente: Episódios Depressivos, Transtorno Depressivo Recorrente, Ciclotimia, Distimia, Hipomania, Mania com sintomas psicóticos e sem sintomas psicóticos, e Transtorno Afetivo Bipolar. De forma geral a classificação do CID-10 é parecida com a do DSM-IV-TR, a diferença está em classificar os Transtornos Depressivos, em Episódios Depressivos leve, moderado ou grave e o Transtorno Bipolar I e II em Transtorno Afetivo Bipolar também leve, moderado ou grave.

A diferença nos Episódios Depressivos leves, para os moderados e graves estaria na quantidade de sintomas e na capacidade do indivíduo de desempenhar as atividades rotineiras (WHOG, 1993). Assim, o indivíduo com Episódio Depressivo leve, por exemplo, apresentaria dois ou três sintomas dentre uma lista (rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade, alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, problemas do sono, diminuição do apetite, da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de

culpabilidade e ou de indignidade) e seria capaz de desempenhar a maior parte das atividades rotineiras, apesar de sofrer com a presença destes sintomas. O indivíduo com Episódio Depressivo moderado, apresentaria quatro ou mais sintomas citados e muita dificuldade de desempenhar bem suas atividades rotineiras. E no indivíduo com Episódio Depressivo grave estaria presente vários sintomas citados, muita angústia e dificilmente desempenharia suas atividades rotineiras (WHOG, 1993).

Quanto ao Transtorno Afetivo Bipolar, a diferença do Transtorno Afetivo Bipolar leve, para o moderado e o grave, estaria no indivíduo apresentar episódios depressivos leve moderado ou grave.

É importante ressaltar que a Classificação Internacional das Doenças lida com os transtornos depressivos de forma idêntica em todos os grupos etários.

1.2. Teorias behavioristas da depressão

Para o behaviorismo todo comportamento normal ou anormal é aprendido. Os processos básicos de aprendizagem são o condicionamento respondente e o condicionamento operante. O condicionamento operante ocorre quando uma resposta é seguida por uma gratificação (reforço), de modo que no futuro o indivíduo tenderá mais a usar a resposta para obter a recompensa. Quando um comportamento se torna mais provável porque produziu um estímulo, diz-se que o comportamento foi reforçado e chama-se o estímulo de reforçador, já o processo pelo qual os reforçadores afetam o comportamento é chamado de reforçamento (o efeito de tornar o comportamento menos provável seria a punição). Quando o comportamento produz um estímulo, o reforçamento é chamado de reforçamento positivo, e quando remove um estímulo, ele é chamado de reforçamento negativo (Catania, 1999).

O condicionamento respondente ocorre quando um estímulo que induz uma resposta particular é consistentemente emparelhado com um estímulo neutro que não induz a resposta (por exemplo, uma criança que foi constantemente abusada sexualmente pelo vizinho, passa a apresentar batimento cardíaco acelerado, irritabilidade, angústia e sudorese toda vez que algum homem chega perto dela) (Catania, 1999; Baum, 1996).

Ambos os condicionamentos podem ser eliminados por meio do processo de extinção. No condicionamento operante a extinção ocorre quando um comportamento, repetidamente eliciado, não mais resulta em gratificação (reforço). E a extinção do condicionamento clássico ocorre quando o estímulo condicionado é eliciado repetidamente sem ser combinado com o estímulo não-condicionado (por exemplo, quando uma pessoa que foi abusada sexualmente quando criança entra em contato com vários homens ao longo da vida e não sofre abuso (Catania, 1999; Baum, 1996).

Então, com base nas teorias behavioristas de aprendizagem, alguns teóricos postulam que a depressão está relacionada com o reforçamento. Ferster, 1973 citado em Lettner, 1988 afirma que é comum o indivíduo deprimido apresentar uma frequência decrescente de comportamento positivamente reforçado (por exemplo, uma criança que saia todos os dias para brincar com os amigos vai aos poucos deixando de sair).

E, a explicação para a freqüência decrescente do comportamento seria que esta é decorrente da escassez relativa de reforçamento. Isto, por sua vez, poderia ser causado por um repertório comportamental inadequado (por exemplo, a criança não saber brincar como os outros) considerado como relevante para o início e manutenção da depressão (Cavalcante, 1997). Becker & Heimberg, 1985 citados em Caballo, 2003 sugerem que o comportamento social inadequado pode ser decorrente de vários fatores, como a exposição insuficiente a modelos habilidosos de contato interpessoal, a aprendizagem de comportamentos interpessoais mal-adaptativos (por exemplo, o pai ensina que o filho deve sempre bater ou brigar quando quiser conseguir algo), oportunidades insuficientes para praticar hábitos interpessoais importantes (por exemplo, a criança só vive dentro de casa), a diminuição progressiva das habilidades comportamentais específicas devido à falta de utilização ou o fracasso em reconhecer os sinais ambientais para comportamentos específicos. Ferster, 1973 citado em Lettner, 1988 considera que falhas nas interações entre a mãe e a criança (por exemplo, a criança chora para que a mãe brinque com ela e a mãe ignora) poderiam resultar na falta de desenvolvimento perceptual. O que não permitiria o estabelecimento de adequados meios de interação com outras pessoas. Matos, 1977 citado em Falcone, 2000, p. 63 fala que o “contato com os pais constitui o principal contexto em que a criança poderá aprender habilidades e valores necessários a uma boa interação social. Posteriormente, na escola, a criança irá avaliar as próprias habilidades”.

Um outro fator relevante para a compreensão do comportamento depressivo, seria o efeito denominado, abulia. Este efeito é proveniente de esquemas de reforçamento (determinação das contingências de que depende o reforçamento) em que uma grande quantidade de comportamento é exigida para produzir uma mudança no ambiente (por exemplo, uma criança só receberá atenção, carinho ou elogio dos pais caso ela apresente um boletim com todas as notas altas). Como é grande a quantidade de comportamento exigida, estes esquemas são bastante susceptíveis a interrupções e, portanto, podem enfraquecer o comportamento (Lettner, 1988).

Alguns teóricos acreditam que mudanças repentinas no ambiente podem enfraquecer o comportamento, o que levaria a uma perda de reforçamento e, por sua vez, à depressão. Pesquisas com animais demonstraram que há respostas de depressão quando a extinção geral (por exemplo, a morte de uma pessoa

significativa ou a perda de um emprego) é introduzida após uma história de reforçamento. A explicação para o fato de que nem todas as pessoas expostas à extinção geral têm depressão pode está no fato de que essas pessoas seriam capazes de encontrar outras fontes de reforçamento, ao contrário das pessoas depressivas que não apresentam um repertório adequado para obter fontes alternativas de reforçamento (Cavalcante, 1997).

Tal como as mudanças negativas repentinas no ambiente, as mudanças que parecem representar sucesso (por exemplo, transferência de uma criança para uma ótima escola) também podem levar à depressão, pois podem acarretar em uma perda de reforçamento ou uma substituição de esquema variável de reforçamento (por exemplo, antes de ser transferida para um nova escola a criança nem sempre precisava se esforçar para tirar boas notas), o qual mantém uma alta taxa de comportamento, para um esquema que requeira um rendimento elevado e contínuo antes do reforçamento (por exemplo, na nova escola, a criança terá que estudar sempre muito para tirar boas notas) (Rangé, 1995).

Uma das características da depressão é o indivíduo perder a motivação ou o interesse para o que antes lhe era motivador. Para alguns teóricos isso poderia ser explicado pela perda da eficiência do reforçador, o que sugere que operações estabelecedoras ou de supressão (p. ex. privação e saciação de reforço) podem estar envolvidas. Isto porque “operações estabelecedoras aumentam os efeitos de reforçamento de certas conseqüências, aumentam a probabilidade de respostas que têm produzido reforçadores estabelecidos no passado, e aumentam a eficiência de estímulos discriminativos associados aos reforçadores estabelecidos” (Cavalcante, 1997, p. 8). E as operações de supressão teriam o efeito contrário (Lettner, 1988).

Também é comum entre os indivíduos depressivos uma alta taxa de comportamento de fuga e esquiva (choro, reclamação, isolamento, irritabilidade, etc.). Muitos autores consideram que esses comportamentos são mantidos por reforçamento negativo, visto que os comportamentos de fuga e esquiva serviriam para reduzir a probabilidade de estimulação aversiva provenientes de outras pessoas (por exemplo, uma criança que não gosta de ir para casa da tia poderia apresentar choro, agressividade toda vez antes de sair, o que provavelmente levaria os pais à não mais convidarem o filho para visitar a tia). É importante ressaltar que embora os comportamentos de fuga e esquiva sejam inicialmente reforçadores para o indivíduo, eles podem exacerbar a depressão, pois com o tempo esses

comportamentos tornam-se desagradáveis para as pessoas próximas ao depressivo. E, por isso, o indivíduo pode passar a ser evitado o que provocaria uma remoção da fonte de reforçamento positivo para a pessoa depressiva (Cavalcante, 1997). Para Lettner (1988), a depressão também pode ser entendida como conseqüência de ansiedade intensa ou prolongada resultante de estímulos aversivos, ou melhor, de uma história de punições prolongadas e inevitáveis (por exemplo, abuso físico e/ou sexual, pais críticos e exigentes, etc.).

A influência das histórias de punição também aparece no modelo de desamparo aprendido, proposto como modelo animal de depressão e utilizado por alguns estudiosos para explicar a depressão em Seres Humanos. Nos estudos com animais, o desamparo tem sido caracterizado pela dificuldade de aprendizagem, principalmente de comportamentos de fuga e esquiva, apresentados por animais submetidos previamente a eventos incontroláveis, ou seja, que independem do seu comportamento (por exemplo, choque elétrico após comportamentos aleatórios) (Hunziker, 1993). Assim os animais aprendem que os eventos do meio são independentes de seu comportamento o que levaria a conclusão de que toda ação é inútil o que, por sua vez, interferiria na aprendizagem de fuga e esquiva diante de um estímulo aversivo e como conseqüência o indivíduo estaria mais susceptível a punições (Cavalcante, 1988).

1.3. Teoria cognitiva da depressão

A psicologia cognitiva tem suas origens em correntes teóricas. Em 1890, William James estabeleceu uma distinção entre memória primária e a memória secundária. E esta distinção foi retomada 70 anos mais tarde quando os psicólogos cognitivos começaram a estudar de forma sistemática a memória de curto e longo prazo. Em 1932, behavioristas argumentaram que as habilidades dos ratos para percorrer rapidamente os labirintos poderiam ser explicadas ao presumir que eles aprendiam a associar os estímulos do labirinto com determinadas reações. Mas Tolman, nesse mesmo ano, descobriu que na verdade, os ratos não tinham aprendido reações motoras específicas, mas formado um “mapa cognitivo” ou uma representação interna do labirinto, o que foi um grande passo em direção à psicologia cognitiva. Mas foi apenas durante os anos 50 que a psicologia cognitiva propriamente dita decolou. Nessa época várias linhas de pensamento conspiraram para derrubar as ortodoxias predominantes, surgindo como consequência a psicologia cognitiva. Existe um certo consenso que a psicologia cognitiva surgiu realmente em 1956 quando ocorreram várias reuniões e estudos cruciais foram publicados (Eysenck & Keane, 1994).

Já a terapia cognitiva historicamente é oriunda de correntes filosóficas e religiões antigas, como: o estoicismo grego, taoísmo e budismo que postulavam que os homens não eram perturbados pelas coisas, mas sim pela percepção que tinham delas. Mas, o grande desenvolvimento da terapia cognitiva ocorreu entre os anos de 1963 e 1979, quando Aaron Beck e seus colaboradores, utilizando-se de observações clínicas e experimentos, formularam o modelo cognitivo para a depressão (Filho e cols, 1992).

De modo geral, a teoria cognitiva se fundamenta na idéia central de que o afeto e o comportamento de um indivíduo são, em grande parte, determinados pelo modo como o indivíduo estrutura o mundo (Beck e cols, 1997). Assim, não é uma situação por si só que determina o que as pessoas sentem, mas o modo como elas interpretam a situação (Beck, 1997). As interpretações que um indivíduo faz das experiências e do mundo se estrutura progressivamente durante o desenvolvimento do indivíduo formando nele crenças ou esquemas. Estes orientam, organizam e

selecionam as novas interpretações do indivíduo e ajudam a estabelecer critérios de avaliação de eficácia ou adequação de sua ação no mundo (Rangé, 1992).

O modelo cognitivo da depressão envolve três pressupostos conceituais: a tríade cognitiva, esquemas e erros cognitivos (ou processamento de informações falho). A tríade cognitiva compreende um conjunto de três padrões cognitivos negativos que induzem o indivíduo depressivo a considerar a si mesmo, suas experiências e seu futuro de uma forma indiossincrática (Beck e cols, 1997; Rangé, 1992).

O primeiro componente da tríade cognitiva consiste na visão negativista que o depressivo tem de si mesmo. Por exemplo, uma criança percebe-se como inadequada, feia, errada, sem valor, fracassada e tende a atribuir suas experiências desagradáveis a um defeito psicológico, moral ou físico, nela mesma. E por isso, entende que não poderá ser valorizada ou amada por ninguém. Enfim, o depressivo acredita que carece dos atributos considerados indispensáveis, por ele para alcançar felicidade e satisfação. O segundo componente da tríade cognitiva refere-se a uma visão negativa do mundo à sua volta. O depressivo percebe o mundo como algo que faz exigências exorbitantes sobre ele e que apresenta obstáculos insuperáveis na sua vida. Assim, o mundo é encarado como incapaz de lhe proporcionar experiências positivas. E, o terceiro componente da tríade corresponde uma visão negativa do futuro. O depressivo faz antecipações de que as dificuldades e sofrimentos presentes continuarão indefinidamente e que seus esforços para alcançar objetivos (reforços) serão inevitavelmente fracassados (Beck e cols, 1997; Rangé, 1992).

Um segundo pressuposto conceitual importante no modelo cognitivo é o conceito de esquemas. Desde os primeiros estágios de desenvolvimento as crianças tentam extrair sentido no seu ambiente, elas precisam organizar a sua experiência de forma coerente para funcionar de forma adaptativa. As interações das pessoas com o mundo e com outras pessoas (interações de reforçamento, punições e extinção) conduzem a determinados entendimentos ou aprendizagens, o que leva as pessoas a desenvolverem crenças ou esquemas sobre si mesmas, outras pessoas e seus mundos (Beck, 1997). Os esquemas são formados nos primeiros anos de vida em situações de elevada carga emocional (Caballo, 2003). Em problemas psicopatológicos, como a depressão às interpretações ou os sentidos extraídos das experiências são muitas vezes errôneas, o que leva ao desenvolvimento de

esquemas disfuncionais. Então, “esquemas são espécies de “fórmulas” que uma pessoa tem a seu dispor para lidar com situações regulares de maneira a evitar todo o complexo processamento que existe quando uma situação é nova”(Rangé, 1992, p. 81-82). Enfim, os esquemas ajudam e orientam uma pessoa a selecionar os detalhes relevantes do ambiente e a evocar dados arquivados na memória importantes para sua interpretação (Rangé, 1992).

Quando uma pessoa se defronta com uma circunstância específica, um esquema relacionado à circunstância é ativado. Isso vai determinar o modo com uma pessoa se comporta (por exemplo, uma criança que sempre era comparada com seus irmãos e por isso, desenvolveu um esquema de que ela é incompetente, inferior, diante uma circunstância de comparação à criança poderá se comportar de maneira inferior). Na depressão, as conceituações do depressivo acerca das situações específicas são distorcidas para encaixar nos esquemas disfuncionais existentes (Beck e cols, 1997). Por isso, os esquemas são muitas vezes usados para explicar por que uma pessoa depressiva, apesar de evidências objetivas de fatores positivos em sua vida, mantém suas atitudes desprazerosas e autoderrotivas (Rangé, 1995).

O terceiro pressuposto conceitual no modelo cognitivo da depressão são os erros cognitivos ou processos falhos de informações. Estes mantêm a crença do indivíduo depressivo na validação de seus conceitos negativistas apesar da presença de evidências contraditórias (Beck e cols, 1997). Os processos falhos de informações mais comuns entre os indivíduos depressivos são: a supergeneralização que se refere à conclusão arbitrária que algo que aconteceu uma vez irá acontecer repetidamente; a personalização que é a propensão do indivíduo a relacionar eventos externos a si próprio, quando não há qualquer base para fazê-lo (por exemplo, o irmão tira nota baixa, a criança acredita, sem razão alguma, que foi culpa sua), também é comum a utilização de abstração seletiva que consiste em escolher um detalhe negativo de uma situação, ignorar outras características mais salientes e conceituar a experiência toda com base neste fragmento, e a inferência arbitrária que ocorre quando, arbitrariamente, se chega a conclusões negativas que não são justificadas pelos fatos da situação (por exemplo, quando se assume saber o que o outro está pensando) (Rangé, 1995).

Os processos falhos de informações são resultantes de problemas no modo como percebemos, armazenamos e recuperamos informações. Se um indivíduo

comete erros no que vê, armazena e recorda, ele distorcerá significativamente a percepção do mundo, o que poderá resultar em comportamento inadequado. A teoria mais aceita de como as informações são armazenadas e recuperadas é chamada teoria da rede associativa. De modo geral, esta teoria postula que as memórias individuais estão ligadas em redes e que a ativação de uma memória levará à ativação de outras memórias na mesma rede. Assim, por exemplo, memórias que envolvem eventos desagradáveis (humilhações, rejeições, morte de alguém amado, etc.) podem estar interligadas em uma rede. E, pensar sobre um evento desagradável levará um indivíduo a recordar outros eventos desagradáveis. Desta forma, a estimulação de uma rede, por meio de uma situação negativa, por exemplo, a não atenção dos amigos poderia levar o indivíduo à depressão porque este recordaria muitas experiências negativas (Bower, 1981; Collins & Loftus, 1975; Ingram, 1984 citados em Holmes, 1997).

Também conforme a teoria da rede associativa, memórias e conexões que foram usadas mais recentemente, ou freqüentemente, são ativadas com mais facilidade, tornando-se mais fortes. Por isso, os indivíduos depressivos tendem mais a recordar informações negativas, ou seja, se um indivíduo tem mais memórias negativas que positivas e se elas estabelecem diversas ligações associativas a outras memórias, é muito provável que uma destas memórias negativa será ativada. Isso pode explicar o comportamento do depressivo de geralmente pensar em aspectos negativos quando não está pensando em algo (Bower, 1981; Collins & Loftus, 1975; Ingram, 1984 citados em Holmes, 1997).

Como as pessoas não podem armazenar todas as informações que elas observam do meio, então elas selecionam as mais importantes. O que é importante é definido pela rede ativada naquele momento. Assim, se a rede de eventos negativos de um indivíduo está ativada porque ele está deprimido (ou porque ele está passando por um momento de baixa de reforçamento ou de punições) este tenderá a perceber desconsiderações e ignorar elogios por parte das outras pessoas. Então, devido às suas redes de eventos negativos ativas, os indivíduos tendem a prestar mais atenção a situações negativas ao seu redor. Muitas vezes, esta atenção seletiva pode resultar em profecias auto-realizadoras. Por exemplo, se um indivíduo pensa, erroneamente, que os outros o estão rejeitando, ele poderá passar a evitá-los ou a se comportar de uma maneira hostil em relação a eles, o que traria a rejeição, por parte dos outros, que o indivíduo, incorretamente, pensou está

ocorrendo anteriormente (Bower, 1981; Collins & Loftus, 1975; Ingram, 1984 citados em Holmes, 1997).

O modelo cognitivo da depressão entende que os demais sintomas do transtorno são também consequência da ativação dos padrões negativistas da tríade cognitiva, dos esquemas e dos pensamentos automáticos (Rangé, 1992). Por exemplo, se um indivíduo acredita incorretamente que é um renegado social, ele se sentirá sozinho. Apatia, baixa energia podem ser decorrentes da crença do depressivo de que está condenado ao fracasso em todos os esforços. Ideação suicida pode ser entendida como uma expressão extrema do desejo de escapar do que parecem ser problemas insolúveis ou uma situação intolerável (Beck e cols, 1997).

Em suma, para a teoria cognitiva, os pensamentos negativos não causam a depressão, mas podem predispor indivíduos à depressão quando eles são expostos a situações aversivas (não reforçamento e punições) (Bower, 1981; Collins & Loftus, 1975; Ingram, 1984 citados em Holmes, 1997). Os padrões de pensamentos distorcidos de um indivíduo, desenvolvidos ao longo da sua história de vida, seriam responsáveis por uma depressão latente que na interação com situações aversivas se transformaria em um quadro depressivo. Por exemplo, a partida do melhor amigo pode ativar o conceito ou esquema de perda irreversível desenvolvido após a morte de um dos pais (Lettner, 1988). Então, o conjunto cognitivo negativo não causa, mas pode prolongar a depressão já que pode levar à negatividade cada vez maior que por sua vez pode impedir a percepção dos aspectos positivos da vida, e assim, ocasionar o prolongamento da depressão (Bower, 1981; Collins & Loftus, 1975; Ingram, 1984 citados em Holmes, 1997).

Então, esta monografia pretende abordar os principais tópicos da literatura sobre a depressão infantil, assim como discutir as estratégias utilizadas pelo psicólogo comportamental no tratamento de crianças depressivas.

2. Metodologia

A fim de fazer uma análise crítica do tratamento comportamental da depressão infantil foi realizada uma entrevista gravada e não-estruturada, com uma psicóloga infantil comportamental, com graduação e mestrado em psicologia pela Universidade de Brasília e com dois anos de experiência nessa área.

3. Resultados

1. Como seria o processo terapêutico de uma criança depressiva, desde o diagnóstico até a alta?

R. Normalmente os pais chegam ao consultório, trazendo queixas que são as mais variadas possíveis, e por isso é difícil diagnosticar a depressão, ela vem mascarada por outras queixas. Queixa de dor física, a criança sente dor de cabeça, ela sente dor abdominal ou é uma criança que chora muito, ou é uma criança muita calma, deprimida. Então os pais normalmente chegam no consultório citando esses sintomas. E, muitas vezes tendo esses sintomas, ainda não é depressão. Existem alguns critérios que o DSM-IV coloca para você considerar como sendo depressão infantil, aí os sintomas têm que estar acontecendo num período de seis meses e são vários sintomas e não só um. Então, pode ter acontecido alguma coisa na rotina da criança, algo que modificou a sua rotina e ela está apresentando esses sintomas atualmente, como por exemplo, mudança de escola, morte de um parente, mudança de cidade, alguns fatores importantes que podem estar interferindo no comportamento da criança. O processo diagnóstico demora um pouquinho, você conversa com os pais, conversa com a criança, faz observação do comportamento da criança, às vezes, você precisa chamar outras pessoas, outros adultos significativos que têm contato com a criança, professores, avós, se é uma criança que tem problemas de saúde, você tem que entrar em contato com o médico ou pediatra, que está acompanhando. E, por isso o diagnóstico demora um pouquinho, são necessárias várias sessões.

2. Que tipo de conversa você tem com a criança para levantar o diagnóstico?

R. Com a criança você tem que ter uma preocupação com a linguagem, e principalmente que ela (linguagem) seja condizente com a idade da criança. Se for uma criança muito pequena o seu comportamento verbal não é desenvolvido o suficiente para ela poder falar das variáveis de que o seu comportamento é função. E por isso, é difícil nós conseguirmos esse tipo de análise por meio do comportamento verbal. Então, nós usamos estratégias que normalmente envolvem desenho, uma brincadeira, um jogo, o uso da fantasia. Assim, com a criança a interação é mais não-verbal do que verbal. Por exemplo, com uma criança que nós suspeitamos que esteja depressiva, pois está apresentando um quadro de depressão, nós costumamos utilizar e analisar muito o desenho. A criança depressiva costuma desenhar muito, coisas mórbidas, cemitério, morte, e outras.

3. O desenho é aberto, livre?

R. Nós podemos direcionar o desenho. Para isso precisamos conhecer a história da criança, pois, só com o diagnóstico do DSM-IV, aqueles critérios que falam de humor deprimido, perda ou ganho de peso, não são suficientes para fazermos um delineamento adequado do tratamento. E, por isso, precisamos conhecer a história de vida da criança, fazer uma relação funcional dos comportamentos que estão acontecendo, e verificar o que podem estar mantendo esses comportamentos na história de vida dela. Então, precisamos pedir para a mãe registrar o comportamento da criança em casa, porque além de conhecer o passado é preciso conhecer o comportamento atual também. E, além disso, nós precisamos também estar fazendo um levantamento do histórico familiar. Então, com base nessas conversas que estamos tendo com a mãe e com outros adultos significativos, é que vamos programar o que fazer, se vamos usar uma história em quadrinho, se vamos usar um livro, porque se for um caso, por exemplo, de um ente querido que faleceu a mais de seis meses e a criança está demonstrando esses comportamentos depressivos, aí já podemos pensar que é um caso de depressão. Normalmente uma pessoa não depressiva se recupera em três meses no máximo, nós lembramos, choramos com saudade e tudo, mas

quando é depressão há uma persistência maior dos sintomas, eles ficam prolongados. Então, se sabemos que é algo relacionado à morte de um ente querido, nós programamos um desenho que fale mais ou menos dessa história. Por isso, nós temos que conhecer bem o contexto. Assim, no primeiro contato com a criança é preciso que o ambiente terapêutico seja altamente reforçador para facilitar o contato, a confiança no terapeuta. À medida que vai progredindo o contato com a criança você vai conseguindo chegar mais fundo no problema dela, até chegar num ponto de você conseguir abordar a criança de maneira direta, dependendo da idade é claro. Mas normalmente nós usamos um brinquedo, um desenho, tudo direcionado, nos primeiros contatos pode até ser que seja aberto, livre, mas depois tudo é direcionado. Então, você pode usar massinha de modelar, você pode trazer de sua casa uma seqüência de quadrinhos que a criança vai completar, que já pode ter os balões, e os bonequinhos prontos que a criança vai completar com as falas, ou que já tem as falas e ela vai ter que completar com os bonequinhos. Então você vai direcionando, vai colocar os bonequinhos em situações específicas que a criança já viveu, porque você já conhece a história de vida dela. Além disso, você pode fazer um *role playing*, que é você simular com a criança uma situação onde você pode se colocar no papel da criança, e a criança passa a ser a mãe, o pai, ou um colega. Então, nós fazemos também este tipo de brincadeira, aí falamos “vamos brincar de casinha” e simulamos uma situação, tudo indiretamente. Numa situação, por exemplo, se a criança é muito punida na hora de se alimentar, você pode simular no consultório esta situação para ver qual será a reação da dela. Você pode também ensinar novos repertórios comportamentais para a criança. Acho que no final das contas, qualquer que seja o problema, se é uma criança depressiva, se é uma criança ansiosa, se é neurótica, o ponto principal da clínica comportamental infantil, é ensinar repertórios comportamentais novos e mais adaptados para essa criança. Às vezes, a criança nem tem muitas dificuldades, na grande maioria das vezes, as dificuldades são mais dos pais do que da criança. Por isso, nós precisamos estar atentos ao comportamento dos pais também. Existem casos, principalmente na depressão, que os pais também estão sofrendo de depressão. Então, uma mãe que tem depressão não vai ser capaz de ensinar um comportamento, um repertório comportamental adequado para que a criança enfrente uma situação, do mesmo modo que faria uma mãe que

não é deprimida. E aí também, está a mãe funcionando como modelo porque nós sabemos que a criança aprende muito por modelação. Então, a mãe sendo esse modelo tão presente 24 horas por dia, pode gerar na criança uma depressão por modelação, por imitação e não porque a criança realmente tenha, contextualmente, um determinante da depressão. Nesse caso, o determinante principal seria a modelação, o modelo da mãe. Então, isso é importante ser considerado na terapia.

4. Haveria alguma técnica do tratamento do adulto depressivo, adaptada a psicoterapia infantil?

R. Não. A psicoterapia comportamental infantil precisou importar as técnicas de outras abordagens. Porque no começo quando trabalhávamos com modificação do comportamento... porque existe uma diferença entre modificação do comportamento e a psicoterapia analítico-comportamental. Na modificação do comportamento nós trabalhávamos com reforçadores condicionados, economia de fichas, mas, aí fomos vendo que era mais útil se conseguíssemos trabalhar vários comportamentos ao mesmo tempo, do que selecionar um, colocá-lo sob economia de fichas, modificar o selecionado, e depois que este (selecionado) resolveu, selecionar outro, que aparecia imediatamente, simplesmente porque deixávamos aparecer, e modificar esse outro, e assim sucessivamente. Então, a psicoterapia comportamental infantil passou a buscar meios de trabalhar vários comportamentos simultaneamente, por isso, foi necessário nós buscarmos técnicas, estratégias de outras abordagens, da Gestalt, até da própria psicanálise, quando se trabalha com associação livre. Porque, para nós behavioristas, a associação livre nada mais é que estímulos discriminativos evocando respostas que no passado foram reforçadas. Então, nós trabalhamos com essas técnicas, algumas funcionam com os adultos e outras não, porque o adulto pode usar o comportamento verbal de uma maneira mais encadeada, porque ele tem um repertório comportamental maior. Então, o adulto pode te falar sobre os sentimentos, pode fazer associação entre sentimentos, pensamentos e comportamentos, que a criança ainda precisa aprender. Então, na psicoterapia comportamental infantil, por meio dessas técnicas que importamos de outras abordagens e adaptamos ao nosso linguajar, podemos ensinar a criança a fazer

essa relação entre pensamento, sentimento e comportamento, notar os potenciais emocionais que disparam uma série de comportamentos encadeados e a identificar isto no seu próprio comportamento e no comportamento dos outros. Então, essas técnicas nós usamos, por meio do comportamento verbal com adultos e em crianças técnicas adaptadas.

5. E quanto ao processo de alta, como seria?

R. O processo de alta, dependendo do caso é muito rápido. Porque, se a mãe e a criança são muito solícitas ao tratamento, rapidamente conseguiremos estabelecer um esquema de registro e estabelecer uma relação funcional adequada. Se é um caso de depressão, e conseguimos enxergar isso rapidamente, e estabelecer uma relação funcional, em poucas sessões conseguiremos modificar o comportamento da criança. Agora, o importante é que você tenha uma avaliação inicial bem feita, porque é por meio desta avaliação que você vai avaliar a efetividade da sua intervenção. Porque você programa uma intervenção e tem que estar continuamente avaliando a sua efetividade, se os comportamentos da criança estão realmente modificando, se ela está aumentando o repertório comportamental, se ela está encontrando novas formas de se comportar, está sendo bem sucedida e se para a família isso está sendo interessante. Enfim, nós temos que analisar o que chamamos de satisfação do consumidor, como tem em qualquer supermercado, para qualquer produto, na clínica comportamental infantil nós também consideramos a satisfação do cliente. E, no caso nós precisamos da satisfação de pelo menos duas pessoas: o responsável e a criança, primeiramente a criança, depois o responsável. Então, antes da alta nós fazemos todo esse processo de avaliação da intervenção, durante a intervenção e um acompanhamento após o término ou suspensão do tratamento. Este acompanhamento pode durar dois ou três meses e, depois disso, paramos o atendimento, aí depois de dois ou três meses do atendimento parado, pedimos que a criança volte ao consultório para que possamos fazer a reavaliação. Normalmente nós damos este tempo para criança voltar ao consultório para ela poder ter autonomia, tanto ela quanto os pais, autonomia de utilizar aquelas técnicas que foram ensinadas. Assim, nós avaliamos se estar sendo feito o que foi pedido.

6. Pra você, qual seria a causa principal ou o que mais levaria uma criança a entrar em depressão?
- R. A depressão é muito evidente em crianças que têm problemas de saúde, problemas crônicos, que estão constantemente precisando e usando de medicação, fazendo visitas ao médico, enfim, que estão expostas a uma série de contingências aversivas. Também é muito comum em crianças que têm dificuldades escolares, que têm dificuldades de aprendizagem, que muitas vezes não são detectadas. Por isso a criança passa por muitas situações punitivas e aversivas na escola, e conseqüentemente na família. Isso por que a mãe não aceita que a criança esteja indo mal na escola, então o excesso dessas contingências aversivas, estar muito relacionado à depressão.
7. Qual a principal dificuldade que você encontra na psicoterapia comportamental com crianças depressivas?
- R. Eu acho que o processo mais difícil é você conseguir ensinar a criança a fazer auto-avaliações realistas. Porque às vezes, quando a criança já está a bastante tempo fazendo auto-avaliações negativas sobre si mesma, aí ela fala “eu não sou ninguém”, “minha vida é uma droga”, “eu não consigo”, “eu não dou conta”, é o que chamamos de baixa auto-estima, é muito difícil mudar o seu pensamento, o seu comportamento. Então, a dificuldade maior é você conseguir a construção de auto-avaliações mais realistas.
8. E como fazer isso?
- R. Nós utilizamos técnicas de automonitoramento. Então, ensinamos a criança a registrar seu próprio comportamento, se é uma criança não-verbal ela não conseguirá escrever, então nós montamos esquemas com rostinhos. Rostinho feliz, rostinho triste, aquelas carinhas conhecidas, o *Smile*. Nós usamos os rostinhos com várias expressões diferentes, aí ao longo do dia a criança vai marcando o que ela está sentindo. Nesse momento a mãe também pode nos ajudar, falando se é consistente aquilo que a criança marcou com o momento

que ela passou. Porque às vezes, a criança é muito reforçada por estar triste. E essas contingências nós temos que estar avaliando junto com a mãe. Por exemplo, a criança marca lá na carinha que está triste e a mãe “o meu bem você está triste”, o que é um reforçamento muito poderoso. Então, nós temos que ensinar a criança a fazer auto-avaliações que sejam condizentes com os seus sentimentos. Para isto, nós criamos uma contingência que provavelmente faria qualquer criança feliz. Assim, você dá o questionário com as carinhas para a criança marcar e ela marca triste, aí você vai perguntar “por que você está triste se tem essa, essa e essa condição que a maioria das crianças iriam ficar felizes, você tem certeza que está triste?”. Assim nós vamos modelando esses comportamentos com reforço. E isso leva tempo, porque se a criança não vive essa mesma experiência fora do consultório nós temos que nos esforçar muito mais. Porque imagina ela passa conosco apenas uma horinha do dia dela, o resto das 23 horas ela vive num outro esquema de reforçamento. Então, é difícil fazer esse comportamento mudar, principalmente se é uma criança que já tem arraigado esse comportamento, se ela é reforçada por ficar triste.

9. Por que você acha que a psicoterapia comportamental é a melhor ou a mais adequada no tratamento de crianças depressivas?

R. Eu não sei se a psicoterapia comportamental é a melhor. Eu acho que cada abordagem tem suas vantagens e desvantagens, eu adotei a psicoterapia comportamental, na verdade eu trabalho na linha do behaviorismo radical, muito pela minha forma de ver o mundo, pela maneira como eu fui ensinada, eu acho que traduz as relações do mundo de uma maneira que me reforça. Mas, eu acredito profundamente que diferentes pessoas se darão melhor com diferentes abordagens e a abordagem que é boa é aquela que solucione o seu problema. Assim, se você for procurar a psicoterapia comportamental e ela não resolver o seu problema, então procure outra abordagem. Então, eu não tenho nenhum preconceito e não acho que nenhuma abordagem seja melhor que a outra. Acho que todas prestam a determinados problemas, e isso eu falo de experiência própria. Eu, por exemplo, quando fui procurar terapia para mim, passei por vários terapeutas e hoje a minha terapeuta é Junguiana, eu sou comportamental e a minha psicoterapeuta é Junguiana e não tenho problema nenhum com isso, nem

cheguei a procurar um comportamental. Então, eu acho que não existe uma psicoterapia que seja melhor que outra. Seja para depressão, seja para neurose obsessiva, transtorno de ansiedade, qualquer que seja o problema, todas as psicoterapias dão conta de resolver o problema, algumas de maneira mais rápida para algumas pessoas, outras de maneira mais lenta para algumas outras pessoas.

10. Então, quais seriam as limitações da psicoterapia comportamental infantil?

R. Eu acho que as limitações surgem muitas vezes das dificuldades dos pais aderirem ao tratamento. Acho que quando você consegue a confiança dos pais, você diminui grandemente as dificuldades. Surgem limitações também, por conta das diferentes visões de mundo desses pais. Então, às vezes, você precisa primeiro modelar a maneira dos pais e da própria criança em contar os problemas. Como a psicologia tem muitos termos que estão muito presentes no cotidiano, às vezes a queixa vem e você não consegue identificá-la. Eu acho que é uma limitação da psicologia como um todo, não só da psicoterapia comportamental. É uma limitação, porque é difícil você romper essa coisa da linguagem, de como lidar com esses pais que não sabem o que é reforço, o que é punição, modelagem e contingência.

11. O que você acha da psicoterapia cognitiva ou psicoterapia cognitiva-comportamental no tratamento de crianças?

R. Eu acho perfeita. Eu acho que seja terapia comportamental ou terapia cognitiva-comportamental ambas trabalham questões importantes. A diferença que eu noto da cognitiva para a comportamental é a ênfase que a cognitiva dá ao pensamento. Que é o que o terapeuta comportamental chamaria de auto-regra. Então, as regras que existem no ambiente, ou seja, que são colocadas pela comunidade verbal para o comportamento da criança, podem se tornar auto-regras na medida que a criança repete estas regras pra si mesma. E, o pensamento é um comportamento como outro qualquer. Então, se você modifica as auto-regras e o comportamento está sobre o controle dessas auto-regras, então conseqüentemente você modifica o comportamento também. Então, eu

acho que é uma abordagem igualmente importante dentro da psicologia, igualmente importante dentro da psicoterapia. Eu acho que se ela modificar o comportamento e gerar uma criança mais adaptada, uma família feliz, então ela é fantástica.

12. Você conhece alguma técnica da terapia cognitiva?

R. Eu já li algumas coisas. O que eu mais li foi sobre modificação de auto-regras mesmo. Se a criança pensa “todos os homens são maus”, então você vai trabalhar por meio da fantasia, por meio de histórias, por meio de *role playing*, que existem homens que são maus, existem homens que são bons, que nem sempre os homens maus são maus, em algumas situações eles podem ser bons. Então, existem algumas técnicas, como por exemplo, o registro, que a criança em casa vai registrar quando que o pai dela é bom e quando é mau. Então, você utiliza essa técnica pra modificar o que a criança pensa, e assim modificar o comportamento.

4. Discussão

A presente discussão analisará de modo crítico a terapia comportamental infantil da depressão, retomando alguns conceitos referentes às teorias fisiológicas, behavioristas (comportamental) e cognitivas da depressão.

A partir dos resultados percebe-se que o psicólogo comportamental utiliza a entrevista com os pais como um dos meios para diagnosticar a depressão. Pode-se dizer que esse procedimento de ouvir os pais é coerente, uma vez que, a criança, seja pela pouca experiência de vida ou pelo seu processo cognitivo ainda em desenvolvimento, não aprendeu a discutir e relatar seus, sentimentos, comportamentos e vivências de forma significativa para o processo terapêutico. Também é procedente o psicólogo observar e conversar com a criança para fazer o levantamento do diagnóstico. Isso por que a criança pode apresentar comportamentos inadequados apenas na presença dos pais, ou apresentar certos comportamentos apenas na presença de estranhos, e desta forma, os pais desconheceriam esses comportamentos e, portanto, não os relatariam. Além disso, as interpretações que os pais fazem das situações em que ocorrem os comportamentos da criança podem ser distorcidas.

A entrevista apresentou que uma das dificuldades para diagnosticar a depressão em crianças está na grande variação dos sintomas que elas apresentam. Alguns pais queixam-se de que a criança chora muito, é calma, outros pais, ao contrário, queixam-se de que ela é agressiva, impaciente. Essa variação de sintomas foi muito bem explicada, pela teoria behaviorista, como sendo meios variados de fuga e esquiva decorrentes de aprendizagem por reforçamento negativo. Porém, a presença desses comportamentos de fuga e esquiva não é suficiente para o psicólogo comportamental diagnosticar a depressão, visto que, além destes sintomas há a presença de uma diversidade de outros como, por exemplo, os cognitivos. Por isso, há uma necessidade do psicólogo consultar o DSM-IV como bem ressalta a entrevistada.

Percebe-se que há uma concordância entre a terapia comportamental com crianças e a teoria behaviorista em não utilizar o comportamento verbal da criança como principal ferramenta no processo de diagnóstico e na intervenção, visto que a teoria behaviorista postula que, assim como, qualquer outro comportamento, a linguagem é resultante da aprendizagem do indivíduo e, portanto, da sua

experiência de vida. E, devido a sua limitada experiência de vida a criança não é capaz de expressar seus sentimentos, comportamentos e vivências, de forma significativa, pelo comportamento verbal.

Tratando-se ainda do comportamento verbal, caberia um comentário a respeito da teoria cognitiva. Levando-se em consideração que a criança não possui um comportamento verbal desenvolvido, questiona-se se a sua interpretação diante dos aspectos do ambiente é desenvolvida, e madura, uma vez que a interpretação do indivíduo é resultante de uma linguagem interna aprendida, da mesma forma que os demais comportamentos verbais. Então, supondo que a interpretação da criança ainda não é madura, tais interpretações teriam uma grande probabilidade de estarem erradas. A partir disso, seria conveniente questionar se a teoria cognitiva, ao fazer uso das interpretações das crianças, não estaria incorrendo em erro.

Então, como o comportamento verbal da criança ainda está em desenvolvimento, no processo terapêutico o psicólogo comportamental utiliza estratégias lúdicas, como o desenho, jogos, brincadeiras, como forma de a criança expressar seus sentimentos, comportamentos e vivências naturalmente. A utilização deste procedimento pode ser explicada pelo reforçamento. Como desenhos, jogos, brincadeiras são atividades reforçadoras para maioria das crianças, desde que elas não tenham sido punidas por fazerem isso, seria pouco provável que elas sintam-se pressionadas, envergonhadas ou temerosas em expressar seus sentimentos quando estão brincando. Assim, o uso de estratégias lúdicas no processo terapêutico pode ser relevante.

No entanto, convém questionar se a utilização de estratégias lúdicas, principalmente o desenho, é congruente com a teoria comportamental, uma vez que esta não utiliza aspectos tidos “mentalistas” (como inconsciente e projeção) na construção de suas hipóteses e de seus postulados. E, como para alguns teóricos críticos o desenho é uma manifestação ou projeção de vivências que estão no inconsciente da criança, seria uma incoerência a utilização dessa ferramenta por parte do psicólogo comportamental. Porém, pode-se dizer que existe uma coerência, entre a prática e a teoria, pois desenhar, pintar e escrever são comportamentos, e desta forma são aprendidos da mesma maneira que os demais comportamentos. Então, se uma criança desenha o seu pai batendo na sua mãe, isto significa que ela vivenciou ou aprendeu, no seu ambiente, essa situação.

A utilização de desenhos também é condizente com a teoria cognitiva, já que, de acordo com essa teoria, quando um indivíduo se defronta com uma circunstância específica um esquema relacionado à circunstância é ativado. Então, pedir para a criança desenhar o que ela acha da morte significa ativar a sua rede associativa de pensamentos relacionados à morte. Da mesma forma acontece com o *role playing*, se o psicólogo pede para a criança representar um homem e uma mulher casados ela vai simular o esquema que desenvolveu de homem e mulher casados.

Outro aspecto relevante do tratamento comportamental com crianças depressivas que foi apresentado na entrevista diz respeito à importância de se está verificando se algum acontecimento importante ocorreu, ou algo que modificou a rotina da criança aconteceu antes que os pais percebessem as mudanças comportamentais. Pode-se dizer que esse procedimento é coerente com a teoria behaviorista, uma vez que esta postula que mudanças repentinas no ambiente podem enfraquecer o comportamento o que levaria a uma perda de reforçamento e conseqüentemente à depressão. Como também está de acordo com a teoria cognitiva, visto que esta apresenta que os pensamentos negativos de um indivíduo na interação com situações aversivas (aqui incluiria as mudanças repentinas no ambiente) poderiam se transformar em um quadro depressivo.

O resultado apresenta a importância do psicólogo comportamental fazer uma análise ou um levantamento do histórico familiar para se saber o que mantêm os comportamentos atuais da criança. Pode-se dizer que esse procedimento é coerente com a teoria comportamental, porque para essa teoria, todos os comportamentos atuais da criança são decorrentes dos diferentes esquemas de reforçamento e punição, desenvolvidos principalmente pelos pais, em que a criança foi exposta ao longo da sua vida. E, como os pais também tiveram uma história de reforçamento e punição, verifica-se que esta pode influenciar o comportamento da criança. Então, conhecendo um pouco da história dos pais pode-se chegar ao conhecimento dos possíveis esquemas de reforçamento que estão por trás do comportamento da criança o que seria importante para modificá-los.

Percebe-se que o levantamento do histórico familiar também estaria condizente com a teoria cognitiva, visto que as interpretações que uma criança faz do ambiente ou de uma situação também podem ser influenciadas pelas interpretações que os pais fazem da mesma situação ou do ambiente. Por exemplo, em uma situação em que uma criança é humilhada pelo colega e o pai fala “o seu

colega não sabe o que está fazendo” ou “ele só fez isso porque tem inveja de você”, é bem diferente de um pai falar “você foi humilhado porque merece ser humilhado” ou “só as pessoas bobas são humilhadas”. Portanto, estabelecendo um diálogo com os pais e observando as interpretações que eles fazem do ambiente, pode-se compreender as interpretações da criança.

Apresentou-se na entrevista que uma das principais estratégias ou técnicas da terapia comportamental para o tratamento de crianças depressivas consiste em ensinar repertórios comportamentais novos ou adequados para a criança. Pode-se dizer que essa técnica está embasada na teoria behaviorista, porque esta postula que uma das explicações para a frequência decrescente do comportamento e, portanto para a depressão, é o repertório social inadequado, ou seja, a criança não aprendeu comportamentos habilidosos necessários para uma interação adequada com outras pessoas ou para enfrentar situações aversivas de maneira adequada. Desta forma, cabe ao psicólogo conhecedor das habilidades adequadas ensinar novas habilidades para a criança.

A utilização da técnica de ensinar comportamentos mais habilidosos para a criança também estaria condizente com a teoria cognitiva, visto que, uma criança com poucas habilidades na interação social pode ter desenvolvido, em decorrência dessa não habilidade, um esquema ou crença negativa sobre si mesma, o mundo a sua volta e seu futuro. Assim, a criança passaria a perceber-se como incompetente, que as pessoas não gostam dela, que nunca terá um bom futuro, o que a tornaria mais vulnerável à depressão.

Pelo resultado, percebe-se que a principal dificuldade da psicoterapia comportamental com crianças depressivas está no terapeuta conseguir ensinar a criança a fazer auto-avaliações realistas, já que a criança depressiva geralmente faz uma exagerada auto-avaliação negativa sobre si mesma. Verifica-se que esta pode realmente ser uma dificuldade para o terapeuta comportamental, pois a teoria behaviorista pouco enfoca as relações entre comportamentos e pensamentos. E, sendo a auto-avaliação um aspecto ligado ao pensamento, pode-se dizer que para ensinar a criança a fazer auto-avaliações mais realistas seria mais fácil se o psicólogo comportamental tivesse um conhecimento mais aprofundado da relação entre pensamentos e comportamentos.

Uma possível limitação da terapia comportamental no tratamento de crianças, que foi apresentada na entrevista, está no fato dos pais não possuírem a linguagem

técnica da teoria comportamental (reforço, punição, modelagem, etc.) o que dificulta o tratamento. Verifica-se que isso não é bem uma limitação, mas algo que pode interferir no tratamento. Isso porque, na medida em que os pais não possuem os conhecimentos de que aquilo que eles falam ou deixam de falar com a criança ou aquilo que eles fazem ou deixam de fazer interferem no comportamento dela, ou na forma como ela vai enxergar o mundo, o tratamento vai ter dificuldade de progredir, visto que a criança viverá a maior parte do tempo com os pais e, portanto, em um esquema de reforçamento e punição, contrário ao da terapia.

5. Conclusão

Partindo das idéias expostas ao longo deste trabalho, pode-se concluir que as teorias fisiológica, behaviorista e cognitiva são eficientes e se completam na explicação da depressão infantil. As alterações no humor decorrentes de uma baixa de neurotransmissores no organismo, devido a uma lesão ou a alterações genéticas, poderiam levar o indivíduo a se comportar de maneira mau-humorada, o que seria um comportamento inadequado na interação social, o que conseqüentemente, poderia influenciar no não reforçamento por parte das outras pessoas. Isto, por sua vez, influenciaria o desenvolvimento de esquemas negativos do indivíduo sobre si mesmo, o mundo e seu futuro, importantes na vulnerabilidade à depressão. Então, com essas afirmações pode-se perceber que as três teorias estão interligadas e se completam na explicação da depressão. Vale enfatizar, que não se está afirmando que tudo começa com alterações fisiológicas, até porque não se sabe ainda se estas alterações são antecedentes ou conseqüentes à depressão, mas o que é afirmado é que estas alterações, quando presentes no indivíduo, podem influenciar o desenvolvimento deste transtorno em algumas pessoas, assim como mostrado.

Convém ressaltar que, de modo geral, a terapia comportamental é coerente com as três teorias mencionadas ao longo desse trabalho, e é eficiente no tratamento com crianças depressivas. Isto porque este modelo de terapia, além de utilizar, entrevista com os pais e com outras pessoas significativas para a criança, observação do comportamento da criança, consultas no DSM-IV e técnicas lúdicas, também utiliza técnicas cognitivas na terapia. Estas últimas técnicas são fundamentais, pois não adiantaria o terapeuta comportamental tentar mudar o comportamento da criança sem mudar a forma como ela interpreta o mundo, como ela pensa, pois como foi muito bem mostrado pela teoria cognitiva o pensamento tem muita influência no comportamento do indivíduo.

Enfim, essa monografia buscou evidenciar que apesar das explicações para a depressão infantil serem praticamente as mesmas que as do adulto depressivo, existem particularidades no tratamento de crianças que devem ser levados em consideração. E também mostra, que para um psicólogo comportamental trabalhar com crianças seria imprescindível um conhecimento mais aprofundado da teoria cognitiva e fisiológica.

6. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Baum, W. M. (1999). *Compreender o Behaviorismo: ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual para o Tratamento cognitivo-comportamental dos Transtornos Psicológicos*. São Paulo: Santos.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artes Médicas. 4ª edição.
- Cavalcante, S. N. (1997). Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 17, n° 2, pp. 2-12.
- Eysenck, M. W. & Keane, M. T. (1994). *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Falcone, E. (2000). *A evolução das habilidades sociais e o comportamento empático*. In: Silveiras, M. F. E. (Org.) Vol. I. Campinas: Papirus.
- Filho, C. A. F., Ely, I. L., Ceitlin, L. H. F. & Lopes, V. L. B. (1992). Uma revisão da terapia cognitiva na depressão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.14, n° 3. pp. 155-160.
- Holmes, S. D. (1997). *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas. 2ª edição.
- Hunziker, M. H. L. (1993). Desamparo aprendido: um modelo animal de depressão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.9, n° 3, pp.487-498.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J.A. (2003). *Compêndio de psiquiatria ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas. 7ª edição.
- Lafer, B. & Filho, P. V. (1999). Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria, Depressão* v.21, pp. 12-15.
- Lettner, H. W. (1988). *Manual de Psicoterapia Comportamental*. São Paulo: Manole Ltda.

- Moreno. R. A., Moreno, D. H. & Soares, M. B. M. (1999). Psicofarmacologia de antidepressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Depressão v. 21, pp. 24-40.
- Rangé. B. (1992). Psicoterapia cognitiva I. Fundamentos, princípios, processos, limites. *Jornal brasileiro de Psiquiatria*, v. 41, nº 2, pp. 81-85.
- Rangé. B. (1992). Psicoterapia cognitiva III. Depressão. *Jornal brasileiro de Psiquiatria*, v. 41, nº 4, pp. 157-162.
- Rangé. B. (1995) (Org). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: transtornos psiquiátricos*. Campinas: Editorial Psy.
- Rodrigues, M. J. S. F (2000). O diagnóstico de depressão. *Psicologia USP*, v. 11, nº 1, pp. 155-187.
- Willöcher, D. (1995). *As lógicas da depressão*. Portugal: Climepsi editores.
- World Health Organization Geneva (1993). *Classificação internacional de doenças-CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.