



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Faculdade de Ciências da Saúde - FACS

Curso de Psicologia

**DEPRESSÃO: UMA DOENÇA DA CONTEMPORANEIDADE.
UMA VISÃO ANÁLITICO-COMPORTAMENTAL.**

JANAÍNA PARREIRA LOPES

BRASÍLIA
JUNHO, 2005

JANAÍNA PARREIRA LOPES

**DEPRESSÃO: UMA DOENÇA DA
CONTEMPORANEIDADE.
UMA VISÃO ANÁLITICO-COMPORTAMENTAL.**

Monografia apresentada como
requisito para conclusão do curso
de Psicologia do UniCeub – Centro
Universitário de Brasília.

Prof. Orientador: Geison Isidro
Marinho

Brasília / DF, Junho de 2005.

*Dedico este trabalho aos meus pais e a
minha irmã, que sempre me apoiaram.*

*E a todos os meus professores adeptos da
teoria comportamental, a quem nutro extenso
carinho e consideração.*

Agradeço primeiramente a Deus, pois sempre esteve presente em minha vida trilhando meus caminhos nesta árdua jornada.

Também agradeço aos meus pais pelo incentivo e contribuição à minha formação.

Especialmente, agradeço ao professor Geison Isidro Marinho pela motivação, incentivo e atenção a mim dedicada que permitiu a execução deste trabalho.

Ao amigo Daniel por ter sido bastante prestativo.

Às professoras Claudia May e Cristina Loyola pelo estímulo ao meu conhecimento e por fazerem parte do meu processo de amadurecimento na ciência da Psicologia.

Por fim, a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente, os meus sinceros agradecimentos.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vi
INTRODUÇÃO.....	01
CAPÍTULO 1 – EPIDEMIOLOGIA.....	14
1.1. Epidemiologia da depressão.....	14
1.2. Suicídio e depressão.....	16
CAPÍTULO 2 – ASPECTOS IMPORTANTES DA DEPRESSÃO.....	22
2.1. Conceito da depressão.....	22
2.2. Diferença entre estados passageiros de melancolia e a depressão.....	25
2.3. Relação da depressão com o estresse e a ansiedade.....	28
2.4. Aspectos fisiológicos da depressão.....	33
CAPÍTULO 3 – ETIOLOGIA	
3.1. Estilos e modo de vida atuais desencadeadores de depressão.....	40
3.2. Variáveis envolvidas no comportamento da pessoa deprimida.....	42
3.3. Análise Funcional da depressão – análise de estudo de caso.....	52
CAPÍTULO 4 – Intervenção Analítico-Comportamental na depressão.....	63
CONCLUSÃO.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78

RESUMO

O presente trabalho tem como intuito, compreender como ocorre a depressão na atualidade, enfocando a abordagem comportamental para explicar esta dificuldade e recomendando as possíveis formas de tratamento. Sabe-se que é cada vez maior a incorporação desta doença no mundo e sendo designada, muitas vezes, como o “mal do século”. Diante de tal idéia, o objetivo deste trabalho é compreender o verdadeiro significado da depressão, verificando-se suas diferentes causas atuais e conseqüências no comportamento do indivíduo deprimido, segundo a análise funcional da teoria comportamental. Conforme a teoria comportamental, o conceito de depressão é relacionado às operações de retirada de estímulos reforçadores ou a introdução de estímulos punidores que podem resultar em comportamentos de tristeza e depressão. Assim, constata-se neste trabalho, que a idéia principal dessa teoria é a ênfase dada ao comportamento do indivíduo, interagindo com o ambiente e diante de tais contingências é capaz de produzir comportamentos diversificados.

Não é recente a tentativa de entender e justificar as doenças. Ao longo dos séculos, aparecem várias concepções, caracterizadas por modos de pensamentos distintos, que se manifestaram e sucederam ao longo do tempo, e ainda sobrevivem.

Na época primitiva, as doenças eram consideradas fenômenos inexplicáveis. Acreditava-se que a doença mental fosse causada por manifestações anormais, atribuídas a causas exteriores de um modo empírico (“uma comida, por exemplo”) “ou a influências malévolas de um ser quer humano quer sobrenatural” (Beauchesne, 1989, p. 7).

Desde a Antiguidade, os sintomas depressivos têm sido observados. Dessa forma, suas caracterizações iniciais são míticas e poéticas. Na *Ilíada*, tem-se a descrição, elaborada por Homero, do herói Belerofonte, desfavorecido pelos deuses; é um dos muitos exemplos. À época de Homero, tem-se a alegria e a tristeza, a vida e a morte, como sendo resultado do favor ou dos castigos dos deuses. Percebe-se a influência da divindade sobre o espírito ou o corpo acontecendo de forma direta ou mediada por semideuses, demônios, gênios, duendes, ou de manifestações naturais. No mundo ocidental, de Hipócrates ao século XIX, os tratamentos continuam sendo, quase sempre, muito empíricos, inclusive mágicos (Beauchesne, 1989).

Na Grécia Antiga, no ano de 325 a.C., surgiu Aristóteles, que defendia a observação e a interpretação de comportamento. Baseado em um sistema naturalístico de comportamento, percebia as causas do movimento dos corpos e as discriminações feitas pelos organismos (Toulmin e Goodfield, 1962, citados em Millenson, 1967).

Também na Antiguidade Grega, Hipócrates se destacou ao elaborar o conceito de humores, bile amarela, bile negra, fleuma e sangue, que se localizam no coração, no cérebro, no fígado e no baço e se relacionam respectivamente com os quatro temperamentos humanos: colérico, melancólico, fleumático e sanguíneo. Para ele, qualquer predominância de humores ou de sua qualidade romperia o equilíbrio, resultando a doença (Beauchesne, 1989). O temperamento melancólico viria a ser um desequilíbrio proveniente da produção de bile negra pelo fígado, tendo como características centrais o medo e a tristeza ou o abatimento. As idéias de Hipócrates sobre temperamento tiveram um grande êxito de

vulgarização até a atualidade. Os desarranjos poderiam ser constatados antes, porque responderiam a temperamentos correspondentes a tipos morfológicos, funcionais e psicológicos.

No século V a.C., Hipócrates criou o termo melancolia, que significa *bílis negra*. Ele explicava que um excesso de bílis negra, invadindo o sangue, agindo sobre o corpo e a alma do doente, provocaria um estado caracterizado pela tristeza e pelo abatimento. Ainda ele comentava sobre humor negro para definir a tristeza. A explicação da melancolia inscreve-se num sistema muito geral que permite classificar o conjunto das doenças em função das perturbações dos humores (Wildlöcher, 1995). Percebe-se que a sistemática hipocrática apresenta a doença como puramente organogenética e, assim, a alma permanece dependente do corpo, fazendo com que os sintomas psíquicos sejam perturbações do funcionamento da alma, devidos à viciação dos humores.

Areteu de Capadócia (séc. II d.C.) faz sua primeira exposição minuciosa da melancolia como uma afecção sem febre, na qual o espírito triste fica sempre firme em uma mesma idéia e a ela se prende obstinadamente (Wildlöcher, 1995). Já Galeno (130 d.C.) afirmou que a melancolia é uma doença do espírito, sem febre, com tristeza profunda e distanciamento face às coisas mais queridas. Galeno expôs como temperamentos: o sanguíneo, o fleumático, o bilioso e o melancólico. Afirma que é a bílis negra que age sobre o cérebro. Ao contrário de Hipócrates, ele levou o médico a examinar a doença desde fora, como uma lesão vinculada a determinadas causas (Beauchesne, 1989). Posteriormente, a medicina islâmica, influenciada pela contribuição grega e romana, proporcionou algumas obras relacionadas à patologia mental, sendo a de maior destaque o *Tratado sobre a Melancolia*, de Ishaq Ibin Amran, médico em Bagdá no séc. X d.C., que fez uma descrição completa da melancolia, válida ainda hoje (Beauchesne, 1989).

No século XVII, Descartes apresenta a idéia de que o corpo animal é uma máquina e alguns de seus movimentos são ordenados e regulares. Logo, ele rompe com aquele modelo de explicação metafísica do comportamento, que vinha se mantendo (Millenson, 1967).

Já no final do século XVIII nasce a clínica moderna, que rompe radicalmente com a tradição hipocrática, a qual não considerava isoladamente as doenças da

alma, verificando o organismo no seu conjunto e a doença física ou moral como sinal de um desequilíbrio global do organismo. Nesta nova clínica instaura-se a individualização da patologia mental (Wildlöcher, 1995).

No século XIX, a mania torna-se o paradigma da loucura global e a melancolia dissolve-se no quadro da loucura parcial. Esta distinção apóia-se na extensão da perturbação do juízo. A razão desaparece por completo na loucura global e a excitação maníaca imprime a todas as atividades uma incoerência total. Nas formas graves, não se obtém do doente nenhum propósito sensato, nenhuma reflexão lógica. Todo pensamento é levado pela aceleração e pela fuga de idéias. A melancolia, pelo contrário, mesmo nas formas graves, só afeta parcialmente o juízo. É certo que o pessimismo domina todos os pensamentos, mas não altera a qualidade do raciocínio (Wildlöcher, 1995).

Diante de todas essas idéias que foram evoluindo e de cada vez mais descobertas sendo feitas, abordagens teóricas da Psicologia apresentavam suas concepções de acordo com aquilo que acreditavam ser as justificativas para se compreender o comportamento humano. Dessa forma, serão expostas adiante a importância de cada uma delas, com as respectivas explicações e teorias.

A primeira abordagem teórica a ser comentada será a Psicanálise. Como Pai da Psicanálise, Freud, no ano de 1915, apresentou um artigo, "*Luto e Melancolia*". Esta foi a tentativa psicológica para compreender as causas e a descrição do tratamento psicoterápico da depressão. Sendo assim, Freud verifica as semelhanças entre o estado normal de luto e a melancolia, constatando que tanto um quanto o outro estado caracterizam-se por uma perda de interesse pelo mundo externo. Contudo, verifica-se que, no luto, a perda do objeto é real e, na melancolia, o objeto não desapareceu, porém foi "perdido enquanto objeto de amor" (Weinberg, 2001, citado em Cordás, 2002). A partir daí, as idéias de Freud foram sendo disseminadas e aceitas por vários outros estudiosos. Como exemplo tem-se: Abraham, René Spitz, Melaine Klein, Jacobson e Arrieti (Arrieti, 1968, citado em Cordás, 2002).

Freud (1917, citado em Brenner, 1987) dizia não sermos donos de nossas mentes e que somos dominados, até mesmo dirigidos, por processos mentais inconscientes, por desejos, medos, conflitos e fantasias, cuja existência nem era suspeitada antes da descoberta da Psicanálise. Dessa maneira, ele comparava sua descoberta com a introdução das

teorias de Copérnico e Darwin. Deste, no livro *A Origem das Espécies*, publicado no ano em que Freud nasceu e daquele, a heliocêntrica, onde defendia a idéia de que o mundo não é o centro da criação, mas apenas um dos inúmeros planetas que giram em torno do Sol. A teoria da evolução coloca o homem em seu lugar, biologicamente falando. Ao contrário do que a Bíblia fala, de que o ser humano nasceu para governar o mundo, o homem como espécie já evoluiu há bilhões de anos.

Verifica-se que Freud, em seus trabalhos, enfatiza muito o papel do narcisismo, isto é, quando o sentimento de importância de alguém é ferido ou traído e isto acaba resultando em desprazer. Logo, sentimentos inconscientes de inferioridade e desamparo, que datam da infância, são despertados com todos os conflitos a que dão origem (Brenner, 1987).

Sigmund Freud e seu discípulo, Karl Abraham, dedicaram-se à primeira explicação psicodinâmica da depressão (Freud, 1917; Abraham, 1911, 1916, citado em Comer, 2003). Eles verificaram a semelhança entre a depressão clínica e o sentimento de pesar nas pessoas que perdem seus entes queridos, como por exemplos: “choro constante, perda de apetite, dificuldade para dormir, perda de prazer na vida e afastamento de tudo” (Beutel e colaboradores, 1995, citado em Comer, 2003, p.143).

Freud e Abraham defendiam a idéia de que, quando a pessoa perde um ente querido e não aceita a perda, ela retrocederá à fase oral do desenvolvimento infantil. Esta fase ocorre quando as crianças são dependentes dos pais e não são capazes de diferenciar-se deles. Então, são pessoas que juntam sua identidade à identidade da pessoa que perderam, como se a ganhassem simbolicamente. Isto resulta na introjeção, o que acontece quando a pessoa guarda para ela própria todos os seus sentimentos pela pessoa amada, inclusive tristeza e raiva.

Tanto Freud quanto Abraham falavam de dois tipos de pessoas propensas a ficarem deprimidas num momento de perda: “aquelas cujos pais deixaram de tratá-las com carinho e de atender às suas necessidades, durante a fase oral, e aquelas cujos pais atenderam em excesso a essas necessidades” (Bemporad, 1992, citado em Comer, 2003, p.143).

Do primeiro caso resultarão pessoas excessivamente dependentes dos outros por toda a vida, sentindo-se indignas de amor e com auto-estima baixa. Já o segundo tipo de

pessoa terá maior propensão a ficar deprimida quando perder algum ente querido (Bemporad, 1992, citado em Comer, 2003).

As teorias psicodinâmicas enfatizam a idéia da criança que não teve suas necessidades de infância bem atendidas. São capazes de ficarem deprimidas ao sofrerem uma perda (Young e colaboradores, 1997 e Parker, 1983, 1992, citado em Comer, 2003).

Para justificar essa necessidade infantil, tem-se Melanie Klein, que explica a relação mãe-criança ao desencadear uma personalidade depressiva. Sendo assim, a autora entende a depressão como um reflexo de um fracasso na infância para estabelecer introjetos de amor.

Dando mais explicações sobre o tema, Melanie Klein (1970) verificou que a pessoa no estado de depressão tem, como tentativas, reparar e restaurar o objeto amado, sendo que tais tentativas são acompanhadas de desespero, uma vez que o ego duvida de sua capacidade de reparação do objeto. Dessa forma, ao mesmo tempo em que o ego percebe seu amor pelo objeto bom, inteiro e real, acaba experimentando em relação a ele um poderoso sentimento de culpa.

É bom enfatizar que este objeto refere-se a um certo tipo de satisfação e pode tratar-se de uma pessoa ideal. Sendo assim, a identificação se completa com o objeto, baseada na ligação da libido que advém do seio e depois desloca-se para a pessoa inteira.

Para Klein (1970), o amor e o ódio focam o mesmo objeto humano: inicialmente, a mãe ou o objeto materno e, posteriormente, os objetos substitutos. Percebe-se, então, que a idéia discutida é considerada a primeira experiência da posição depressiva conduzindo à primeira depressão ou depressão primária. De acordo com Klein (1970), o ódio sentido contra o objeto de amor é o que leva à depressão; isto é, é o sentimento de não ser amado como o indivíduo deseja que acarreta a depressão e, secundariamente, o ódio ao objeto que se frustra por não dar o suficiente amor.

Sendo assim, Klein (1970) salienta que o tipo de relacionamento criança-seio, no decorrer do primeiro ano de vida, lentamente se transforma na relação mais

complexa, criança-mãe. Isto resultará na base para um desenvolvimento saudável ou patológico da personalidade.

Em síntese, para a Psicanálise, a cura da depressão passará pela realização de um trabalho de luto, que estava bloqueado, pela conscientização, aceitação e elaboração da perda; sobretudo pela vivência e aceitação do sentimento de perda. Ou seja, a abordagem psicanalista compreende a causalidade da depressão remetida ao fato dos desejos internos, da energia psíquica mal resolvida e mal elaborada, quando compõem a mente do indivíduo.

Apesar de muitos teóricos psicodinâmicos terem divergido da teoria original de depressão, elaborada por Freud e Abraham (Bemporad e Vasile, 1999, citado em Comer, 2003), ela influencia ainda os modelos psicodinâmicos atuais. É importante constatar o quanto a Psicanálise contribuiu nos últimos cem anos com suas várias teorias sobre a melancolia. Contudo, ela perde por não possuir um valor heurístico e também por estar ao lado da Psiquiatria e executarem estudos em conjunto (Cordás, 2002).

Um outro modelo de destaque é o cognitivo, onde o terapeuta ensina os pacientes a evocarem seus pensamentos automáticos e esquemas primitivos mal adaptados. De certa forma, a terapia cognitiva parece uma tentativa de permear questões como: interpretações cognitivas equivocadas, distorção da experiência de vida, auto-avaliação negativa, pessimismo e desesperança. Contudo, utiliza técnicas comportamentais que servem de registros e modifica, conscientemente, os pensamentos das pessoas (Beck, 1979).

A terapia cognitiva, como uma abordagem ativa, diretiva, estruturada e de prazo limitado, trata vários transtornos psiquiátricos, acredita numa base lógica, teórica, subjacente, percebendo que o afeto e o comportamento de um indivíduo são largamente determinados pelo modo como ele estrutura o mundo (Beck, 1967, 1976, citado em Beck, 1979). Dessa forma, o terapeuta cognitivo ensina o paciente a dominar seus problemas e situações insuperáveis, por meio da reavaliação e correção de seu pensamento, resultando numa redução dos sintomas (Beck, 1979).

Em 1963, o psicólogo americano, Aaron Beck, publica estudos sobre o pensamento e a depressão, o que, no ano de 1970, passou a representar a revolução cognitiva na psicoterapia. Ainda aceitas hoje, as idéias de Beck tratam que os sentimentos e os

comportamentos do indivíduo provêm da maneira como ele próprio estrutura e interpreta o mundo por meio de seus pensamentos e crenças. Beck acredita que a causa da depressão seriam as crenças disfuncionais, relacionadas, na maioria das vezes, a não ser amado ou a ser inadequado, resultando em pensamentos negativos, que alteram a percepção da realidade e influenciam significativamente o comportamento do indivíduo, desencadeando e mantendo os sintomas (Cordás, 2002).

Pesquisas cognitivas apresentam o processamento da informação na sintomatologia depressiva (Ingram e Holle, 1992, citados em Barlow, 1999). São teorias tendenciosas e que mostram um processo central na depressão. Logo, esse modelo cognitivo corresponde a: 1) tríade cognitiva; 2) esquemas e 3) erros cognitivos (“processamento defeituoso da informação”) (Beck, 1979).

No caso da tríade cognitiva, Beck fala que o pensamento assume três formas. As pessoas estão sempre interpretando: 1) suas experiências; 2) a si mesmos e 3) seu futuro; de maneiras negativas, ficando deprimidas (Comer, 2003).

Quando as pessoas interpretam suas experiências, Beck (1979) quer dizer que elas fazem a elas mesmas solicitações absurdas e/ou colocam obstáculos insuperáveis para alcançar os objetivos de vida. Interpretam mal suas interações com o meio circundante, animado ou inanimado, como demonstrações de derrota ou privação. A segunda forma que Beck fala é de uma visão negativista de si mesmo, onde a própria pessoa se percebe como defeituosa, inadequada, doente ou carente. Atribui suas experiências como não-prazerosas a defeitos psicológicos, morais ou físicos, existentes em si própria. E, por último, sobre a visão negativista do futuro, Beck (1979) comenta a pessoa deprimida, que faz projeções a longo prazo, antecipa que suas dificuldades ou sofrimentos presentes se prolongarão indefinidamente. Também, vêem o futuro como desesperançoso, não acreditam nos próprios esforços para mudar a vida. O que toda essa visão negativa do futuro pode resultar é numa pessoa que passe a ter ideias suicidas e tentativas reais (Barlow, 1999).

Beck pensava que as atitudes resultam de suas próprias experiências; de suas relações familiares e dos julgamentos das pessoas à sua volta. As atitudes transformam-se em esquemas, ou princípios abstratos, pelos quais a criança afere cada experiência (Young e colaboradores, 1993; Beck e colaboradores, 1990, citado em Comer, 2003).

Sendo assim, o conceito de esquemas, que se encontra em pacientes com depressão, pode ser descrito por Beck (1967, citado em Barlow, 1999) como: “uma estrutura (cognitiva) para filtrar, codificar e avaliar estímulos que invadem o organismo... Com base nessa matriz de esquemas, o indivíduo será capaz de orientar-se em relação ao tempo e ao espaço, bem como classificar e interpretar as experiências de maneira significativa” (p.283).

Para estados psicopatológicos, o termo “esquema” se refere a “estruturas com um conteúdo idiossincrásico altamente personalizado, que são ativadas durante transtornos, tais como: depressão, ansiedade, ataques de pânico, obsessões” (Barlow, 1999, p. 275). Como acontece na depressão, onde os esquemas negativos estão em ascendência, resultando numa tendenciosidade negativa sistemática, na interpretação e evocação de experiências, assim como nas predições a curto e a longo prazos, enquanto os esquemas positivos se tornam menos acessíveis. Para os pacientes deprimidos, é fácil ver os aspectos negativos de um acontecimento, mas difícil ver os positivos. Eles podem evocar acontecimentos negativos muito mais prontamente do que os positivos. Logo, as probabilidades de resultados indesejáveis são mais fortes do que as de resultados positivos. (Beck e colaboradores, 1990, citado em Barlow, 1999). Também os esquemas negativos dessas pessoas podem ficar adormecidos por muitos anos. Contudo, podem mais tarde, por meio de contextos perturbadores, desencadear pensamentos negativos. Isto, segundo Beck (1979) seriam os esquemas ativados numa situação específica, que determinam diretamente o modo como a pessoa responde.

Young fala de um nível mais profundo das cognições, chamado de “esquemas primitivos”. Ele conceitua “esquemas primitivos mal adaptados como extremamente estáveis e duradouros, que se desenvolvem durante a infância e são aperfeiçoados durante toda a vida do indivíduo” (Young, 1990, citado em Barlow, 1999, p. 275). Esses esquemas podem predispor os pacientes deprimidos a uma distorção de acontecimentos, numa forma característica, e, como consequência, levá-los a uma visão negativa de si próprios, do ambiente e do futuro (Barlow, 1999).

Por fim, há os erros cognitivos, que são erros sistemáticos no pensamento da pessoa deprimida, dessa forma, apresentando conceitos negativistas, quando possuem alguma idéia contraditória (Beck, 1967, citado em Beck, 1979). Para compreender a desordem do pensamento na depressão, fala-se, então, em modalidade “primitiva” ou “amadurecimento” de

organizar a realidade. Isto quer dizer que as pessoas deprimidas apresentam pensamento primitivo e que a complexidade, a variabilidade e a diversidade das experiências e do comportamento humano ficam reduzidas a umas poucas categorias simplistas (Beck, 1979). Segundo Beck e cols. (1979), as experiências vivenciadas na infância proporcionam os alicerces para a formação de conceitos negativistas em relação a si mesmo, ao futuro e ao mundo externo.

Os cognitivistas afirmam que as pessoas deprimidas interpretam os eventos de forma negativa e isto acaba desencadeando um transtorno (Lara e Klein, 1999, citados em Comer, 2003). Por isso, ao explicar a depressão, os psicólogos cognitivos, utilizam a teoria do pensamento negativo e a teoria do desamparo aprendido. No que diz respeito ao pensamento negativo, Beck (1967, citado em Comer, 2003) explica que a combinação de atitudes mal adaptativas, da tríade cognitiva, dos erros no modo de pensar e os pensamentos automáticos acontecem a depressão.

Em 1975, Seligman ao fazer experimentos com animais e mais tarde com humanos, percebeu que, ao ficarem expostos a estímulos incontroláveis e imprevisíveis, ambos apresentavam um comportamento de apatia e prejuízo da capacidade de aprendizagem, o que ele chamou de “desamparo aprendido” (Cordás, 2002). De acordo com Seligman (1975, 1992, citado em Comer, 2003), no desamparo aprendido, as pessoas ficam deprimidas quando pensam que não têm mais controle sobre os estímulos em suas vidas e quando elas mesmas são responsáveis por esse estado de desamparo.

Sabe-se, então, que a terapia cognitiva vai se opor à terapia behaviorista, pois sua maior ênfase será nas experiências internas (mentais) do paciente, tais como: pensamentos, sentimentos, desejos, devaneios e atitudes. A teoria behaviorista, neste caso da depressão, analisa as relações organismo-ambiente, tentando também identificar e questionar quais as contingências que desencadeiam a baixa frequência de respostas emitidas em um ambiente altamente reforçador.

Diante dessas idéias prosseguiremos com a teoria behaviorista. Iniciou-se no final do século XVIII, com um fisiologista russo conhecido pelo nome de Ivan Pavlov, que pesquisava as secreções digestivas de cães. Por meio de seus experimentos com os cães, ele pôde ampliar o conceito de reflexo para incluir relações ambiente-comportamento. Pavlov

quis verificar que, assim como os reflexos condicionais eram adquiridos, também poderiam ser extintos e que a quantidade de energia do ambiente era influência em sua produção. Em seguida, Thorndike mostra que o comportamento possui uma espontaneidade não observada nos reflexos e que segue certas leis qualitativas que diferem das leis do reflexo (Millenson, 1967).

Millenson (1967) afirma que o homem que mais contribuiu para esclarecer a relação entre comportamento e Psicologia foi John B. Watson. Ele, um psicólogo americano, tinha a idéia de que o comportamento era significativo somente quando esclarecia processos mentais ou conscientes. Adotou o comportamento como objeto de estudo a ser observado. A intenção de Watson foi substituir sentimentos e estados da mente por hábitos, porque assim ele afirmaria que o comportamento indica a presença de instintos e hábitos e, posteriormente, voltou-se para o estudo dos reflexos condicionados (Skinner, 1995).

Watson percebia os comportamentos como reflexos, uma vez que se caracterizavam como respostas eliciadas por estímulos (Zuriff, 1986, citado em Costa, 2002). As principais características do Behaviorismo de Watson eram: objeto de estudo seria o comportamento publicamente observável; ignorar os fenômenos mentais; utilizar procedimentos objetivos para estudar o comportamento e explicar todos os comportamentos através do paradigma S-R (Matos, 1997, citado em Costa, 2002).

Um outro que se destacou no estudo do Behaviorismo, pois foi quem originou a análise do comportamento, foi Skinner (1953). Ele definia o Behaviorismo como a filosofia da ciência do comportamento, pois consiste em um conjunto de reflexões sobre objeto de estudo, temas e métodos da Psicologia e da Ciência do Comportamento (Costa, 1997, citado em Costa 2002). Skinner negou a existência de fenômenos cuja natureza não seja física, por exemplo, mente e cognição (Matos, 1997, citado em Costa, 2002). Ao contrário de Watson, Skinner acreditava que grande parte do repertório comportamental humano é operante e não reflexo, ou seja, o operante seria uma classe de respostas, cuja probabilidade de ocorrência é função de suas conseqüências (Skinner, 1953/1965, citado em Costa, 2002).

Tanto Skinner como Watson consideravam ambiente como sendo “qualquer parte do mundo externo e interno que afete o indivíduo”. Ou ainda, seria “qualquer parte do

universo ao qual o indivíduo responde discriminativamente” (Skinner, 1953 / 1965; Tourinho, 1997, citados em Costa, 2002, p.8).

Skinner (1995) fala que o comportamento é controlado pelo ambiente e este modela e mantém repertórios de comportamento, mas também serve como ocasião para que ele ocorra. Ainda, para Skinner (1995), o que se reforça, no sentido de fortalecer, é o operante, a probabilidade de que respostas similares venham a ocorrer no futuro. Certamente, uma resposta que já ocorreu não pode ser prevista ou controlada. O que se pode é somente prever a ocorrência futura de respostas semelhantes. Sendo assim, Skinner (1978) reconhece que a unidade de uma ciência não é uma resposta, mas sim uma classe de respostas. Por isso, tem-se o que ele denominou de comportamento operante.

Diante deste termo de Skinner (1978), tem-se o comportamento que opera sobre o ambiente para gerar conseqüências. Estas são as propriedades que definem a semelhança de respostas. Neste sentido, chega-se a um conceito, também tratado por Skinner (1978), sobre a “aprendizagem”, que corresponde à aquisição do processo pelo qual o comportamento é adicionado ao repertório de um organismo; este processo é tido como uma mudança relativamente permanente no comportamento.

Essas resultarão em relações organismo-ambiente, que formam a história pessoal de cada indivíduo e no seu comportamento atual, serão o objeto de trabalho e de estudo do analista do comportamento (Skinner, 1978). A manutenção deste comportamento se deve ao reforço, isto é, o reforço requer que uma resposta tenha uma conseqüência, que o responder aumente e que o aumento ocorra porque o responder tem conseqüências e não por outras razões. Satisfeitas essas condições, fala-se numa resposta que foi reforçada e que o estímulo era um reforçador (Catania, 1999).

Para a teoria behaviorista, as operações de retirada de estímulos reforçadores positivos ou a introdução de estímulos punidores podem resultar em comportamentos de tristeza e depressão. Mas isto dependerá da história de vida do indivíduo, ou seja, se ele foi exposto a muitos reforçadores ou não. Diante disso, sabe-se que uma história comportamental em que tenham predominado fortes esquemas de reforço e/ou se as respostas do sujeito frente àquelas contingências foram predominantemente reforçadas, pode

umentar a probabilidade de que sejam eliciados comportamentos de fuga e esquiva (Skinner, 1978).

A depressão pode vir também quando um repertório de comportamento condicionado em um ambiente sofre extinção em outro. Tal situação mostra um estado corporal relevante, chamado de desencorajamento, senso de fracasso, desamparo, falta de confiança ou depressão. Sendo assim, um tipo diferente de depressão sobrevém quando, uma vez adquirido um repertório amplo e efetivo, a pessoa muda-se para um lugar onde ele não pode ser executado. Logo, o comportamento em si mesmo não é extinto, pois ainda há coisas que ele deseja fazer, mas estão ausentes as ocasiões apropriadas para sua expressão (Skinner, 1995).

Percebe-se que um aumento na frequência de comportamentos de esquiva e fuga decorra da evitação de um estímulo aversivo. No primeiro, a pessoa se esquiva de circunstâncias potencialmente aversivas que ainda não ocorreram; no segundo, o indivíduo foge de circunstâncias aversivas presentes (Catania, 1999).

O Behaviorismo descrito por Skinner (1995) fala da busca e levantamento das possíveis variáveis, das quais o comportamento é função. Diante disso, é importante a tentativa de explicar as contingências que controlam o comportamento e, por meio disso, levantarem-se hipóteses acerca da aquisição e manutenção dos repertórios considerados problemáticos. Comportamentos perturbados são causados por contingências perturbadoras de reforço, não por sentimentos ou estados perturbadores da mente e, assim, pode-se corrigir a perturbação, corrigindo as contingências.

Assim, o levantamento histórico da depressão citou estas três abordagens teóricas diferentes: a Psicanálise, a Comportamental e a Cognitiva. Contudo, o presente trabalho dá ênfase em como ocorre à depressão na atualidade, enfocando a abordagem analítico-comportamental para explicar esta dificuldade e recomendando as possíveis formas de tratamento.

Verifica-se uma rapidez, cada vez maior, da incorporação desta doença em nossa sociedade e sendo designado, muitas vezes, como o “mal do século”. Contudo, o presente trabalho designa a depressão como a doença da contemporaneidade. Dessa forma,

para compor este estudo, dados epidemiológicos da depressão serão apresentados e levarão em consideração o aumento do número de pessoas deprimidas, verificando-se a porcentagem de tais pessoas que cometem suicídio.

Aprofunda-se sobre este tema ao conhecer a realidade de vida da pessoa deprimida, percebendo suas causas e as conseqüências do comportamento, constatando-se uma análise funcional da depressão descrita pela concepção Comportamental. Não se pode esquecer que junto à depressão acontecem contingências de estresse e ansiedade, por isso, compreende-se tais estados como relevantes ao compor o quadro de depressão.

A intervenção analítico-comportamental, utilizando métodos de apoio, treinamento de habilidades sociais, de solução de problemas, entre outros. Sendo estes, benéficos ao obter respostas de melhoras por parte dos pacientes. A psicoterapia unida ao tratamento medicamentoso, provoca ótimos resultados. E cada vez mais, mais avanços científicos no campo da fisiologia do cérebro associados à depressão e a outras doenças mentais vêm sendo feitos.

Diante de tais idéias, este trabalho pretende estudar o comportamento depressivo, verificando suas causalidades, conseqüências e variáveis envolvidas no contexto do indivíduo, segundo a teoria behaviorista. Ao longo deste estudo, enfatiza-se a idéia da teoria comportamental, de que as pessoas ao interagir com o ambiente vão modelar seu comportamento de acordo com as contingências, as quais fazem parte. Em suma, para a compreensão deste assunto, recorre-se a um levantamento bibliográfico, o qual proporcionará o conhecimento da depressão, o aumento cada vez maior devido às cobranças que cercam o indivíduo e a constatação da eficácia do tratamento comportamental ao evitar a depressão e o suicídio.

CAPÍTULO 1 - EPIDEMIOLOGIA

1.1. Epidemiologia da depressão

Hoje em dia, as síndromes depressivas vêm sendo reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública. Conforme informações da OMS, a depressão maior unipolar afeta cerca de 50 milhões de pessoas no mundo todo, sendo vista como *a primeira causa de incapacidade* entre todos os problemas de saúde (Murray e Lopez, 1996, citados em Dalgalarrondo, 2000).

Atualmente, a depressão é considerada a segunda desordem mental mais freqüente. Estima-se que entre 4 e 24% da população experencia períodos de depressão severos o suficiente para necessitarem de cuidados clínicos (Schab, Brown, Holzer e Sokolof, 1968, citados em Dalgalarrondo, 2000). No entanto, a definição e conceitualização deste estado não têm conseguido um desenvolvimento concomitante à sua incidência (Lettner, e Rangé, 1988).

Nos dias de hoje, a depressão tem sido vista como constituinte de um problema maior de saúde pública. Wildlöcher (1995) afirma que são cerca de cem milhões de pessoas que sofrem em todo mundo, num dado momento, e com perturbações graves, que necessitam de tratamento. Verifica-se que entre 10 e 20% das pessoas terão indícios de depressão, em algum momento de suas vidas.

Segundo Kaplan, Sadock e Greb (1997), a depressão maior é um transtorno comum, com uma prevalência durante a vida de cerca de 15%, talvez até cerca de 25% em mulheres. O *National Institute of Mental Health* (NIMH) desenvolveu um programa para a conscientização da população em geral e entre os médicos, os sintomas de depressão freqüentemente são impropriamente considerados como reações compreensíveis ao estresse, evidência de fraqueza de caráter ou, simplesmente, uma tentativa consciente de obter algum ganho secundário (Wildlöcher, 1995).

Para Silva (2001), a porcentagem da população que, no mundo todo, é vitimada pela depressão em alguma época da vida é quase tão grande quanto a que é atingida

pela ansiedade: este número pode alcançar 20%, na dependência do maior ou menor grau de rigor que se empregue no diagnóstico. Dados recentes estimam que um em cada dez adultos, no mundo, sofre de depressão, em um dado momento. Agora, se considerada toda a vida das pessoas, isto é, se incluirmos não apenas os que são deprimidos neste momento, mas também aqueles que foram ou virão a ser em alguma época da vida, o percentual certamente será maior.

Nos Estados Unidos, 10% dos adultos adoecem de depressão unipolar, enquanto outros, de 3 a 5%, sofrem depressão mais branda (Kessler & Zhao, 1999; Kessler e colaboradores, 1994; Regier e colaboradores, 1993, citados em Comer, 2003). Constatase que a prevalência dos americanos é semelhante à do Canadá, na Inglaterra e em muitos outros países (Smith & Weissman, 1992, citados em Comer, 2003).

É provável que cerca de 17% de todos os adultos no mundo possam sofrer de depressão unipolar em algum momento da vida (Angst, 1995, 1999, citados em Comer, 2003). Isto vem aumentando com regularidade desde 1915. Contudo, percebe-se que a depressão unipolar possa aparecer em qualquer idade e tem-se verificado que a média de idade para o seu início, 27 anos hoje nos Estados Unidos, tem caído a cada geração (Weissman e colaboradores, 1991, 1992, citados em Comer, 2003).

Na maioria dos países, as mulheres têm duas vezes mais chance de sofrer episódios de depressão unipolar grave (Weissman e colaboradores, 1995, citados em Comer, 2003). E 26% das mulheres podem ter um episódio em algum momento de suas vidas, já os homens com 12% (APA, 1993, citado em Comer, 2003). Já em crianças, a prevalência é semelhante tanto para as meninas quanto para os meninos (Hankin e colaboradores, 1998, citados em Comer, 2003).

Para as diferentes classes econômicas, os índices de depressão mantêm-se constantes. Também percebem-se poucas diferenças na prevalência da depressão unipolar entre os grupos étnicos. Verifica-se nos americanos brancos de meia-idade uma incidência maior em comparação com os afro-americanos e na mesma faixa etária. Contudo, a incidência para os adultos mais jovens e mais velhos é a mesma em ambas as populações (Weissman e colaboradores, 1991, citados em Comer, 2003).

Cerca de dois terços de pessoas com depressão unipolar recuperam-se num período de quatro a seis meses e algumas delas até sem tratamento (APA, 1994, 2000; Keller, 1988, citados em Comer, 2003). Porém, grande parte dessas pessoas apresentam pelo menos mais um episódio de depressão mais tarde na vida (Angst, 1999; Kessing e colaboradores, 1998, citados em Comer, 2003).

1.2. Suicídio e Depressão

O suicídio provoca um grande choque nos médicos, nas famílias e nos amigos dos que se matam. Além disso, todos eles ficam marcados pelo suicídio da pessoa da qual são próximas. É freqüente o conhecimento da história da doença na família ser impreciso e, dessa forma, muitos consideram difícil lembrar os comentários feitos a propósito da doença de um parente distante, exceto quando se trata de suicídio. Conforme Montgomery (2000), “a memória é então viva ou o assunto pode ser repentinamente evitado, não importando há quanto tempo a morte ocorreu. É como se o familiar se sentisse assustado com a experiência, uma vez que as outras causas de morte não parecem provocar esta reação” (P. 23).

Silva (2001) comenta que o suicídio é um dos principais riscos da depressão. Para Edwin Schneidman (1963, 1981, 1993, 1999), “o suicídio seria considerado a morte intencional: morte auto-infligida em que a pessoa faz um esforço intencional, direto e consciente para acabar com sua própria vida” (Comer, 2003, p.178).

Fenômenos suicidas como a ideação, gestos e tentativas de suicídio geralmente associados a transtornos depressivos e que ocorrem muito na adolescência têm sido um problema público na área da saúde mental. Muitas vezes, a ideação suicida acontece quando o transtorno depressivo é severo. Nos Estados Unidos, mais de 12.000 crianças e adolescentes são hospitalizados por causa de ameaças de suicídio ou comportamento suicida. “A ideação suicida não é um fenômeno estático, podendo ir e vir com o tempo” (Kaplan, Sadock e Greb, 1997, p.1043).

Em todo o mundo o número de suicídios vem aumentando. Dessa forma, diversas justificativas que visam principalmente às mudanças sociais surgem como

explicação. Percebe-se que os adolescentes sofrem pressões quanto a competições por emprego, por vaga na universidade e por honrarias acadêmicas e atléticas, conduzindo cada vez mais a sonhos e ambições destruídas (Hollinger & Offer, 1982, 1991, 1993, citados em Comer, 2003).

Pode ser também que haja um enfraquecimento de laços familiares, o que pode causar um sentimento de alienação e de rejeição em muitos jovens, hoje. É provável que muitos jovens cada vez mais consumam bebidas alcoólicas e outras drogas (Goldman & Beardsley, 1999; Jones, 1997, citados em Comer, 2003).

Verifica-se na sociedade ocidental que as pessoas idosas têm mais tendência para o suicídio que as pessoas de qualquer outro grupo etário, pois apresentam sentimentos de inutilidade, solidão, depressão ou o senso do inevitável, e isto faz crescer a probabilidade de tentativa de suicídio (Loebel e colaboradores, 1991, citados em Comer, 2003). A ocorrência verificada é um índice de 19 em cada 100.000 pessoas acima de 65 anos nos Estados Unidos cometem suicídio. Na década de 1980, nos Estados Unidos, os idosos tiveram como taxa de suicídio 19% e, mesmo assim, respondem por uma taxa de somente 12% da população total (McIntosh, 1992, citado em Comer, 2003).

Alguns dos sintomas nucleares da depressão podem resultar em tentativas de suicídio em doentes vulneráveis. Para além da gravidade da depressão, os pensamentos suicidas, a insônia e o pessimismo sobre o futuro, que em alguns ensaios foram referidos como desespero, parecem ser indicadores confiáveis. Montgomery (2000) aponta alguns ensaios que sugeriram a dificuldade de concentração e a ausência total de prazer, assim como o isolamento social, refletem um risco maior. O risco de suicídio é elevado na primeira semana após a avaliação da depressão do doente. Na verdade, um ensaio revelou que 42% dos suicidas tinham consultado os seus clínicos gerais/médicos de família ou psiquiatras, uma semana antes da sua morte, tendo metade deles feito uma ameaça clara.

O risco de morte por suicídio é maior na doença depressiva, tendo-se observado um número constante de cerca de 15% dos doentes deprimidos, que eventualmente se matam, nas primeiras sondagens sobre causa de morte. É difícil saber se a pessoa tinha ou não intenção de morrer. Muitos suicidas mal-sucedidos declaram uma ambivalência de atitudes. (Montgomery, 2000).

Cerca de 20% dos indivíduos que fazem uma tentativa de suicídio repetem-na no ano seguinte e o risco aumenta quando há uma história de mais de uma tentativa. Como a possibilidade de morte por suicídio parece ser superior no período de um ano ou dois que se segue a uma tentativa, os doentes com uma história de comportamento suicida necessitam ser tratados como um grupo de alto risco durante este período (Montgomery, 2000).

O comportamento suicida é uma das características que contribuem para o diagnóstico de perturbação da personalidade. As características da perturbação da personalidade são, contudo, indicadores úteis na identificação de doentes que podem estar em alto risco de suicídio. Vários ensaios demonstraram que a presença de agressividade faz parte do comportamento suicida, como acontece, na verdade, com o diagnóstico de sociopatia ou de perturbação da personalidade (Montgomery, 2000).

É falsa a idéia de que o médico, ao prescrever um antidepressivo, pode estar a proporcionar ao doente um meio para ele se auto-agredir. É importante prescrever os antidepressivos mais seguros nos grupos de alto risco. Muitos suicídios parecem ocorrer depois de o indivíduo ter começado a se recuperar, o que é atribuível, por alguns, (sem no entanto haver muitos dados que o apóiem), a uma melhoria da lentidão, que funciona como estímulo para a auto-agressão. O tratamento da depressão deve continuar durante um período de tempo suficiente para assegurar que o episódio passou, ou seja, durante pelo menos quatro semanas após o aparecimento da resposta. A terapêutica não deve ser interrompida, como acontece freqüentemente, logo após o início da resposta. Os suicídios na depressão maior encontram-se, principalmente, na depressão recorrente, pelo que é essencial a profilaxia eficaz, quer nas perturbações unipolares, quer nas bipolares. (Montgomery, 2000).

Durante o episódio depressivo, é importante encorajar os familiares e amigos a proporcionarem ao doente compreensão e apoio. O doente deve estar sozinho o mínimo tempo possível. É mais seguro recolher todos os medicamentos existentes em casa, como exemplos, aspirina, paracetamol e os antidepressivos prescritos, deixando-os a cargo de um familiar ou amigo de confiança. A melhor ajuda que o médico pode prestar é mostrar-se compreensivo e otimista. É importante salientar que o tratamento dará resultado mesmo que demore algum tempo. Em caso de grave risco de suicídio, não esquecer que a eletroconvulsivoterapia é considerada o tratamento mais eficaz contra a depressão,

particularmente quando está presente atividade delirante ou impulsos suicidas agressivos (Montgomery, 2000).

Existem pesquisas que verificam que a taxa de suicídio varia de um país para outro (Schmidtke e colaboradores, 1999, citados em Comer, 2003). Rússia, Hungria, Alemanha, Áustria, Finlândia, Dinamarca, China e Japão apresentam as taxas mais elevadas: mais de 20 suicídios por 100.000 pessoas anualmente; em contraste, Egito, México, Grécia e Espanha apresentam taxas relativamente baixas, menos de 5 por 100.000. Os Estados Unidos e o Canadá situam-se no meio, cada qual com uma taxa de suicídios de cerca de 12 por 100.000 pessoas e a Inglaterra apresenta taxa de 9 por 100.000 (NCHS, 1994; WHO, 1992, citados em Comer, 2003). Silva (2001) verifica que a taxa de suicídios vem aumentando de forma alarmante no mundo ocidental, principalmente nas nações mais ricas. Na França, o suicídio é a principal causa de morte entre as pessoas com mais de 35 anos.

Sabe-se que a doutrina religiosa pode não evitar o suicídio tanto quanto o grau de devoção pessoal. Contudo, sem contar com as convicções pessoais, as pessoas muito religiosas parecem menos propensas ao suicídio. Também nota-se que pessoas que mostram grande reverência pela vida são menos propensas à autodestruição ou a tentá-la (Lee, 1985, citado em Comer, 2003).

Constata-se que as taxas de suicídio para homens e mulheres se diferenciam. Este último grupo apresenta uma possibilidade de ocorrer três vezes maior que os homens. Contudo, os homens têm um índice de êxito três vezes maior do que as mulheres (Moscicki, 1999; Weissman e colaboradores, 1999; Stillion & McDowell, 1996, citados em Comer, 2003).

Diante dessa idéia, pesquisas mostram que em todo o mundo 19 de cada 100.000 homens se matam a cada ano; a taxa de suicídios para mulheres, que vem crescendo nos últimos anos, é de 5 para 100.000 (Schmidtke e colaboradores, 1999, citados em Comer, 2003). A justificativa para a diferenciação de taxas de suicídio está relacionada à distinção de métodos utilizados por homens e mulheres (Ayd & Palma, 1999; Kushner, 1995, citados em Comer, 2003). No caso dos homens, há uma tendência a usar meios mais violentos, como armas de fogo, armas brancas ou enforcamento. Já as mulheres utilizam meios menos violentos, como a *overdose*. Nos Estados Unidos, comprovou-se que as armas de fogo são

usada em dois terços dos suicídios masculinos, em comparação com 40% dos suicídios femininos (Canetto & Lester, 1995; NCHS, 1990, citados em Comer, 2003).

Comer (2003) aponta alguns fatores comuns relacionados no desencadear do suicídio: eventos estressantes, alterações de humor e de pensamento, uso de álcool e de outras drogas, transtornos mentais e modelagem (é quando o suicídio acontece por imitação de algum caso que ficou muito conhecido). Um estudo revela que algumas pessoas que tentam o suicídio tiveram duas vezes mais eventos estressores no ano anterior à tentativa do que os pacientes deprimidos não-suicidas ou os pacientes com outros tipos de problemas psicológicos (Cohen-Sandler e colaboradores, 1982, citados em Comer, 2003). Pode-se citar como *estresse imediato*: a perda de um ente querido por morte, divórcio, ou rejeição (Jacob e colaboradores, 1999, citados em Comer, 2003). Caces & Harford (1998, citados em Comer, 2003) ainda falam da perda de emprego. E Krug e cols. (1998) e Cytryn & McKnew (1996) comentam do estresse sofrido durante furacões ou de outros desastres naturais, mesmo por crianças muito novas (Comer, 2003).

Descobriu-se, por meio de uma pesquisa, que mais de um terço de indivíduos adolescentes que se suicidaram tinham um parente próximo que havia tentado o suicídio (Gould, Shaffer & Davis, 1990, citados em Comer, 2003). Isto faz supor que há fatores genéticos e, portanto, biológicos, em ação (Roy e colaboradores, 1999; Statham e colaboradores, 1998, citados em Comer, 2003).

Mesmo não sendo freqüente o suicídio entre crianças, vem aumentando nas últimas décadas (Pfeffer, 2000, citado em Comer, 2003). Cerca de 500 crianças de menos de 14 anos nos Estados Unidos suicidam-se hoje a cada ano, isto é, 0,9 por 100.000 nesse grupo etário, taxa de 800% mais elevada do que a de 1950 (Goldman & Beardslee, 1999; Stillion & McDowell, 1996, citados em Comer, 2003).

Verifica-se que o pensamento suicida, mesmo em crianças normais é aparentemente mais comum do que a maioria das pessoas acreditava. Sendo assim, entrevistas clínicas com escolares revelaram que 6 a 33% já pensaram em suicídio (Culp, Clyman & Culp, 1995; Jacobson e colaboradores, 1994, citados em Comer, 2003).

Kaplan, Sadock e Greb (1997) discutem como o suicídio entre adolescentes aumentou, nos Estados Unidos. Há um aumento constante no número de suicídios de norte-americanos da faixa etária de 15 a 19 anos: de 13,6% por 100.000 para meninos e 3,6% por 100.000 para meninas. A cada ano, nos Estados Unidos, são cerca de 5.000 adolescentes que se suicidam, o que corresponde a um a cada 90 minutos.

Pelo exposto, constata-se que, pessoas com depressão possuem um risco maior de cometerem suicídio, principalmente se não fizerem nenhum tipo de tratamento. Sabe-se que a depressão é um problema de saúde pública, que merece atenção especial, pois tem aumentado com o passar dos anos o número de pessoas que sofrem desse mal. Por isso, é válido o cuidado das pessoas deprimidas, para evitar que seus sintomas cheguem a ponto de resultar em suicídio. Sendo assim, a depressão deve ser vista em cada indivíduo, ao se perceberem suas causas específicas, levando-se em consideração também a investigação de ocorrência de suicídios nas famílias dessas pessoas, para que o psicólogo tome os devidos cuidados com seu cliente.

CAPÍTULO 2 - ASPECTOS IMPORTANTES DA DEPRESSÃO

2.1. Conceito da Depressão

A *American Psychiatric Association* (1968) e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) definem clinicamente a depressão como sendo um “estado emocional com retardamento nos processos psicomotores e de raciocínio, reações emocionais depressivas, sentimentos de culpa ou críticas e ilusões de indignidade”. Este conceito nos proporciona a descrição das interações da pessoa deprimida com o seu ambiente (Festers, 1977).

Contudo, para Lewinsohn (1974), o termo depressão por si próprio é de definição pobre, pois ainda permanecem conceitos aceitos e pouco tem sido feito para alterar tais idéias. Dessa forma, ele percebe este termo como: “às vezes é usado para se referir a um estado normal de humor, a um estado anormal de humor, a um sintoma, a uma síndrome sintomática, bem como a um processo de uma enfermidade, e possivelmente a uma série de processos”(Rangé, 1998, p.63).

Mesmo assim, considera-se que grande parte das pessoas possuem um ou mais sintomas associados à depressão. Tem-se, então, os *sintomas afetivos* que podem ser: “desalento, falta de auto-estima, perda de gratificação, perda de vínculos, períodos de choro e perda da reação de alegria”; *sintomas de motivação*, que é a perda de motivação para executar uma série de atividades, gerando baixo nível de atividades e desejo de suicídio; *sintomas cognitivos* como: “baixa auto-avaliação, expectativas negativas, culpar-se a si mesmo e criticar-se, indecisão e auto-imagem distorcida”; como *sintomas fisiológicos* tem-se: “perda do apetite e do interesse sexual, distúrbios de sono e fadiga”; por fim, os *sintomas comportamentais* que é o caso de “passividade, evitação e déficits sociais” (Beck, 1967, citado em Rangé, 1998, p.175).

Não se pode definir a depressão com uma simples característica ou querer padronizá-la com os mesmos sintomas para todos os clientes. Cada pessoa reagirá a ela com determinados sintomas e as variáveis causadoras da doença também serão diferentes.

Silva (2001) caracteriza a depressão como uma “mudança de estado de ânimo que surge de um sentimento generalizado de tristeza, sendo que o grau pode variar desde um desalento moderado até ao mais intenso desespero” (p.139). Tem permanência variável, pois pode desaparecer em poucos dias ou se prolongar por semanas, meses e até ao longo de anos.

Para a maioria dos psiquiatras a depressão ocorre em consequência de uma sensação de perdas sejam materiais, sejam afetivas. No caso da afetiva, a perda não é só por morte ou separação; esta sensação pode advir de um sentimento de decepção em relação aos outros ou até em relação a si mesmo (Silva, 2001).

O termo depressão surgiu desse conjunto de reações em função de similaridades topográficas e físicas da depressão com a geografia de uma região. Também este nome possui vários significados populares, que acompanham sua manifestação e diagnóstico (Capelari, 2003).

Kaplan, Sadock e Greb (1997) comentam da mudança do DSM-III-R para o DSM-IV na nomenclatura do nome, que antes era depressão maior, e, no novo manual, passou a se chamar transtorno depressivo maior. Além disso, o DSM-IV adicionou mais um critério quanto a este transtorno, que seria o de causar comprometimento no funcionamento social ou ocupacional ou acentuado sofrimento para o paciente. O antigo não tinha esse critério, devido a acreditar que “a presença de sintomas, por si só, garantiria a presença deste comprometimento ou sofrimento” (p. 500). Atualmente, várias pesquisas vêm mostrando que isto não é somente a causa.

Conforme o DSM – IV (2000, p.323), o “Transtorno Depressivo Maior é um curso clínico caracterizado por um ou mais Episódios Depressivos Maiores, sem história de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos (Critérios A e C)”. Vale dizer que Episódios de Transtorno do Humor Induzido por Substância (devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina) ou de Transtorno do Humor devido a uma Condição Médica Geral não contam para um diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior. Um outro ponto que merece destaque ao diagnosticar este transtorno é que os episódios não devem ser melhor explicados por um Transtorno Esquizoafetivo, nem devem

estar sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação (Critério B).

O DSM – IV (2000) aponta que o Transtorno Depressivo Maior está associado com uma alta mortalidade. As pessoas com este transtorno e que morrem correspondem a 15%. Já o número de mortos entre pessoas com mais de 55 anos e com este transtorno pode ser quatro vezes maior. Observa-se que pessoas com o Transtorno Depressivo Maior apresentam mais dor e doença física e uma redução do funcionamento físico, social e funcionamento de papéis.

É possível o Transtorno Depressivo Maior ser precedido por um Transtorno Distímico, sendo uma taxa de 10% em amostras epidemiológicas e 15 a 20% em amostras clínicas. É provável que cerca de 10% dos indivíduos com Transtorno Distímico Isolado terão um primeiro Episódio Depressivo Maior. Também podem ocorrer junto com o Transtorno Depressivo Maior: Transtornos Relacionados a Substância, Transtorno de Pânico, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Anorexia Nervosa, Transtorno da Personalidade *Bordeline* (DSM-IV, 2000).

Segundo o DSM – IV (2000), o Transtorno Depressivo Maior é duas vezes mais freqüente em adolescentes do sexo feminino e em mulheres adultas do que em adolescentes e adultos do sexo masculino. Em crianças pré-púberes, meninos e meninas são igualmente acometidos. As taxas em homens e mulheres são mais altas no grupo dos 25 aos 44 anos, sendo menores para homens e mulheres com mais de 65 anos.

O DSM – IV (2000) fala que o Transtorno Depressivo Maior pode acontecer em qualquer idade, mas a média encontrada é em torno dos 25 anos. Dados têm verificado que a idade de início está baixando para aqueles nascidos recentemente.

Pode acontecer em alguns indivíduos com episódios isolados, separados por muitos e anos não tendo quaisquer sintomas depressivos mas, por outro lado, outros têm agrupamentos de episódios e ainda, há indivíduos que têm episódios progressivamente freqüentes à medida que envelhecem (DSM – IV, 2000).

Geralmente, 50 a 60% dos indivíduos com Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único têm um segundo episódio. Já indivíduos com dois episódios têm uma probabilidade de 70% de terem um terceiro e indivíduos que tiveram três episódios têm uma probabilidade de 90% de terem um quarto episódio. É de 5 a 10% a porcentagem dos indivíduos com Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único, de desenvolverem, subseqüentemente, um Episódio Maníaco, ou seja, um Transtorno Bipolar I (DSM – IV, 2000).

Constata-se que o Episódio Depressivo Maior freqüentemente segue um estressor psicossocial severo, como a morte de um ente querido ou divórcio. Pesquisas sugerem que “eventos psicossociais (estressores) podem exercer um papel mais significativo na precipitação do primeiro ou segundo episódio de Transtorno Depressivo Maior e ter um papel menor no início de episódios subseqüentes”. Também, “condições médicas gerais crônicas e Dependência de Substância, principalmente Álcool ou Cocaína, podem contribuir para o início ou a exacerbação do Transtorno Depressivo Maior” (DSM – IV, 2000, p. 326).

O DSM – IV (2000) fala da probabilidade de 1,5 a 3 vezes de o Transtorno Depressivo Maior ser mais comum entre os parentes biológicos em primeiro grau de pessoas com este transtorno do que na população geral. Há evidências de um risco maior de Dependência de Álcool em parentes biológicos em primeiro grau de adultos, “e pode haver uma incidência maior de Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade nos filhos de adultos com este transtorno” (pp. 326-327).

2.2. Diferença entre estados passageiros de melancolia e depressão

O crescimento na prevalência da depressão, principalmente no mundo ocidental, faz dela, ao lado da AIDS, a “doença do fim do século” e também a doença da moda. Dessa forma, ouve-se freqüentemente pessoas dizendo “estar na fossa”, de “baixo-astral” ou “na maior deprê”, palavras que vêm compondo a linguagem do dia-a-dia e com muita freqüência, principalmente entre adolescentes e adultos jovens (Silva, 2001).

Sempre que nos sentimos em algum momento infelizes, é natural nos descrevermos como estando “deprimidos”. Contudo, o emprego vago deste termo confunde uma variação normal de humor com uma síndrome clínica. A verdade é que todos nós sofremos desânimos em alguns momentos, mas só algumas pessoas sofrem de depressão maior.

É muito difícil o desânimo normal prejudicar o funcionamento diário, de maneira significativa, ou permanecer por muito tempo. Este estado pode até beneficiar a pessoa, pois nos períodos de tristeza podemos refletir sobre nossas atitudes, nossos valores, o contexto que envolve o nosso comportamento e, somente a partir disto, criar forças para continuar a viver e amadurer, superando com maior segurança quando nos depararmos novamente com situações difíceis e tristes. Ao contrário da depressão clínica, que traz sofrimentos fortes e duradouros, os quais se intensificam com o passar do tempo e fazem com que a pessoa se desmotive para fazer as tarefas mais simples podendo até chegar a perder a vontade de viver.

Silva (2001) ressalta as diferenças entre os estados passageiros de melancolia com a verdadeira depressão. Em determinados momentos, é possível se apresentar uma tristeza e dela não há quem não padeça em algum momento, com ou sem algo concreto a motivá-la. Por isso, em algumas situações, pode ser anormal não ficar deprimido, como no caso da perda do emprego ou status social, do rompimento amoroso e morte de uma pessoa querida ou, ainda, da descoberta de que se é portador de uma doença grave.

Os médicos denominam esse tipo de depressão como “depressão reativa” ou vivencial, justamente por caracterizar uma reação “normal” à perda. Eles apontam limites, tanto de intensidade quanto de duração, para a “normalidade” da reação. Percebe-se, como exemplo claro de uma depressão reativa “normal”, o caso do luto pela morte de uma pessoa querida (Silva, 2001).

A morte de um ente querido pode desencadear algumas conseqüências. A primeira é que pode acontecer um intenso desespero e tristeza ou certo alheamento, como se a pessoa não percebesse toda a extensão da perda sofrida. Tal estado pode durar de algumas horas até cerca de duas semanas, durante as quais alguns podem não experimentar grande aflição ou angústia, ao passo que outros vivem uma “sensação de torpor e incapacidade para

avaliar quaisquer reações emocionais”. De repente, a pessoa como que “cai na real” e, ao se dar conta de toda a sua plenitude, o quadro de depressão, com as mudanças de comportamento e sintomas característicos aparecem (Silva, 2001).

Geralmente se escuta que alguém adoeceu ou morreu de “tristeza”, após a perda de um ente querido. Constata-se que, durante o segundo ou terceiro ano da morte de alguém, verifica-se entre os seus uma taxa de mortalidade algo mais elevada do que seria de se esperar. Silva (2001) afirma que isso ocorre mais para quem perde um cônjuge que para quem perde outro familiar. Cerca de um em cada cinco viúvos, de ambos os sexos, morre no primeiro ano após a morte do cônjuge. Dado interessante a merecer estudos é a constatação de que essa mortalidade parece ser maior entre os homens que entre as mulheres. Por ser mais freqüente que essa morte de “tristeza” ocorra mais nos homens do que nas mulheres, pois eles sentem a solidão com mais intensidade, ao perderem suas esposas, percebe-se também que a separação faz com que os homens se sintam muito sós, o que acaba desencadeando a depressão.

O mesmo se pode dizer da perda de emprego, status ou reputação social. No primeiro caso, enquanto o indivíduo estiver desempregado, é óbvio que, até por razões de ordem prática, ligadas à sobrevivência, tenderá a ficar deprimido. No segundo caso, a intensidade da depressão terá muito a ver com a importância que o reconhecimento externo tem para a pessoa que sofreu a perda. Em qualquer caso, no estado de melancolia, assim como no luto, após algum tempo a pessoa “dá a volta por cima” e retorna ao ritmo habitual de vida.

Tanto a melancolia quanto a depressão fazem a pessoa perder a capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a diminuir o interesse pelo ambiente. Surge sensação de fadiga ou perda de energia. Contudo, o que diferencia um estado de outro seria a duração, ou seja, o tempo que a pessoa se mantém neste estado.

Por isso, a melancolia pode permanecer na pessoa em torno de duas a seis semanas, e os sinais de depressão começam a diminuir, e já serão mínimos ou até inexistentes, ao final do sexto mês. Contudo, há casos que extrapolam este padrão, configurando uma situação de doença a exigir tratamento. Nesses casos, a duração do quadro depressivo vai além dos seis meses, ou, independentemente da duração, a intensidade é tal que leva a pessoa

a tentativas de suicídio, a isolar-se, de modo a ficar inacessível até para parentes e amigos ou incapacitada para o trabalho por um prazo superior a duas semanas (Silva, 2001).

As teorias psicodinâmicas da depressão enfatizam os mecanismos psicológicos internos. Freud comparou a melancolia às reações de pesar e presumiu que a depressão estivesse relacionada à perda real ou fantasiosa de um objeto, na qual uma identificação narcisista com este resultava na inabilidade em diferenciar a perda externa de uma perda no próprio ego que, por sua vez, conduzia à perda de auto-estima. Também foi postulado que a hostilidade reprimida, voltada contra a própria pessoa, desempenhava um papel na depressão.

2.3. Relação da depressão com o estresse e a ansiedade

Percebe-se, hoje, uma relação entre estresse e ansiedade com a depressão, tanto que uma pode ser a causa da outra ou uma pode ser a consequência da outra. Mas esta relação será vista em fenômenos que coexistem num mesmo paciente.

Atualmente, tem-se escutado bastante as pessoas comentarem que estão ansiosas e estressadas, logo, termos como estes são freqüentemente utilizados na civilização moderna, ao justificarem a forma como as pessoas têm se comportado. Apesar de o estresse e a ansiedade se manifestarem nas pessoas, descontrolando-as em seus comportamentos, não são vistos como um transtorno mental, pois é muito comum, hoje, o indivíduo apresentar estas duas características, pelo menos em um momento de sua vida.

O estresse surge quando o indivíduo está exposto a situações desconhecidas e, de certa forma, sentidas como ameaças. Dessa forma, a pessoa tenta lutar e adaptar-se à situação com a qual está envolvida. Por isso, o estresse seria uma tentativa de o indivíduo fazer modificações para melhor se adaptar aos contextos, os quais surgem em sua vida, conseqüentemente indispensável à sobrevivência humana. Como resultado, vale permanecer em estado de alerta para se sobreviver às ocorrências diárias.

Caso a pessoa não possua boa capacidade de se adaptar às mudanças, isso causará frustrações e decepções. Sendo difícil reagir contra estes sentimentos, o indivíduo poderá provocar estados depressivos.

A ansiedade favorece esta performance e a adaptação do ser humano, sendo necessária certa quantidade dela para se atingir certo grau de eficiência. Ao ultrapassar este limite, a ansiedade exacerbada irá prejudicar a capacidade adaptativa da pessoa.

Diante disso, fatores desencadeantes de estresse e ansiedade são vistos no mundo moderno, por meio da competitividade social, da segurança social, das perspectivas futuras e mais uma infinidade de ameaças abstratas e reais, porque isso tudo acaba apresentando um mesmo valor de ameaça e perigo para as pessoas. O ser humano se depara com um medo pregado pela sociedade e o resultado é que ele adquire isto como uma regra e impõe que ela seja alcançada, com o objetivo de satisfazer sua felicidade.

A partir disto, justifica-se a ansiedade com sentimentos de apreensão, uma previsão de que algo está para acontecer, um estado de alerta e uma pressa para termina algo que muitas vezes nem se começou. Os sinalizadores de estímulos reforçadores negativos podem participar de um quadro de ansiedade, como por exemplos: um alto nível de desemprego que existe em nosso país, a inflação altíssima, que eleva os preços, as dificuldades nos relacionamentos interpessoais, em educar os filhos, a insegurança diante de um futuro não previsível, o medo de assaltos ou de animais, entre outros.

Por isso, a forma como se aprende a comportar diante de eventos estressores é importante para uma sobrevivência tranqüila e satisfatória. Isso provém de regras ensinadas pelos pais e a própria cultura da qual faz parte o indivíduo, são influenciadoras na forma de agir.

Skinner (1978) apresenta a ansiedade, quando há “um estímulo que preceda caracteristicamente um forte reforçador negativo e tem um efeito de longo alcance” (p.176). Diz ainda que, a ansiedade “evoca um comportamento que foi condicionado pela redução de ameaças semelhantes e também elicia fortes respostas emocionais” (p.176).

Para Skinner (1978), a ansiedade é o resultado da maioria de estímulos aversivos fortes, que são precedidos por estímulos característicos. Contingências como essa apresentam-se no controle de nosso comportamento e, muitas vezes, podem estar junto com a punição. Já a depressão pode ser tida como consequência de ansiedade intensa ou prolongada e, por sua vez, é definida como resposta a estímulos aversivos. Subentende-se assim uma história prévia de esquemas de punição (Lettner e Rangé, 1988).

O padrão emocional da ansiedade é percebido como uma reação sem propósito útil, pois serve para influenciar o comportamento normal do indivíduo e pode mesmo desorganizar o comportamento de evitação que, seria eficiente ao lidar com as situações. As respostas de evitação são representadas como uma fuga dos componentes emocionais da ansiedade (Skinner, 1978).

Ao comentar os efeitos da ansiedade, Skinner (1978) percebe que o próprio estado de ansiedade é uma causa e designa um comportamento. Sendo assim, considera a ansiedade como “um conjunto de predisposições emocionais atribuídas a um especial tipo de circunstâncias” (p. 179).

A ansiedade provém de uma experiência da pessoa numa situação de perigo e de desamparo. No contexto de perigo podem ter acontecido coisas penosas. Se há uma situação de ameaça, a pessoa vai experimentar ansiedade como um sinal de perigo iminente.

Matos (2001) explica ansiedade como sendo o medo interiorizado, no qual fica registrada a perigosidade de determinada situação relacional. A repetição de situação idêntica faz resultar no medo. “É uma reação de prevenção adaptativa automática”. “O analisador de sinais funciona de uma maneira automática, sem ter de proceder a uma operação intelectual consciente. O indivíduo ficou condicionado a determinadas experiências, que interpreta como perigosas à primeira vista, sem saber por quê, sem sequer perceber do que é que tem medo” (p.186).

A separação entre os estados ansiosos e a depressão tem sido uma das áreas da psiquiatria sobre a qual tem havido mais controvérsia e várias investigações foram feitas com o objetivo de examinar aspectos específicos de cada uma dessas doenças. Portanto, o que tem ocorrido, hoje, é que o clínico geral tem feito a separação entre ansiedade e depressão e

isso não tem sido útil, sendo preferível levar em conta a substancial sobreposição entre os dois diagnósticos. Dessa maneira, as questões que se põem ao médico são, em primeiro lugar, como identificar o doente que sofre de depressão ou de ansiedade, ou de estados mistos de ansiedade e depressão e, em segundo lugar, qual a escolha terapêutica a se adotar (Montgomery, 2000).

Um certo grau de ansiedade é normal, no dia-a-dia, a qual, muitas vezes, é útil para provocar ações. A emoção da ansiedade é experimentada como normal, se for adequada às circunstâncias, e pode um acontecimento acompanhar naturalmente o estímulo necessário para se lidar com uma situação específica. O excesso de ansiedade afeta as pessoas por meio de sintomas, quer psíquicos quer somáticos, os quais incluem sentimentos de medo e de pânico, palpitações, sudorese, tremores etc., suscitados por uma situação que se teme, como um exame ou uma intervenção em público.

A emoção ansiedade resulta no paradigma básico: luta e fuga, os quais resultam da resposta autonômica ao estímulo ameaçador e também provocam a resposta adequada. O limite entre o que podemos aceitar como ansiedade normal e patológica é, em grande parte, determinado pelo nível de funcionamento do indivíduo ansioso. Nos casos em que a ansiedade é tal que já não há resposta adequada às tensões do dia-a-dia, do trabalho ou das relações, é preciso ajuda, embora esta não tenha de ser, necessariamente, sob a forma de medicação (Montgomery, 2000).

A grande cobertura hoje dada pelos meios de comunicação social ao estresse provocado pelo estilo de vida do mundo ocidental e os seus efeitos negativos na condição humana despertam a exigência de um maior número de terapêuticas ansiolíticas, as quais são um fenômeno relativamente recente. Embora, ao longo da história, sempre se procurou por meios farmacológicos aliviar os sofrimentos, quer com opiáceos quer, com cocaína, ou através do uso do álcool ou do tabaco.

Diversas pesquisas têm demonstrado, por exemplo, que a doença psicológica passa freqüentemente despercebida na clínica geral e, em particular, que a depressão, mesmo que seja grave, pode não ser observada. Vários casos diagnosticados como estados ansiosos ou sem qualquer diagnóstico feito pelo médico, dos cuidados primários, seriam diagnosticados como depressão, por um psiquiatra. Verifica-se uma maior facilidade

em diagnosticar a ansiedade do que a depressão. Isto acontece porque as queixas imediatas são dos sintomas somáticos da ansiedade, quando relatam os doentes, mas podem também não descrever com tanta facilidade os sintomas depressivos (Montgomery, 2000).

O conceito de ansiedade proporciona um diagnóstico que não é médico, tendo elos com a linguagem do dia-a-dia. O diagnóstico permite uma discussão na qual o médico sabe se o doente compreendeu o seu estado e qual a causa dele, seja relevante ou não. Dessa forma, os doentes sentem-se reconfortados com a idéia de que não existe uma doença que necessita de tratamento intenso, mas um estado bastante compreensível para o qual é necessária alguma ajuda (Montgomery, 2000).

Conhece-se a relação de sintomas ansiosos e depressivos nas perturbações depressivas. Contudo, não seria sensato utilizar somente os sintomas ansiosos para distinguir entre estados ansiosos e doença depressiva. Sendo necessário, o médico fará uma investigação mais detalhada, ao verificar a possibilidade de depressão subjacente.

Segundo o DSM – IV (2000), o sistema de diagnóstico avalia as perturbações de ansiedade em subgrupos cada vez mais restritos, embora não se torne imediatamente aparente a justificação para esta atitude, com base na resposta às terapêuticas ou no prognóstico.

O DSM - IV (2000) assim classifica as perturbações ansiosas:

1. Perturbação de Pânico com agorafobia;
2. Perturbação de Pânico sem agorafobia;
3. Agorafobia sem história de perturbação de pânico;
4. Fobia Social;
5. Perturbação Obsessivo–Compulsiva;
6. Perturbação de Ansiedade Generalizada.

Os doentes com ansiedade queixam-se de sintomas somáticos, como palpitações, boca seca, perturbações visuais ou uma variedade de sensações dolorosas, tanto ou mais do que das experiências psíquicas de preocupação desnecessária. Também é possível apresentar uma variedade de queixas ou concentrar-se apenas em um ou dois sintomas. O

indivíduo sente ainda medo dos próprios sintomas e esta preocupação o direciona a consultar um médico. Todos estes sintomas podem associar-se também ao estresse, sendo geralmente transitórios e desaparecem à medida que as circunstâncias mudam ou com o ajustamento adequado por parte do doente (Montgomery, 2000).

Na maioria das vezes, a ansiedade ligeira responde a simples palavras de apoio, quer ditas pelo próprio indivíduo, quer reforçadas pelo profissional de saúde. É evidente que o tempo de consulta é pouco para as sofisticadas técnicas de reaprendizagem comportamental, dirigidas para tratar comportamentos inadequados. Contudo, o simples aconselhamento, individual ou em grupo, parece ser útil e pode ser ministrado por enfermeiros, psicólogos e outros profissionais, assim como pelo médico. Em muitos casos isto não acontece, sendo suficientes as palavras de apoio e a atitude terapêutica de escutar o doente. No entanto, se surgirem os sintomas de uma doença subjacente, este período de avaliação representou a oportunidade para a sua identificação precoce (Montgomery, 2000).

A terapêutica antidepressiva pode contribuir para a capacidade ou vontade do doente de aceitar os programas de terapia comportamental. Dá-se credibilidade a um trabalho conjunto, envolvendo a psicofarmacoterapia e a terapia comportamental. Sendo estas usadas em conjunto, será possível reduzir a resposta esperada e, na verdade, a combinação pode aumentar a eficácia global do tratamento.

Na maioria dos doentes, vê-se que o estresse é o fator precipitante e que uma psicoterapia os ajudaria nos seus problemas de relacionamento. Sendo assim, o próximo capítulo é acerca do tratamento da depressão, sendo este de grande validade também para o controle da ansiedade e do estresse.

2.4. Aspectos fisiológicos da depressão

Os fatores genéticos têm importância significativa no desenvolvimento de um transtorno de humor. Todavia, a herança genética se relaciona com diversos fatores, dessa forma, não se exclui a influência de fatores psicossociais que podem ser a causa no desenvolvimento dos transtornos do humor em, pelo menos, algumas pessoas. Sabe-se

também que fatores psicossociais e genéticos podem afetar os biológicos. Os fatores biológicos e psicossociais também podem influenciar a expressão dos gens; os fatores biológicos e genéticos podem influenciar a resposta de uma pessoa aos fatores psicossociais (Kaplan, Sadock e Greb, 1997).

De acordo com estudos familiares, a transmissão hereditária do transtorno bipolar I é mostrada pelo fato de que cerca de 50% de todos os pacientes com transtorno bipolar I têm, pelo menos, um dos pais com transtorno do humor, mais freqüentemente transtorno depressivo maior. Neste caso, se um dos pais tem transtorno bipolar I, há uma probabilidade de 25% de qualquer um dos filhos ter um transtorno do humor; agora, se ambos os pais têm transtorno bipolar I, há uma probabilidade de 50 a 75% de que um filho também tenha um transtorno (Kaplan, Sadock e Greb, 1997). Sabe-se também que a depressão unipolar tem mais alterações imunológicas do que a bipolar. As alterações imunológicas estão mais positivamente correlacionadas em pacientes que sofrem de graus graves de depressão (Nunes, 2003).

Estudos de adoção indicam que pais biológicos de filhos adotivos com transtorno do humor têm uma expectativa de transtorno do humor similar à dos pais de filhos não adotivos, com transtorno do humor. Esse indício dos transtornos do humor nos pais adotivos se assemelha à expectativa básica na população geral. Um dado também encontrado em estudos de adoção é que os filhos de pais afetados permanecem em risco aumentado de um transtorno do humor, mesmo se forem criados em famílias adotivas não afetadas (Kaplan, Sadock e Greb, 1997).

Ao se admitir que a herança é genética nas perturbações afetivas, qual seria a natureza? Diante desta pergunta, a hipótese mais aceita, nas duas últimas décadas, implica a função alterada de uma ou mais monoaminas, que atuam como neurotransmissores sinápticos ou moduladores neuro-hormonais nas transmissões nervosas do sistema nervoso central (Baldessarini e Ross, 1982, citados em Lettner e Rangé, 1988).

Estudos de metabolismo das aminas foram realizados por Weil-Malherbe (1967, citado em Lettner e Rangé, 1988). As aminas mais estudadas são: a catecolamina norepinefrina NE e a indolamina serotonina – 5 hidroxi-triptamina 5HT. Posteriormente,

também foram feitas considerações sobre a função alterada da acetilcolina (Lettner e Rangé, 1988).

Sabe-se que todas estas substâncias são sintetizadas, armazenadas e liberadas nos botões terminais de neurônios específicos no cérebro, medula, ou nervos do sistema nervoso periférico e também destruídas e inativadas por meio de enzimas como a monoaminoxidase (MAO) e o catecol-o-metil-transferase (COMT), para serem novamente tomadas pelo SNC num processo atualmente considerado o mais importante na dinâmica de atuação das aminas (Lettner e Rangé, 1988).

A presença destes neurotransmissores no SNC, de maneira ampla e difusa, indica que eles atuam no sentido de estimular atividades tônicas que incluem a regulação das funções autonômicas como vigília, sono, sede, agressão, movimentos, ritmos circadianos e função hipotalâmico-hipofisária. O tema principal destas observações está em que substâncias que consomem, inibem a síntese ou bloqueiam as ações das monoaminas, principalmente das catecolaminas, tendem a produzir depressões em indivíduos susceptíveis, enquanto que substâncias que aumentam a disponibilidade ou as ações catecolaminas têm efeito estimulante (Lettner e Range, 1988).

Os neurotransmissores são os produtos químicos que transportam as mensagens de uma célula nervosa, ou neurônio, a outra. A baixa atividade desses dois produtos: a norepinefrina e a serotonina, tem sido estreitamente ligada à depressão unipolar (Delgado e Moreno, 2000, citados em Comer, 2003).

Uma hipótese também comentada da depressão seria a desregulação do eixo-hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA). Isto é explicado pela hiperatividade do fator liberador de corticotrofina (CRF), a qual está envolvida no início e manutenção da depressão (Bateman, 1989, citado em Nunes, 2003). Fala-se que o mais importante no mecanismo de controle do sistema HHA na depressão é uma retroalimentação através de receptores de corticosteróides. Na depressão, a plasticidade dos receptores glicocorticóides no cérebro está diminuída. Além disso, há evidências de que uma redução nos níveis circulantes de glicocorticóides resulta em uma diminuição no “*turnover*” da serotonina cerebral, no hipocampo dorsal e uma supressão da formação do AMP cíclico, estimulado pela noradrenalina no córtex e no hipocampo (Leonard, 1995, citado em Nunes, 2003).

O aumento da atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) e a hipersecreção de cortisol em depressivos e estresse estão associados à diminuição do número e da sensibilidade dos receptores glicocorticóides no cérebro, com prejuízo na inibição da retroalimentação negativa pelo cortisol ao nível de hipocampo, hipotálamo e pituitária (Leonard, 1996, citado em Nunes, 2003).

Em adição à hipersecreção do cortisol, tem sido relatado o aumento da concentração do fator de liberação de corticotrofina (CRF) no líquido cerebrospinal de pacientes depressivos. O CRF é o principal ativador do eixo HHA e um importante ativador do sistema nervoso autônomo. O aumento de CRF libera noradrenalina (NA), dopamina e serotonina (5HT). Dessa maneira, a desregulação noradrenérgica e serotoninérgica central têm sido relacionadas a transtornos depressivos e de ansiedade. (Nemeroff, 1988, 1998, citado em Nunes, 2003).

Para Guyton & Hall (2002), o tronco cerebral é composto por “um número moderado de neurônios secretores de norepinefrina, que está localizado no tronco cerebral, especialmente no *locus ceruleus*”. Esses neurônios enviam fibras ascendentes para a maioria das partes do sistema límbico, para o tálamo e para o córtex cerebral. Também, muitos neurônios produtores de serotonina estão localizados nos núcleos da rafe da linha média da ponte inferior e do bulbo e enviam fibras para muitas áreas do sistema límbico e para algumas outras áreas do cérebro” (p.647).

Amen (2000) comenta que o déficit dos elementos neuroquímicos e neurotransmissores, especialmente a norepinefrina e a serotonina, faz com que haja um aumento do metabolismo ou a inflamação do sistema límbico profundo que, por sua vez, provoca muitos dos problemas associados com a depressão. Devido ao sistema límbico profundo estar intimamente ligado aos estados mentais, quando ele está hiperativo, os problemas de depressão resultantes transformam-se em algo que vai aumentando até afetar todas as outras funções desse sistema.

Existem drogas antidepressivas quase que puramente noradrenérgicas e clinicamente efetivas, como exemplo, tem a desipramina. Por outro lado, há os inibidores da recaptação da serotonina (ISRSs), por exemplo, a fluoxetina. A serotonina tornou-se o

neurotransmissor de amina biogênica mais associada com a depressão (Kaplan, Sadock e Greb, 1997).

Não se pode esquecer que, apesar de a noradrenalina e a serotonina serem as aminas biogênicas mais freqüentemente associadas com a fisiopatologia da depressão, a dopamina, teoricamente, também desempenha um papel na depressão. Dessa maneira, sugere-se uma possível redução da atividade dopaminérgica na depressão e aumento na mania. As drogas que reduzem as concentrações de dopamina, como é o caso da reserpina, e as doenças que reduzem as concentrações de dopamina, como a doença de Parkinson, por exemplo, estão associadas com sintomas depressivos (Kaplan, Sadock e Greb, 1997).

O sistema da norepinefrina e o sistema da serotonina, normalmente, oferecem o estímulo ao sistema límbico, para aumentar a sensação de bem-estar de uma pessoa, criar felicidade, contentamento, bom apetite, impulso sexual apropriado e equilíbrio psicomotor, embora o próprio excesso dessas coisas boas possa causar mania. Dessa maneira, os centros de prazer e de recompensa do hipotálamo e das áreas em volta recebem grande número de terminações nervosas dos sistemas da norepinefrina e da serotonina (Guyton & Hall, 2002).

Além disso, as drogas que aumentam as concentrações de dopamina, por exemplo, a tirosina, anfetamina e bupropion, reduzem os sintomas depressivos. Atualmente, há duas teorias que envolvem a dopamina e a depressão: são de que o tracto mesolímbico dopaminérgico poderia estar disfuncional e de que o receptor de dopamina do tipo 1 (D1) poderia estar hipoativo na depressão (Kaplan, Sadock e Greb, 1997).

Assim, a falta de dopamina pode levar à anedonia e ao retardamento. A falta de norepinefrina pode ocasionar anergia e anedonia, enquanto seu excesso pode contribuir para agitação e mania. A falta de serotonina pode levar à agitação e insônia. Um excesso de acetilcolina pode ser o responsável pelo retardo psicomotor e sentimento deprimido. Qualquer disfunção de um dos sistemas pode contribuir para a alteração dos biorritmos. A proposição típica para demonstração é que, se os antidepressivos aumentam a ação da serotonina ou norepinefrina e os antimaníacos tendem a diminuir sua função, então o oposto reflete a fisiopatologia da condição sob o tratamento (Svenssen e Ushin, 1978; Snyder e Yamamura, 1977; Richelson, 1979, citados em Lettner e Rangé, 1988).

O diagnóstico das depressões implica sempre a consideração de dois aspectos fundamentais: a avaliação da condição depressiva e a avaliação da condição neurofisiológica ou neuroendócrina. Em termos fisiológicos, a existência de alterações neuroendócrinas nos estados depressivos, em relação à regulação do metabolismo hormonal, tem sido investigada há anos. Recentemente foram descritas muitas anormalidades como características das depressões graves, especialmente ao longo do eixo adrenérgico-hipotalâmico-pituitário (Lettner e Rangé, 1988).

É imprescindível o hipotálamo para a regulação dos eixos neuroendócrinos. Ele próprio também recebe muitas aferências neuronais, que usam neurotransmissores de amina biogênica. Dessa forma, a regulação anormal dos eixos neuroendócrinos pode ocorrer de um funcionamento anormal dos neurônios que contêm aminas biogênicas. Embora, teoricamente seja possível uma desregulação de um eixo neuroendócrino, como é o caso do eixo da tireóide e do eixo adrenal, estar envolvida na causa de um transtorno do humor, as desregulações são, mais provavelmente, reflexos de um transtorno cerebral básico (Kaplan, Sadock e Greb, 1997).

Como principais eixos neuroendócrinos de interesse no transtorno do humor tem-se: o adrenal, o da tireóide e o do hormônio do crescimento. Outras anormalidades neuroendócrinas descritas em pacientes com transtornos do humor incluem: secreção noturna diminuída de melatonina, liberação diminuída de prolactina à administração de triptofano, níveis basais diminuídos de hormônio folículo-estimulante, (FSH) e hormônio luteinizante (LH) e níveis diminuídos de testosterona em homens (Kaplan, Sadock e Greb, 1997).

A respeito dos fatores fisiológicos, o tratamento médico das depressões visa à correção das perturbações neuroendócrinas subjacentes às alterações comportamentais e é realizado através da administração de drogas (psicofarmacologia) ou com a adoção de medidas físicas (eletroconvulsoterapia). Nos últimos anos, tem-se desenvolvido a qualidade e a quantidade de novos psicofármacos antidepressivos, baseados em propriedades fisiológicas ou aspectos bioquímicos das conexões sinápticas centrais. Há aqueles cuja função é predominantemente inibidora sobre a monoaminoxidase e outros que influem na recaptação de aminas biológicas ou interferem com a bomba de aminas, alterando a sensibilidade da membrana celular (Lettner e Rangé, 1988).

Assim, não se pode esquecer que as teorias biológicas da depressão que envolvem os fatores genéticos, monoaminas, eixo hipotalâmico-hipófise-adrenal, interagem com os acontecimentos vitais e com o estresse ambiental. Dessa forma, temos ainda os acontecimentos vitais na infância, que podem influenciar as pessoas depressivas na vida adulta. Então, de uma forma geral, o indivíduo encontra-se em volta de uma série de fatores como: o impacto de estresse da vida, o desenvolvimento de transtorno de ansiedade e afetivos na vida adulta, que exercerão influências nos fatores genéticos, no sistema cerebral e em todo o organismo do indivíduo.

CAPÍTULO 3 - ETIOLOGIA

3.1. Estilos e modo de vida atuais desencadeadores de depressão

Cavalcante (1997) fala que a existência da depressão começa a partir da interação social da qual o indivíduo participa. Dessa maneira, Cavalcante entende a depressão como sendo “um fenômeno cuja dimensão maior ou menor é um processo de interação social” (p.2), sendo causada pela comunidade da qual faz-se parte.

Ao se refletir sobre o motivo da depressão atual, percebe-se que a experiência humana universal tem sido marcada pelo pessimismo e pelo desinteresse. A respeito dessa experiência humana é, provável que seja causada, na maioria das vezes, pelas realidades quotidianas, as inevitáveis infelicidades da existência, mas participa também de toda meditação sobre a insanidade do mundo.

No mundo atual, as pessoas buscam sobreviver e não viver com qualidade de vida. Dessa maneira, a população do universo luta para manter um lugar para morar, onde não falte comida e nem o que beber. Beckert (2002) comenta que, de um lado, há a miséria e a luta pela sobrevivência, enquanto de um outro há um grande número de pessoas “lutando por sua sobrevivência emocional, afetiva e psicológica” (p.39).

Também se percebe que, quanto mais o ser humano tem, mais ele deseja ter. Por isso, com o passar dos anos, cada vez mais o sofrimento do homem vem aumentando. A tecnologia, a rapidez com que as coisas são divulgadas na mídia proporcionam a busca desenfreada pelo ter. Quando as pessoas não alcançam seus objetivos, acabam se frustrando com muita facilidade.

O ser humano não tem tido tanta resistência às frustrações. Isto se percebe, quando uma perturbação ataca um indivíduo comum, independente de sua personalidade ser normal ou patológica, fazendo com que a perturbação seja curada por medicamentos rapidamente, na maior parte dos casos. A tentativa de não deixar a perturbação afetar o comportamento das pessoas acontece no encontro com o desespero, associada às formas da experiência vivida da condição humana.

Atualmente, grande parte das pessoas têm estado deprimidas em uma ou outra época de suas vidas, sendo que a maioria não se encontra só infeliz; outras pensam que conseguem resolver a própria depressão sem procurar ajuda psiquiátrica; ainda, há pessoas que consideram importante a ajuda de um amigo ser mais útil que um médico. As pessoas têm-se encontrado propensas ao pessimismo, pela falta de esperança e interesse.

Talvez a causa disto tudo seja a competição por empregos, melhores salários, concorrências desleais, descobertas científicas para a cura de doenças. Estas são imposições feitas pelo mundo e as pessoas acabam aderindo a uma filosofia de vida que busca a rapidez e que quer tudo para o dia seguinte. Percebe-se que, hoje, as pessoas não têm paciência para esperar as coisas acontecerem, por isso acabam se estressando, apresentando um nível de ansiedade elevada, para realizarem suas conquistas rapidamente.

Reflete-se um contexto de vida atual, onde a experiência de vida faz com que algumas coisas percam o valor e outras se tornam mais desejadas e também difíceis de serem alcançadas. Tanto que o objeto de desejo do passado já não é mais buscado, hoje. Por isso, uma maneira de vida simplista pode ser que traga mais paz e felicidade para as pessoas, mas tendo-se cuidado com o que o contexto de vida atual tem pregado para as pessoas, pois muitas delas podem se perder por este caminho que causará muitas pressões, frustrações e lutas desenfreadas, que as tornam escravas de si mesmas.

Cavalcante (1997) comenta que “ao lado de outros fatores, múltiplas influências culturais podem contribuir para a depressão como, por exemplo, a crescente alienação e estresse presentes nas sociedades industriais e crenças culturais acerca do comportamento humano”. As crenças culturais difundidas, atualmente, transmitem pelos meios de comunicação idéias sobre o conceito psicológico de saúde, passando informações sobre prazer e relações humanas tranquilas, eliminando situações que provoquem sentimentos e pensamentos ruins, evitando-se o desencadear da depressão.

Geralmente, os indivíduos com depressão, ao perceberem que os sintomas estão por aparecer, tentam controlar as experiências privadas indesejadas, identificando as contingências ambientais. Dessa maneira, Cavalcante (1997) relata que a visão cultural surgiria por meio de sintomas que traduziriam alguns dos sentimentos e pensamentos humanos.

Skinner (1978) fala que fenômenos subjetivos correspondem aos eventos privados e estes são relacionados a condições físicas privadas e a condições encobertas. Moore (1995, citado em Cavalcante, 1997) destaca que esses fenômenos não modulam os comportamentos manifestos. A diferença destes eventos privados para os públicos é que os primeiros são únicos ao indivíduo e inacessíveis a uma observação pública.

Silva (2001) cita duas explicações possíveis para uma reação doentia de luto. A primeira relaciona-se com o próprio perfil psicológico da pessoa, sua maior ou menor tendência a deprimir-se e a perda, neste caso, seria apenas o desencadeante de um quadro que, mais dia, menos dia, iria acontecer por si mesmo ou a pretexto de outra perda qualquer. A segunda é a aceitação, talvez a mais difícil para a maioria das pessoas, o sentimento de culpa que se alimenta com relação a quem morreu. Este sentimento, advindo da sensação consciente ou inconsciente de não ter amado o falecido, de não ter feito por ele, enquanto vivo, tudo o que mereceria, de ter sido injusto, mau ou tê-lo ofendido, é o pano de fundo do luto anormal ou patológico, podendo ser, até mesmo, causa de doenças orgânicas.

3.2. Variáveis envolvidas no comportamento da pessoa deprimida

Ao se pensar em causas da depressão, vem logo a idéia de acontecimentos vitais estressantes como precedentes. Isto é, contingências ambientais negativas, como: a perda de um ente querido, a perda do trabalho, mudanças para longe da família e de amigos, casamento fracassado, rejeição e velhice, podem desencadear este mal.

São pessoas que perderam seus reforços positivos na vida. Dessa forma, alguns eventos ambientais positivos podem ter um efeito paradoxal no humor do indivíduo. É o caso de alguém que, quando alcança um importante objetivo na vida; este fato resulta em emoções negativas, que são geradas pela efetiva eliminação de um objetivo na vida da pessoa. A obtenção de uma promoção ou o nascimento de um filho pode causar respostas emocionais negativas, por constituir uma responsabilidade ameaçadora.

Algumas circunstâncias ambientais afetam a qualidade das emoções no indivíduo e sua forma de comportar-se na situação. Por exemplo, “um chefe pode fazer

exigências pouco racionais e não reconhecer os esforços do indivíduo, criando problemas especiais”. Toda situação traz consigo uma grande quantidade de estímulos. No caso do “indivíduo que perde o trabalho, não sofre só com esta perda, mas também com outros eventos circunstâncias, tais como, ter que gastar uma poupança, perda de status, de ser valorizado pelo grupo, ter que resistir a gastos não essenciais, deixar de participar de atividades de lazer ou equivalentes. Todas estas circunstâncias podem eliciar respostas emocionais negativas” (Britto, 2003, p. 65).

Há pessoas que fazem a própria vida andar em volta de reforços negativos, isto é, acontece um reforço negativo toda vez que alguma coisa, geralmente desagradável, é subtraída de uma situação, ou deixa de acontecer. É provável que o deprimido aprenda um repertório mais restrito e escasso, ou seja, existe um repertório emocional presente, fazendo este indivíduo aprender respostas emocionais negativas de medo, ansiedade, ódio ou desgosto a uma variedade de circunstâncias.

A depressão pode ocasionar ausência de respostas, o que supõe um comportamento passivo. Isto acontece quando há presença de estímulos aversivos exercidos pelo meio e controlam o repertório da pessoa deprimida e há ausência de estímulos positivos proveniente de seu próprio repertório. Dessa forma, as pessoas passivas podem ter criado um estilo de vida que não permita grande ocorrência de reforços, pois irão reagir ao ambiente. Por exemplo, trabalham em um lugar de que não gostam, são sozinhas, não têm amigos, não têm vontade de sair para lugar algum, não fazem nada para mudar as situações, são pessimistas (Ferster, 1977).

Ferster (1977) comenta sobre a reação de um deprimido, com característica de passividade diante de uma situação, onde uma outra pessoa tem a iniciativa em situações de interação social. Pode acontecer das seguintes maneiras: a pessoa passiva vai emitir poucos desempenhos, seja porque é reforçada de forma negativa ou reforçada por evitar a presença de estímulos aversivos. Pode ser também que o passivo reaja de forma a ficar em silêncio ou se isole, para evitar situações em que não concorde com a outra pessoa. Geralmente, pessoas passivas não assumem responsabilidades por seus atos, esperam que os outros tomem as decisões por elas. O motivo de elas reagirem desta forma se deve à aversão de comportamentos como culpa e críticas das outras pessoas (autocensura).

O repertório de uma pessoa ativa é designado por desempenhos que removem, alteram ou escapam da situação aversiva. Em contraste, o comportamento da pessoa deprimida que age de maneira passiva é constituído do estímulo aversivo que produz “esquiva mágica” ou “esquiva ampliada”; podendo ainda desintegrar o comportamento que está acontecendo devido aos estímulos aversivos (Ferster, 1977).

Durante a fase de desenvolvimento da pessoa deprimida, é possível ela ter escutado um repertório lingüístico caracterizado por sentimentos negativos. Dessa forma, com o passar dos tempos, a pessoa pode repetir aquele repertório de linguagem negativa e cada vez mais responderá aos eventos ambientais na interação com os outros, usando de autoconceitos negativos. Muitas vezes, se deparará reclamando da vida, considerando tudo o que acontece ao seu redor de forma negativa e percebendo momentos que vão contra ela. Logo, o comportamento verbal seria justificado como função de contingências de reforçamento, providas por uma comunidade verbal. Esta comunidade verbal caracteriza-se por estímulos sociais aversivos, envolvendo ausência de estímulos reforçadores, que seria a extinção; ou a punição, que seria uma estimulação aversiva inevitável e que provoca uma redução comportamental e interfere no efeito subsequente de contingências de reforçamento.

Uma pessoa com muitos estímulos reforçadores negativos, em diferentes campos de sua vida, pode apresentar depressão. Exemplos disto seriam: alguém que possui um casamento com muitas brigas, ausência de vida sexual, perde o emprego, não possui um bom relacionamento com seus familiares, não tem amigos, não tem dinheiro para sair, para passear.

No caso da pessoa citada anteriormente, verifica-se que os seus sonhos e esperanças estão distantes de sua realidade, pois para a pessoa deprimida são coisas que nunca vão se realizar. Por outro lado, uma pessoa com um ótimo relacionamento com a família, realização profissional, muitos amigos e passeia muito, corresponde a um indivíduo com uma autolingüagem positiva da realidade (isto é, há estímulos sociais reforçadores, como fazer elogios e dar respostas de compreensão às pessoas) logo, tem-se a representação de uma pessoa menos vulnerável à depressão.

Ferster (1965, citado em Ferster, 1977) foi um dos primeiros a relacionar o estado de depressão com a história de reforçamento do indivíduo. Propôs uma análise

funcional da depressão, ao invés de simples descrição topográfica. Somente através da investigação de antecedentes e conseqüentes, o comportamento depressivo poderia ser entendido. Afetos ou cognições estariam desempenhando papéis secundários, já que somente a relação funcional do comportamento com o ambiente seria considerada diretamente ligada com a depressão.

Ferster (1977) afirma que o repertório de uma pessoa normal e o de uma depressiva são praticamente indistintos, a não ser pela freqüência e pelas condições que as mantêm. Sendo assim, a depressão foi definida como uma freqüência decrescente de comportamento positivamente reforçado e um aumento na freqüência de comportamentos de fuga e esquiva. Para se definir clinicamente a depressão, é necessário observar a freqüência de várias classes de atividades da pessoa deprimida e comparar à de uma pessoa não deprimida. A característica mais percebida da primeira pessoa é a perda de certos tipos de atividades, conjugada a um aumento das atividades de fuga e esquiva, como reclamações, choro e irritabilidade. Ferster (1973, citado em Lettner e Rangé, 1988) afirma que independentemente do substrato fisiológico do comportamento do indivíduo deprimido, é necessário identificar a relação funcional entre comportamento e ambiente e também observar o modelo que o mantém.

Segundo Skinner (1995), os terapeutas comportamentais atribuem o que é feito a dois tipos de conseqüências seletivas: o comportamento inato para a seleção natural e o comportamento aprendido para reforçamento operante. Esta relação se faz a partir da dotação genética, a qual nada é, até ter sido exposta ao meio ambiente. A exposição a modifica imediatamente, ou seja, uma dada instância é usualmente um produto de ambos em conjunto. Isto pode ser verificado quando as pessoas não agarram as coisas de uma determinada maneira “com intenção de segurá-las firmemente”; agarram-nas de maneira que lhes permitam segurá-las firmemente, uma seqüência reforçadora.

Conforme o behaviorismo radical, o comportamento é um produto da relação entre organismo e ambiente, sendo tal relação o seu objeto de estudo. Mesmo assim, toda ciência busca as causas do processo que se realiza no interior das coisas e que são seu objeto de estudo. Contudo, esse meio ora foi útil e ora, não. Então, percebe-se que a objeção aos estados interiores não é a de que eles não existem, mas a de que não são relevantes para uma análise funcional, uma vez que não é possível dar conta do comportamento de nenhum

sistema, enquanto se permanece inteiramente dentro dele. Assim, é necessário buscar forças que operem sobre o organismo, agindo de fora (Skinner, 1978).

Diante de tantos estudiosos, a concepção comportamental associa a depressão às mudanças contingenciais a que as pessoas estão expostas. Durante as décadas de 1970 e 1980, o pesquisador clínico Peter Lewinsohn propôs que “as recompensas positivas na vida diminuem para algumas pessoas, levando-as a adotar comportamentos cada vez menos construtivos” (Comer, 2003, p.145).

Tourinho (1997, citado em Comer, 2003) verifica que na perspectiva comportamental, “é apenas a partir das contingências sociais que os indivíduos vêm a reagir de um modo particular a suas condições corporais; as contingências e os modos de reação, por outro lado, são verbais” (p.179). Isto quer dizer que a pessoa deprimida apresenta o evento privado como fenômeno psicológico e tem uma existência determinada e limitada pelas práticas sociais com as quais ela interage.

Lewinsohn e outros behavioristas fizeram vários estudos e comprovaram que as pessoas deprimidas tiveram menos recompensas sociais do que as não deprimidas. Também, descobriram que, quanto mais seu humor melhora, mais recompensas sociais vão ter (Joiner e Coyle, 1999; Lara e Klein, 1999, citados em Comer, 2003). É certo que a quantidade de recompensas se deve à quantidade de interação deste indivíduo com o ambiente, mas isto só acontece se o indivíduo estiver com muitos estímulos reforçadores a sua disposição. Contudo, o comportamento do depressivo não favorece a obtenção e manutenção da interação social e são geralmente vistos como aversivos e evitados por outros.

Catania (1999) fala de extinção, quando há a suspensão de estímulos reforçadores, ou seja, “os estímulos aversivos ocorrem, mas as respostas já não os adiam e não previnem” (p.405). Ferster (1973, citado em Beckert, 2002) comenta de uma diminuição na frequência do comportamento positivamente reforçado e um aumento do comportamento de esquivar-se ou fugir de eventos indesejáveis. Logo, as pessoas depressivas comportam-se muito mais de forma a evitar ou fugir de algo que não desejam do que a fim de buscar conseqüências desejadas.

Cavalcante (1997) relaciona a depressão em indivíduos com histórias de punição prolongadas e inevitáveis. Cita o abuso físico e/ou sexual de crianças ou de sua associação a pais excessivamente críticos e exigentes. Skinner (1978) mostra a punição, falando sobre a dinâmica familiar, isto é, se o filho não se comporta como os pais esperam, será castigado.

Em oposição ao reforço, a punição, se mantida por um longo período, funcionará com desvantagem, tanto para o comportamento punido quanto para a pessoa que pune. Como consequência, constata-se a existência de estímulos aversivos necessários, que desencadeiam emoções, incluindo predisposições para fugir ou retrucar e ansiedades perturbadoras (Skinner, 1978).

A questão da aprendizagem de comportamentos pode ter influência no comportamento do indivíduo. Sabe-se que pais depressivos podem modelar ou reforçar diferencialmente os comportamentos depressivos de seus filhos e este fator pode influenciar na idade adulta, isto é, os pais desempenham o papel mais importante na aprendizagem de comportamentos de seus filhos, desde os mais simples aos mais complexos, referentes ao desenvolvimento afetivo, ao auto-controle e ao comportamento criativo, por exemplo. Dessa forma, a probabilidade aumenta, quando há parentes de primeiro grau que apresentam algum transtorno de personalidade.

Entre estes fatores, destacam-se os que interferem com o desenvolvimento cumulativo do comportamento, os quais estão mais presentes na infância, dado que o repertório da criança em geral expande-se rapidamente nessa fase. Falhas no sucesso das interações entre a criança e a mãe poderiam resultar não somente na perda dos comportamentos que seriam aprendidos, caso estas interações fossem satisfatórias, como também na falta de desenvolvimento perceptual. Se as reações emocionais, subprodutos desta perda de reforçamento, tiverem sucesso em influenciar o comportamento da mãe, elas terão precedência sobre a magnitude das outras reações envolvidas nas interações normais e, assim, bloquearão a criança em seu enriquecimento perceptual do meio (Gambrell, 1977, citado em Lettner e Rangé, 1988). Tal história não permitirá o estabelecimento de adequados meios de interação com outras pessoas (Ferster, 1973, citado em Lettner e Rangé, 1988).

Geralmente, as pessoas deprimidas apresentam uma alta taxa de comportamento de sofrimento, possuem reações como: reclamação, choro e irritabilidade. Para Ferster (1977, citado em Cavalcante, 1997), essas formas de comportamento são de fuga e esquiva mantidos por reforçamento negativo. Muitas vezes, essas pessoas possuem expressões faciais de tristeza, determinadas posturas corporais e queixas, com o objetivo de reduzir a probabilidade de estimulação aversiva de outros. Verificam-se comportamentos deste tipo em ambientes que são muito punitivos, pois estes comportamentos diminuem a estimulação aversiva e, assim, o comportamento de sofrimento será reforçado positivamente pela simpatia e atenção de outras pessoas. Mesmo quando aumenta, a simpatia será a curto prazo e será percebida pelas pessoas que cercam o deprimido, como algo que gera aversão.

Em termos de manutenção do quadro depressivo, o ganho secundário inicial explica a alta frequência desses comportamentos. Simpatia, preocupação e atenção dos amigos e da família servem freqüentemente para manter e fortalecer comportamentos depressivos. O papel de “doente” também faz diminuir a demanda social sobre a pessoa. É claro que futuramente esta situação se tornará agradável e o indivíduo depressivo passará a ser evitado, o que contribuirá para o decréscimo ainda maior da quantidade de reforço positivo (Lettner e Rangé, 1988).

Segundo Ferster e colaboradores (1997, citados em Menegatti, 2003), para a causa da depressão “pode haver uma interrupção no repertório de percepção da criança, quando ocorre uma interferência séria e uma interrupção nos reforçadores que mantêm as atividades da criança” (p. 71). Como as atividades normais da criança têm reforçamento falho, o subproduto pode ser uma reação emocional em larga escala. Estas manifestações emocionais primitivas e atávicas, em geral de frustração e irritação, influenciam o ambiente familiar e vão sendo reforçadas em função de serem estímulos aversivos ao adulto, diminuindo a probabilidade de que aconteçam reforços diferenciais para nuances de comportamento. Desta forma, “a percepção de mundo e o repertório de comportamentos interpessoais podem sofrer uma interferência que altera a probabilidade de aquisição de respostas socialmente esperadas” (p. 71).

É possível que pessoas com depressão tenham tido pais que lhes deram pouco carinho, eram mais irritáveis, hostis e críticos. Logo, tornam-se pessoas mais autocríticas e apresentam dificuldades maiores em equilibrar suas emoções. Fichtner (1997,

citado em Menegatti, 2003) afirma que “pais excessivamente críticos e perfeccionistas assinalam com mais frequência as eventuais falhas e fracassos de seus filhos, gerando neles ansiedade de desempenho, conforme a expectativa parental e, conseqüentemente, sentimentos de menos-valia. Por outro lado, pais extremamente permissivos podem incitar na criança sentimentos de abandono e rejeição, o que dificulta a sua adaptação a ambientes extrafamiliares” (p. 72).

É provável acontecer que o deprimido, em sua infância, tenha recebido pouco reforço positivo e tido altos padrões de desempenho estabelecidos por sua mãe. E ainda mais, se esta pessoa teve as relações familiares de crianças caracterizadas por altos índices de conflitos, pouco apoio entre si e apego inseguro, este último relacionado à inseparabilidade do comportamento da criança das contingências estabelecidas pelas relações familiares.

A dinâmica familiar, observada durante o período em que o paciente identificado está sendo tratado, tende a permanecer mesmo após a recuperação deste. Além disso, o grau de comportamentos conflituosos (patológicos) na família pode afetar a recuperação, o retorno dos sintomas e o ajuste pós-recuperação do paciente. Os dados clínicos e informais confirmam a importância clínica de avaliar a vida familiar de um paciente e abordar quaisquer estresses relacionados a ela.

O funcionamento não favorável da dinâmica familiar é percebido muitas vezes pela pessoa deprimida como uma família intolerável e não uma base de apoio. Percebe-se no deprimido uma hipersensibilidade à crítica, tornando-se difícil tolerar a companhia de familiares próximos que notam e comentam, por vezes negativamente, suas súbitas alterações de humor, estas sendo expressas muitas vezes de maneira agressiva. Verifica-se, em algumas pessoas com depressões breves, um interesse em aprender a lidar bem com a doença, por si só; procuram aprender bastante sobre a doença e, por vezes, recorrem com êxito ao uso de alguns mecanismos de defesa (Montgomery, 2000).

Algumas, por exemplo, desligam o telefone enquanto a crise dura; outras, que não podem fazer isto, tiram dois ou três dias de férias; há também algumas que evitam os familiares e amigos e procuram a companhia neutra de estranhos, que não fazem perguntas e nem críticas. Todas elas referem-se à dificuldade que sentem em enfrentar, durante um

episódio, os problemas emocionais que já aprenderam a colocar de lado até se recuperarem (Montgomery, 2000).

A maioria dos indivíduos com depressões breves reconhecem, com alívio e de imediato, a descrição da sua doença, pois dizem que raramente encontram alguém de confiança e que compreenda a natureza da doença, tendo, por isso, aprendido a não falar dela. Logo, compete ao médico fazer perguntas que lhe permitam saber se é este o problema do doente. E a pergunta que os doentes reconhecem mais facilmente é: “Tem episódios depressivos que duram apenas alguns dias mas que aparecem de novo algumas semanas mais tarde?” (Montgomery, 2000, p. 117).

Também repentinas mudanças no ambiente podem enfraquecer comportamentos. Em grande número de casos, a depressão começa depois da ocorrência de algum evento no ambiente que determina perda de reforçamento positivo, como morte do cônjuge, mutilação ou doença grave (Gambrill, 1977, citado em Lettner e Rangé, 1988).

Percebe-se em algumas pessoas deprimidas uma forma de se comunicar muito rígida ou agressiva, mostram-se extremamente fixas a alguma idéia e difíceis de mudar a forma de pensar. Ferster (1973) ressaltou que as pessoas depressivas têm uma visão limitada do mundo, que parece ser imutável; os comportamentos delas são inapropriados para mudar as circunstâncias externas, o que as leva a usar de esquivas mágicas (Lettner e Rangé, 1988).

Ferster (1977) comenta que “os atos de irritação ou de agressividade são desempenhos que tendem a ser reforçados pelo dano ou pela perda que produzem em relação a outra pessoa” (p. 718). Consideram-se os atos agressivos como sendo aversivos, por causa de seu planejamento, e a punição acaba constituindo a regra e não a exceção.

É importante salientar que quase todas as condutas observadas numa pessoa deprimida podem ser também observadas, vez por outra, numa pessoa não deprimida. Sendo assim, é possível diferenciar uma pessoa deprimida de uma que não é, simplesmente pela frequência relativa de seus desempenhos em relação ao seu repertório total. Contatam-se muitas pessoas que, de vez em quando, “ficam sentadas diante da janela, tranqüilamente, olhando para fora, ou podem ficar tristes, infelizes, acabrunhadas ou perder o interesse por

certas atividades” (p. 708). Assim, diante dessas situações, é provável diferenciar essas pessoas de outra com a patologia de depressão (Ferster, 1977).

A visão clínica aponta três aspectos do repertório do paciente, que seriam suscetíveis a uma análise comportamental, as três visões: 1) o paciente tem uma *visão limitada do mundo*; 2) uma *visão pessimista do mundo* e 3) uma *visão imutável do mundo* (Chodoff, 1972, citado em Ferster, 1977).

No que diz respeito a *uma visão limitada do mundo*, refere-se ao comportamento da pessoa deprimida que se apresenta de forma inadequada às mudanças que ocorrem no ambiente externo, podendo elas ficarem de mau-humor ou reclamando. Quanto ao segundo aspecto, *a visão pessimista do mundo*, corresponde às conseqüências aversivas que provêm da incapacidade de evitar situações aversivas. Isso se deve à incapacidade de ver o ambiente de uma maneira clara, logo demonstra incapacidade de emitir desempenhos adequados a um certo ambiente. O último aspecto, *a visão imutável do mundo*, trata da história do desenvolvimento da pessoa, que impede a exploração normal do ambiente e, portanto, a expansão e o esclarecimento que resultariam dessa exploração. Essas dificuldades são semelhantes ao que a Psicanálise traz, mas a teoria comportamental descreve como fatores que bloqueiam o desenvolvimento cumulativo do repertório (Ferster, 1977).

Diante de tudo o que foi exposto, compreende-se que a depressão clínica é bem diferente do declínio passageiro do humor experimentado pela maioria das pessoas, como uma reação normal à perda, e perturba muitos aspectos do funcionamento. Consideram-se clinicamente deprimidas: as pessoas que se sentem tristes e freqüentemente chorosas; as que são perturbadas por culpas, acreditando que estão decepcionando os outros; podem tornar-se mais irritáveis do que o normal, mais ansiosas e tensas.

Quando a depressão está em seu ponto crítico, as pessoas podem perder a capacidade de reagir emocionalmente e achar que os sentimentos bons e maus estão igualmente entorpecidos. Fica difícil aproveitar as atividades normais ou se interessar por elas. A energia da pessoa fica baixa e tudo parece exigir esforço. Tendem a afastar-se daquilo que normalmente costumavam fazer e podem passar horas encolhidas numa cadeira ou deitadas na cama. Os prazeres comuns, como ler jornal ou ver televisão, tornam-se difíceis e pesados, pois é difícil concentrar-se ou lembrar-se daquilo que foi lido ou dito. Mesmo as

funções básicas do corpo podem ser perturbadas. Dormir fica difícil, o apetite diminui, o desejo sexual desaparece. De maneira mais perigosa, pode parecer, à medida que o tempo passa, que não haverá nenhum fim para esse estado, que nada pode ser feito para mudar as coisas para melhor. Desse modo, a desesperança cresce e pode levar a um desejo de morrer, a pensamentos de suicídio. (Coryell e Winokur, 1982, citados em Fennel, 1997).

Sabe-se que o humor de grande parte das pessoas sofre altos e baixos. Dessa maneira, seus sentimentos de entusiasmo ou de tristeza são reações normais ao contexto diário a que estão submetidas e isto não influencia muito suas vidas. Do outro lado, há a alteração de humor das pessoas que sofrem de transtornos de humor, tendo uma permanência muito longa. Não se explica a existência da depressão isoladamente, mas sim que esta seja o resultado de uma interação entre vários fatores diferentes. Percebe-se também que o início e a evolução da depressão estão ligados a um grande número de variáveis biológicas, históricas, ambientais e psicológicas.

“Estas incluem distúrbios no funcionamento dos neurotransmissores, um histórico familiar de depressão ou alcoolismo, perda ou negligência precoce dos pais, eventos negativos e recentes da vida, um cônjuge crítico ou hostil, ausência de um relacionamento de confiança, falta de apoio social adequado e falta de auto-estima a longo prazo” (Fennel, 1997, p. 241). Assim, os diversos contextos, os quais abrangem a pessoa deprimida, serão as influências contínuas do meio, como: relações de reforçamento insuficientes, extinção e punição sendo que, todas estas podem eliciar respostas de tristeza, frustração, raiva, choro e agressividade.

3.3. Análise funcional da depressão - análise de estudo de caso

Diante de tantas informações sobre a depressão, nada melhor do que enriquecer a compreensão deste mal com um estudo de caso. Por meio deste, verifica-se a redução de estímulos reforçadores e as contingências ambientais envolvidas, afetando o repertório comportamental do indivíduo.

Este caso trata de uma mulher e ela será descrita com iniciais fictícias. No início do tratamento, há uns sete meses, C.K.L. do sexo feminino, tinha 32 anos, nível superior completo, era casada, sua religião é católica praticante e tomava medicamentos como: Fluoxetina e Lexotan®.

A família de C.K.L. já possuía casos psiquiátricos, como a sua avó materna, que tinha depressão e a sua mãe, que sempre foi agressiva e, com 45 anos, foi diagnosticada como esquizofrênica (hoje, tem 53 anos). C.K.L. tem um irmão de 22 anos, que nasceu com surdez parcial devido à rubéola que sua mãe contraiu na gravidez. C.K.L. não gosta de ir à casa de sua mãe, pois as alucinações dela a incomodam.

Há 10 anos, C.K.L. foi aprovada em uma universidade federal, junto a seu curso, estudou dois idiomas diferentes. Um ano após ter ingressado na faculdade, começou a namorar um homem, sendo este muito interessado nela. Este relacionamento durou três anos e meio. Relatou como motivo do término a vontade dele se casar, contudo, C.K.L. ainda duvidava de seus sentimentos para assumir um relacionamento mais sério.

C.K.L. fez estágio em uma empresa da mesma área de seu curso, onde conheceu um homem comprometido, com o qual teve um relacionamento. O curso de línguas também foi ministrado por este homem. Relacionou-se com ele cerca de dois anos e acabou engravidando-se. Quando este homem soube da gravidez, comprou medicamento abortivo para C.K.L. ingerir. Este acontecimento definiu o término de seu relacionamento. C.K.L. sentiu-se desesperada e com sentimento de culpa do aborto, tanto que quase entrou com o carro de seu pai embaixo de uma carreta. Antes do término de seu relacionamento, este homem aproveitando que sua esposa viajava, convidou C.K.L. para ir a seu apartamento, chegando a sua casa obrigou-a a relação sexual com ele.

Depois de ter ingerido medicação abortiva, C.K.L. foi ao hospital, onde se sentiu confrontada pelas enfermeiras, as quais se opunham ao aborto. C.K.L. relatou praticar a religião católica, por isso sentia-se obrigada a um maior compromisso com as regras religiosas, logo o aborto infringiu tais regras, resultando em um sentimento de culpa. O seu senso religioso influenciava em suas atitudes, por isso quando foi punida pelas enfermeiras, começou a se sentir culpada pelo aborto. O resultado disso é descrito em Skinner (1995): “contingências aversivas meramente acidentais geram inexplicáveis sentimentos de vergonha,

culpa ou pecado; e então, as pessoas tendem a procurar um terapeuta em busca de ajuda para livrarem-se delas” (p.108).

Após, ter feita a curetagem, o médico recomendou-lhe que não tivesse relação sexual pelo período de um mês, mas esta recomendação não se cumpriu. C.K.L. foi a uma comemoração da faculdade e ingeriu grande quantidade de bebida alcoólica. No dia seguinte, sentiu muitas dores nas regiões genital e abdominal. Comunicou-se com suas amigas, as quais relataram tê-la visto na companhia de um homem estrangeiro. Por não se recordar da comemoração, dirigiu-se até a delegacia onde fez exames de corpo de delito, e foi constatado que realmente tinha havido relação sexual. Contudo, C.K.L. não quis processar este estrangeiro, com a finalidade de evitar lembrar-se do acontecimento. C.K.L. acredita que ele inseriu algum tipo de sedativo em sua bebida. Atualmente, vem tendo alguns flashes desse estupro e se vê, em cima de uma caminhonete, fugindo dele, num lugar isolado. Relata que ele reside no exterior, por isso sua dificuldade em conseguir notícias.

Diante de todos os fatos e sua reação a eles, C.K.L. teve de procurar um médico psiquiatra devido ao seu sentimento de culpa do aborto, a tristeza sentida pelo rompimento da relação e o trauma advindo do estupro. A cliente não se recorda da medicação utilizada, mas usou-a no período de um mês, decidiu interromper o tratamento medicamentoso após este período.

Ao concluir a faculdade, teve duas oportunidades: a primeira foi a aprovação na prova do mestrado e a segunda, um emprego em uma empresa, mas com baixa remuneração. Decidiu-se pela primeira, porém não concluiu o curso, porque teve uma discussão com seu orientador, acusando-o de ter tomado suas idéias. Abandonou o mestrado e começou a estudar para concurso. Foi aprovada para dois órgãos diferentes, contudo teve classificação ruim. Segundo a cliente, meses depois, conseguiu aprovação em concurso de sua área, em um dos Ministérios, mas foi reprovada na prova de títulos.

No ano seguinte, reencontrou um vizinho, eles começaram a namorar e já estão casados há quase dois anos e meio. No início do casamento, residiram em uma casa no mesmo lote onde viviam os pais de C.K.L.. Meses depois, ela conseguiu emprego de secretária em uma empresa, localizada na zona rural. O casal resolveu mudar para um local mais próximo do trabalho. Por um lado, C.K.L. relatou gostar do lugar onde morava e

considerava muito bonito, por outro, considerava-o isolado, pois era um ambiente de fazenda. Mesmo tendo se mudado por causa deste emprego, trabalhou sem carteira assinada e no período de um mês. O motivo de C.K.L. abandonar tal emprego deve-se à sobrecarga de trabalho, o que lhe causou estresse e um sentimento de não ser valorizada pelo chefe. Tudo isso a fez se sentir frustrada, por não trabalhar numa área correspondente ao curso estudado na faculdade.

Há sete meses, C.K.L. procurou ajuda profissional com um médico psiquiatra que prescreveu Fluoxetina e Lexotan®, também a encaminhou para terapia. Pela segunda vez, C.K.L., buscou por ajuda medicamentosa e psicológica. Ao ser atendida, na terapia, relatou estar com depressão e, como sintomas e comportamentos descreveu: desânimo, perda de apetite, freqüentemente fala de morte para o marido, sente-se culpada pelo aborto, pessimismo e insatisfação. Tais comportamentos acontecem em sua casa, no trabalho, com seu esposo e toda a família. Afirmou que tais sentimentos se agravaram, quando começou a trabalhar como secretária, pois seu emprego não oferecia condições favoráveis para sentir-se realizada profissionalmente.

C.K.L. tem dois anos de casada e relatou estar insatisfeita com o relacionamento, pois caracterizou seu marido como sendo uma pessoa impaciente e agressiva, comentou que ele ingere bebida alcoólica com os amigos e frequentemente a deixa sozinha na casa da sogra ou da mãe dela, para agravar esta situação enfrentam dificuldades financeiras. No período do atendimento, C.K.L. disse que não estava tendo relação sexual com seu marido, pois estava com vaginite, afirmou também que perdera o prazer sexual desde o início do tratamento com o médico psiquiatra. Comentou que há momentos em que se sente apaixonada por ele, já em outro, sente não ter semelhança alguma. Como consequência de todos esses fatos, C.K.L. tem desmaios freqüentes, volta falando em idiomas que conhece.

Há 7 meses, C.K.L. não trabalha e seu marido está de licença devido a hérnia de disco, recebe auxílio doença. Ela relatou sobre sua tentativa de estudar para concursos, como sendo muito difícil, pois há momentos em que sente desânimo e muito cansaço.

Vale ressaltar o histórico familiar desta cliente, visto que sua avó apresentou depressão e sua mãe, esquizofrenia. Provavelmente, fala-se em uma influência genética, mas

isto seria muito limitado para justificar a depressão nesta cliente, visto que é relevante avaliar as contingências as quais contribuem para que ela permaneça nesse estado depressivo.

Sugere-se que, a constituição genética pode ajudar na previsão do comportamento, mas esta é considerada de mínimo valor em uma análise experimental ou no controle do comportamento, isto porque a genética não pode ser mudada depois que o indivíduo foi concebido (Skinner, 1978). Contudo, o histórico de vida de C.K.L., mais do que sua carga genética, contribui para sua depressão, sendo importante verificar as contingências ambientais, as quais ela foi exposta durante sua vida.

Insinua-se também que pais depressivos ou com outro tipo de transtorno de personalidade podem exercer uma forte influência na aprendizagem dos filhos, no que diz respeito a características referentes ao desenvolvimento afetivo, ao auto-controle e ao comportamento criativo. Isto porque o comportamento instintivo emocional pode ser reconhecido como adaptativo.

Mesmo quando C.K.L. descobriu que seu chefe era casado, continuou o relacionamento com ele. Talvez isto seja devido aos reforços que este homem oferecia: proteção, elogios, dinheiro, prazer sexual. Por outro lado, tinha um medo social das pessoas descobrirem seu envolvimento com aquele homem comprometido. Percebe-se que, ela idealizava seu parceiro, acreditando que ele se separaria de sua esposa para unir-se a ela. No entanto, ao tomar conhecimento da gravidez, ele quis afastar-se de C.K.L., buscando permanecer no seu casamento.

O fato desse parceiro ser casado também proporcionou um aumento de sua privação, devido a disponibilidade em estar próximo a C.K.L., assim como os reforçadores eram disponibilizados intermitentemente e de forma imprevisível. A cliente ao ser submetida a essa contingência reforça algumas respostas, mas não todas as respostas e também aumenta sua resistência à extinção.

O parceiro de C.K.L. ora dava reforços ao procurar por ela, o que isso aumentava os sentimentos de amor, contudo quando não disponível o tempo todo, seu sofrimento também aumentava. Neste caso, o rompimento de seu relacionamento é uma perda enorme para C.K.L., sendo que até durante a terapia comentava de sua vontade em procurar

por este homem. Isto é explicado pela forma de relacionamento entre eles, pois quando seu parceiro dava reforço, mais seu sentimento de amor aumentava por ele, logo sua resistência à extinção crescia. Ou seja, C.K.L. acreditava que seu relacionamento jamais iria terminar conseqüentemente, quando isso aconteceu, não conseguiu superar.

Inicialmente, seu relacionamento com aquele homem produzia reforços positivos em sua vida mas, com a gravidez, estes reforços se perderam. Para Fensterheim e Baer (2001), certas conjunturas afastam os reforços positivos ou as suas fontes potenciais. Dessa forma, o reforço perdido pode ocasionar a depressão. C.K.L. ficou animada com a gravidez e esperançosa de se casar com aquele homem, contudo, o acontecimento resultou no término de seu relacionamento. Esta cliente perdeu o filho, pois foi obrigada a abortar, para o homem não assumir a criança ao nascer e também por já participar de uma outra família, como conseqüência, perdeu o grande amor de sua vida.

Sabe-se que relacionamentos amorosos proporcionam companhia, estímulos. O casal compartilha um com o outro idéias e sentimentos, causando satisfações. Dessa forma, o relacionamento íntimo produz estímulos reforçadores, pois estabelece com o outro uma comunhão, uma troca mútua, satisfaz as necessidades de cada um, como se fossem suas próprias necessidades. Contudo as pessoas sofrem, quando rompem relacionamentos, porque perdem todos os estímulos reforçadores, que causavam antes a satisfação, e os benefícios em seus comportamentos assistidos socialmente.

O relacionamento amoroso é algo que reforça o comportamento das pessoas, isto é, tudo o que o casal faz para ficar juntos ou evitar se separar é reforçado por conseqüências que os fazem se sentirem bem e terem enorme prazer. Mas as contingências são responsáveis pelo que as pessoas apaixonadas sentem, isto é, contingências reforçadoras eliciam comportamentos positivos e reforçadores, em pessoas que estão apaixonadas. Até mesmo no caso de C.K.L., que possuía sentimentos de satisfação, pois reforços eram dados pelo seu amante, mas estes foram retirados com o fim do relacionamento. Dessa maneira, a perda seria um evento precedente para explicar a depressão e o estado de sentido, em C.K.L..

Em seu atual estado de depressão, C.K.L. encontra-se em um emprego nada desejado. Observa-se também que a cliente tem dificuldade de relacionamento interpessoal com chefe, orientador de mestrado, com a mãe, dificuldade de permitir intimidade e envolver-

se com namorado o qual se relacionou durante três anos e meio e comenta sobre pensamentos suicidas ao seu marido. Diante dessas formas de relacionamento, C.K.L. não apresenta uma vida com reforços. Fensterheim e Baer (2001) falam de pessoas que criam um estilo de vida que não permitem grande ocorrência de reforços. Como acontece com C.K.L. que é sozinha e sem amizades, não gosta do trabalho que está. Fensterheim e Baer (2001) dizem que um indivíduo deprimido não enxerga qualquer finalidade de existência, quando não gosta de seu emprego, não tem bom relacionamento com as pessoas, fica só e nada faz para modificar qualquer dessas situações. Assim, o indivíduo acaba criando um estilo de vida em que nada de bom poderá acontecer.

A Abordagem Comportamental acredita que algumas circunstâncias ambientais afetam a qualidade das emoções no indivíduo e sua forma de comportar-se na situação. Dessa maneira, o ambiente traz consigo uma grande quantidade de estímulos. Isso acontece com C.K.L., pois se queixava de seu chefe, o qual este fazia muitas exigências e não reconhecia os esforços empregados por ela, logo se sentia desvalorizada. Essa concepção estende-se também ao contexto conjugal de C.K.L., pois seu marido, muitas vezes, a deixava sozinha para sair com amigos, tal atitude dele a fazia se sentir abandonada e esquecida. Outro estímulo aversivo participante é a dificuldade financeira, C.K.L. ficava desesperada por não saber como iria pagar as dívidas.

Conforme a Abordagem Comportamental sabe-se que um comportamento operante é fortalecido quando uma resposta tem conseqüências reforçadoras, mas respostas subseqüentes ocorrem por causa do que aconteceu, e não do que vai acontecer. Dessa forma, quando a pessoa alcança um importante objetivo na vida, pode resultar em emoções negativas, que são geradas pela efetiva eliminação de um objetivo na vida da pessoa. No caso de C.K.L., tinha muita vontade de ingressar em uma universidade, por isso, ao ser aprovada em vestibular, esse obstáculo foi vencido. Em seguida, começou a fazer outros tipos de exigências, como por exemplo, a procura por um trabalho em sua área quando concluiu seu curso universitário. Contudo, C.K.L. vivencia conseqüências aversivas por não obter esse emprego almejado e assim, se deprime. Neste caso, verifica-se uma ausência de oportunidade para obter reforços, causando, então, uma reação depressiva em C.K.L., quando esta almeja por um emprego e não o tem. Diante de tais dificuldades, não consegue superar, logo se desanima e se frustra facilmente.

O emprego de secretária é o último acontecimento difícil que culmina na depressão de C.K.L.. Skinner (1995) explica que um outro problema sobrevém quando um repertório de comportamento condicionado em um ambiente sofre extinção em outro. Sendo assim, o estado corporal de C.K.L. coincide com as idéias descritas por Skinner (1995), quando diz que conseqüências no estado corporal advindas de um problema pode ser chamado de desencorajamento, senso de fracasso, desamparo, falta de confiança ou depressão. Conseqüentemente, vários anos de estudo foram suficientes para ela adquirir um conhecimento amplo, o que isso fazia ela não aceitar um emprego com a função de secretária. Sobre isso Skinner (1995) diz que um tipo diferente de depressão sobrevém quando, uma vez adquirido um repertório amplo e efetivo, a pessoa encontra-se em um lugar onde não pode executar comportamentos aprendidos. Por isso, neste emprego C.K.L. ficava impedida de executar práticas aprendidas pelo seu curso universitário, logo, isto a impedia até mesmo de ampliar repertório comportamental.

C.K.L. relatou que estava estudando para concurso, mas muitas vezes, ficava desanimada e sentia-se cansada. Tal comportamento é justificado pelo DSM-IV, em um dos critérios, o qual trata que o episódio depressivo maior pode apresentar fadiga ou perda de energia quase todos os dias. A energia da pessoa fica baixa e tudo que ela fará parece exigir muito esforço. Por isso, afasta-se daquilo que normalmente costumava fazer.

Vê-se em C.K.L. sintomas como: desânimo, perda do apetite, comentários sobre pensamentos suicidas com o marido, sentimento de culpa pelo aborto, pessimismo e insatisfação, os quais afetam seu relacionamento com as pessoas no trabalho, com o esposo e toda a família (dela e do esposo). A redução na freqüência de atividades relacionadas aos processos fisiológicos, como o comer ou a atividade sexual, e diversos sentimentos (como culpa, pessimismo e insatisfação) são conseqüências de uma depressão. E mal acontece nos relacionamentos dessa pessoa, principalmente, em suas atividades sociais, muitas vezes causando uma redução na freqüência de responder a algumas atividades (Ferster, 1977).

Fennel (1997) comenta que a medida que o tempo passa, a pessoa deprimida sente que nada pode ser feito para melhorar o seu estado de humor. Desse modo, a desesperança cresce, desejos de morte e pensamentos suicidas aparecem. Tais pensamentos suicidas são relatados por C.K.L. ao seu marido.

Os sintomas relatados por C.K.L. encontram-se descritos no DSMIV. Sobre a perda do apetite, o DSMIV (2000) confirma que a depressão pode alterar os hábitos alimentares das pessoas e as questões de peso corporal são reconhecidas como itens importantes para o diagnóstico da depressão em qualquer faixa etária. A depressão causou a anorexia em C.K.L., isso se constata quando relatou que, muitas vezes esquecia-se de alimentar e perdia peso rapidamente.

Discussões com o marido têm sido freqüentes e quando isso acontece sofre de desmaios e chora muito. Ferster (1977) comenta que comportamentos como estes são freqüentes em pessoas deprimidas, pois elas empenham-se com alta freqüência em comportamentos de esquiva e fuga de estímulos aversivos, que se traduzem por queixas ou pedidos de ajuda e, ao mesmo tempo, apresentam uma freqüência reduzida de comportamentos positivamente reforçados. Ferster (1977) comenta que pessoas deprimidas têm o hábito de se queixarem, de se sentirem mal dispostas, de chorar e de falar sobre suicídio, sobre cansaço e doença. No caso de C.K.L., o fato de seu marido preferir sair com os amigos para os bares, deixando-a só em comemorações onde toda a família estaria confraternizando, a deixava tensa e lhe provocava desmaios. Dessa forma, os desmaios de C.K.L. seriam uma fuga de estímulos aversivos, por não saber como lidar mais com situações de falta de companheirismo de seu esposo e outras discussões com ele. Esta mulher teve como comportamento uma idéia suicida, ao direcionar o carro de seu pai para baixo de uma carreta. Tal ocorrência pode caracterizar também uma forma de fuga e esquiva descrita por Ferster.

Skinner (1978) comenta que quando o reforço já não estiver sendo dado, a resposta torna-se menos e menos freqüente, designando-se, então, a extinção operante. Percebe-se que a vida de C.K.L. é marcada pela ausência e perdas de estímulos reforçadores. Logo, a depressão em C.K.L. também é devida à perda de reforços quando insatisfeita no relacionamento com seu marido, tanto que ela não tem mais relacionamento sexual com ele, sente a ausência dele quando sai com os amigos, há impaciência dele e para aumentar essa dificuldade de interação do casal, o problema financeiro causa mais motivos de discussões entre eles.

C.K.L. é freqüentadora assídua de uma igreja católica, sabe-se que o aborto não é aceito por tal doutrina religiosa. Por isso, o sentimento de culpa de C.K.L. era governado por regras religiosas. Skinner (1995) comenta que as leis religiosas começaram

como afirmações sobre normas, mas tornaram-se algo mais do que regras quando foram invocadas sanções sobrenaturais para apoiá-las. Neste caso, as regras de C.K.L. funcionavam como contingências de reforçamento mantidas pelo ambiente da igreja. Dessa maneira, o seu comportamento foi modelado pelas contingências quando freqüentava sua igreja e diante de um tipo de estímulo a resposta seria de comportamentos governados pelas regras impostas por sua doutrina religiosa. O aborto, então, rompe este comportamento governado por regras e resulta em sentimentos de culpa.

C.K.L. relatou ser vítima de estupro e, recentemente, vem tendo flashes. Não aceita este fato até hoje, pois tem sofrido muito ao lembrar o que ocorreu e isto também é um dos motivos da depressão. Sobre o abuso sexual se pode explicar, usando o conceito de Skinner (1978), quando ele afirma que o efeito da punição resultaria de um comportamento, o qual passa a ser a “fonte de estímulos condicionados que evocariam um comportamento incompatível” (p.183). Esta incompatibilidade é demonstrada por ela, quando não tem mais relacionamento sexual com o marido. Skinner (1978) fala que este efeito de punição também resulta em sentimentos de culpa, de vergonha ou de pecado. Na vida de C.K.L., o abuso sexual seria um estímulo aversivo, que serve como reforçador negativo.

Por meio deste estudo de caso, foi possível verificar que o estilo de vida de C.K.L. possui estímulos aversivos, estímulos de punição, ausência de estímulos reforçadores, o que resulta em uma diminuição na freqüência do comportamento positivamente reforçado e um aumento do comportamento de esquivar-se ou fugir de eventos indesejáveis. Conseqüentemente, ela se comporta de forma a evitar ou fugir de algo que não deseja e não procura por conseqüências desejadas.

Quanto ao tipo de tratamento destinado a C.K.L. cabe recorrer ao terapeuta comportamental e ao médico psiquiatra. Visto que o tipo de depressão em C.K.L. é grave, sendo indicada uma medicação antidepressiva. Já no que cabe a terapia comportamental, ajudaria C.K.L. a identificar os modelos aprendidos, já internalizados, que ela emprega na própria vida, detectando suas funções. Contribuir para que ela elabore pequenas atividades e/ou situações que permitissem a exploração de sensações através dos órgãos dos sentidos, com o objetivo de que fosse gradativamente identificando sensações de prazer e construindo a sua própria opinião sobre as experiências vividas.

O analista do comportamento pretende proporcionar ao indivíduo reforços positivo, ao se elaborar, por exemplo, uma lista de coisas que oferecem a pessoa um sentimento de satisfação, como investigar os diferentes aspectos: alimentação, bebidas, *hobbies*, distrações, esportes, sexo, trabalho, convívio social, viagens, ou quaisquer outras que lhe venham à mente. Isso instiga a pessoa buscar simples atos como tomar um sorvete, ouvir música ou ler um livro, ou até algo mais complexo, como procurar companhia, ter um relacionamento amoroso. Dessa maneira, isso faz a pessoa praticar atos que tragam o mínimo de sentimento de prazer. Isto é, a pessoa está tentando eliminar a depressão ao praticar algo que seja um reforçador positivo. Quanto mais ela tenta e obtém resultados favoráveis, mais coisas diferentes procurará fazer e ampliará seu repertório comportamental.

O terapeuta comportamental deve contribuir para que C.K.L. identifique dentro de sua história de vida, quais regras controlavam seus comportamentos e que foram gradativamente comprometendo seu estado emocional, com a deterioração evidente de sua qualidade de vida, juntamente com a de sua família. Também, o analista comportamental beneficiará seu cliente ao ajudá-lo a encontrar alternativas para as regras aprendidas; encontrar alternativas para soluções de problemas e por fim, ajudá-lo a programar atividades reforçadoras.

CAPÍTULO 4 - INTERVENÇÃO ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL NA DEPRESSÃO

Sabe-se que a Abordagem Comportamental caracteriza a depressão como um quadro comportamental gerado por um comprometimento de estímulos reforçadores, seja na diminuição de sua frequência, seja também com a extinção relacionada às contingências ambientais. Diante disto, o tratamento analítico-comportamental pretende atuar para aumentar a frequência de comportamentos que possam ser reforçados positivamente. Dessa maneira, todas as idéias apresentadas nos capítulos anteriores serão úteis para uma melhor compreensão da forma adequada do tratamento da depressão.

Cavalcante (1997) comenta que o que define a depressão é a falta de motivação e uma habilidade diminuída para sentir prazer nas atividades. Acrescentam Dougher e Hackbert (1994, citados em Cavalcante, 1997) que a perda da eficiência do reforçador e mudanças na motivação é possível devido ao envolvimento das operações estabeledoras. Hesse (1993, citado em Cavalcante, 1997) enumera algumas funções das operações estabeledoras: a) aumentam os efeitos de reforçamento de certas conseqüências; b) aumentam a probabilidade de respostas que têm produzido reforçadores estabeledos no passado; c) aumentam a eficácia evocativa de estímulos discriminativos associados aos reforçadores estabeledos.

Dessa forma, os eventos ou condições que produzem as baixas taxas de resposta e estados afetivos que compõe o quadro de depressão, também servem como operações estabeledoras e de supressão. Logo, esses eventos potencializam certas contingências e diminuiriam a potência de outras.

A psicoterapia contribui para beneficiar a saúde mental, ajudando as pessoas a se sentirem bem e a pensar de forma mais clara. Dessa maneira, o objetivo da terapia comportamental é a promoção da saúde comportamental, mas isto será obtido ao se fazer as pessoas se comportarem melhor, ou seja, fazendo-as ter comportamentos mais eficientes. Isto é, os terapeutas comportamentais tentam ajudar as pessoas a controlarem suas maneiras de se comportarem.

A grande importância dada pela terapia comportamental encontra-se na necessidade de se fazer algo em relação à doença e para isto, essa prática exige que se mude as circunstâncias aversivas responsáveis pelo que as pessoas sentem. Skinner (1995) diz que algumas doenças atribuídas ao desencorajamento ou ao desespero podem ser aliviadas através do restabelecimento de reforçadores perdidos, e doenças que são conseqüências da hostilidade ou do medo podem ser controladas através da eliminação de conseqüências aversivas, especialmente as que estão em mãos de outras pessoas. Esses tipos de afirmações não desconsideram os fatores genéticos. A terapia comportamental é limitada a mudanças que podem ser provocadas durante a vida da pessoa.

Para um melhor tratamento da depressão, é muito importante a obtenção de um trabalho conjunto entre médico psiquiatra e psicólogo comportamental. O primeiro recomendará o uso das melhores medicações e o psicólogo entrará, oferecendo apoio, desenvolvimento de habilidades sociais, aumento de repertórios relacionados à assertividade e reformulação de regras a respeito da capacidade de estabelecer relações interpessoais sem dependência. O trabalho de interação destes profissionais deve ocorrer de forma a promover uma parceria que discuta tanto as melhoras como os efeitos colaterais do paciente.

Dessa forma, o tratamento da depressão com o médico é útil para mudar o que a pessoa sente, de acordo com os padrões médicos; já os terapeutas comportamentais alteram as contingências das quais os sentimentos são função. Dessa maneira, a terapia bem-sucedida resultará em construir comportamentos fortes, removendo reforçadores desnecessariamente negativos e aumentando os positivos.

A Abordagem Comportamental facilita o tratamento de pacientes deprimidos que apresentam passividade, são retraídos e com difícil concentração por um tempo maior. Isto porque as técnicas comportamentais destinam-se a trabalhar a atenção e a despertar o interesse do paciente. Ao associar as técnicas comportamentais, o terapeuta analista comportamental estimula o paciente a ser contrário ao retraimento e, desta maneira, provoca um envolvimento maior deste com as atividades construtivas (Barlow, 1999).

Em grande parte dos casos, a depressão ocorre por um tempo limitado. Episódios não tratados geralmente se resolvem num prazo de três a seis meses. Entretanto, a recaída é freqüente e aproximadamente 15-20% das pessoas seguem uma evolução crônica.

Por isso, o tratamento deve visar não só a acelerar a recuperação do episódio atual, mas também a manter as melhoras e, se possível, reduzir a probabilidade de recorrência. Tal preocupação tem estimulado o desenvolvimento de tratamentos psicológicos destinados a ensinar aos pacientes habilidades ativas para o manejo da depressão (Fennell, 1997).

Ferster (1977) diz que, na Abordagem Comportamental, a forma mais conhecida para aumentar o repertório perceptivo seria iniciar com atividades simples, fazendo com que o reforçamento seja garantido. E na condição de que as circunstâncias não sejam invariantes e se permita apenas a ocorrência de desempenhos adequados e não dos inadequados. Assim, obtendo-se o reforçamento de certos desempenhos, em determinadas circunstâncias e não em outras, o cliente aprenderá a observar os fatores relevantes. O mais importante é que o cliente aumente a tendência para agir positivamente sobre o ambiente, em vez de reagir passiva e emocionalmente.

Contribui para a resolução deste problema o reforçamento diferencial. Isto acontece, quando há um aumento na frequência de reforçamento de comportamentos diferentes daqueles que são primitivos ou atávicos. Conseqüentemente, a frequência destes últimos decresce, pois fortalecem-se outros comportamentos e não se reforçam os primitivos e atávicos. O cliente respondendo à terapia e contribuindo com o terapeuta, por meio de reações e perguntas, resultará em reforços seletivamente determinados. Isto corresponde aos muitos desses comportamentos que se relacionam com comentários do paciente a respeito de suas atividades ou de algo que se refira à observação própria delas. Entretanto o objetivo final da terapia é a própria atividade do paciente e não os seus comentários a respeito dessa atividade, por isso o comportamento verbal tem uma função importante (Ferster, 1977).

Ferster (1977) designa algumas etapas para o reforçamento diferencial. Primeiramente, constitui-se um aumento geral na atividade verbal, o que isto é de grande utilidade prática. Depois, o terapeuta constituirá um ambiente terapêutico onde o paciente passe a observar a própria atividade, verificando que seus comentários a respeito de suas atividades serão reforçados diferencialmente, pelo terapeuta. Em seguida, o cliente perceberá que as descrições de suas próprias reações primitivas, em situações aversivas ou bloqueadoras, irão propor formas mais eficientes para escapar ou para produzir reforçadores positivos, se for capaz de verificar a incompatibilidade entre o que está fazendo e o que pode dizer a respeito, de maneira racional. Todos estes comentários a respeito do próprio

comportamento precisam ter uma longa duração e uma alta frequência, para que ocorra uma incompatibilidade e impeça as manifestações mais primitivas e as formas menos eficientes de conduta aparecerem novamente.

Para a teoria analítico-comportamental, é importante que os pacientes sejam estimulados a fixar objetivos atingíveis, tendo como intenção garantir experiências satisfatórias, obtendo recompensas por atingir as metas propostas por eles mesmos. Isto será alcançado pela abordagem comportamental por meio de um treinamento planejado, que intervirá em déficits de habilidades e da atuação dos pacientes deprimidos. Dessa forma, serão usadas técnicas como por exemplo, treinamento de habilidades sociais e treinamento de assertividade, com duração de quatro a doze semanas (Caballo, 2003).

Geralmente, é fundamental um treinamento de habilidades sociais e também uma orientação a toda a família, já que esta detém a maioria dos reforços sociais aos comportamentos do indivíduo depressivo (Eastman, 1976, citado em Lettner e Rangé, 1988). As estratégias envolveriam um aumento do nível de reforçamento positivo, uma diminuição dos comportamentos em excesso (por ex., ruminação), aprendizagem de algo novo para aumento da autoconfiança e melhora da qualidade de suas atividades e interações sociais (Gambrill, 1977, citado em Lettner e Rangé, 1988).

Lewinsohn e colaboradores (1980, citados em Caballo, 2003) comentavam que a depressão tinha relação com baixas taxas de reforços positivos e altas taxas de experiências aversivas. Com o passar do tempo, criaram um programa comportamental, composto por 12 sessões, com o objetivo de melhorar as interações dos pacientes deprimidos com o meio. Isto envolvia a associação de táticas comportamentais e cognitivas juntas, “incluindo o treinamento em assertividade, o relaxamento, o autocontrole, a tomada de decisões, a solução de problemas, a comunicação e o manejo do tempo. Os pacientes deprimidos aprendiam a controlar e reduzir a intensidade e a frequência dos acontecimentos aversivos e a aumentar a taxa de envolvimento em atividades agradáveis” (Caballo, 2003, p. 483).

As técnicas propostas por estes autores pretendem ensinar, às pessoas deprimidas, habilidades que possam ser utilizadas para mudar os padrões problemáticos de interação com o ambiente, e também a manter as habilidades adquiridas com o fim da terapia.

Mudanças de comportamento ou mudanças ambientais serão procedimentos adotados por esses autores. Em suma, estas técnicas têm, como prioridade fazer com que o cliente passe a ter comportamentos socialmente habilidosos. Conseqüentemente, ele produzirá reforçamento positivo mais freqüente do que a punição.

Esse método provocará mudanças na qualidade e na quantidade das suas relações interpessoais mas, para isto, englobam-se três aspectos do comportamento interpessoal: asserção, estilo interpessoal do comportamento expressivo e atividade social. As habilidades cognitivas vão sofrer mudanças na maneira como os pacientes pensam sobre a realidade (Caballo, 2003).

Caballo (1996) ensina técnicas de treinamento em habilidades sociais, confirmando que, por meio de um conjunto de procedimentos comportamentais, os indivíduos irão se comportar corretamente em diferentes situações. Diante disso, o objetivo é fazer o indivíduo agir de forma apropriada, não-agressiva, solucionando os problemas das situações antes que estas se tornem excessivamente ansiógenas. Logo, os procedimentos empregados no treinamento em habilidades sociais englobam: identificar as áreas de dificuldade, selecionar um ponto mínimo de dificuldade para dar início à busca de solução de problemas, analisar a situação e descobrir meios e comportamentos alternativos, oferecer tarefas de casa ao cliente e discutir, a cada sessão, os novos comportamentos aprendidos por ele. Finalmente, é imprescindível verificar, por meio de novas situações, ao experimentar o cliente, se este realmente aprendeu e adquiriu habilidades sociais para lidar com diferentes situações.

O tratamento exposto por Lewinsohn e seus colaboradores (1980, citados em Caballo, 2003) são feitos em 12 sessões, sendo que as primeiras cinco têm o intuito de reduzir a freqüência e a aversão dos acontecimentos desagradáveis. Já as cinco sessões seguintes são para aumentar a freqüência das atividades agradáveis. A sessão final será para fomentar a capacidade do paciente em manter o nível de seu estado de ânimo e prevenir uma depressão futura (Caballo, 2003).

A terapia de habilidades sociais tem o intuito de promover estas habilidades por meio de técnicas que trabalhem a forma como as pessoas defendem os seus direitos e ajam conforme seus interesses pessoais; façam elogios, expressem sentimentos de afeto, aprovação e apreço, peçam desculpas, quando necessário. Ensina-se também como iniciar

conversações, fazer perguntas, realizar auto-revelações apropriadas, encerrar as conversações adequadamente, tomar decisões. O tratamento dos pacientes deprimidos proporciona também o treinamento em percepção social. Dessa forma, o terapeuta estimula o paciente a praticar as habilidades e comportamentos ao longo de diferentes situações (Caballo, 2003).

De grande importância é também o relaxamento, que será feito quando as habilidades de controle serão o estresse. Contudo, cada pessoa deprimida é única e, por isso as técnicas de tratamento devem ser flexíveis, selecionadas para cada caso específico (Caballo, 2003). Caballo (1996) afirma que “as técnicas de relaxamento formam um conjunto de procedimentos de intervenções úteis não só no âmbito da psicologia clínica e da saúde, como também no da psicologia aplicada em geral” (p.147).

Percebe-se o uso dessa técnica, quando os pacientes chegam ao consultório muito estressados, com fortes tensões musculares, agitados. Então ela é usada antes de se iniciar qualquer diálogo ou outro procedimento. É de grande utilidade, pois acalma o cliente e também acaba despertando a criatividade dele, ao diminuir as possíveis interferências associadas com a reatividade emocional.

A técnica de relaxamento será útil ao cliente, quando enfrentar situações cotidianas que lhe produzam tensão e ansiedade. A resposta de relaxamento pode vir de procedimentos como palavras sussurradas que desencadeiem estados de meditação profunda e, conseqüentemente, provocará alterações fisiológicas como a redução no consumo de oxigênio, redução na eliminação de dióxido de carbono e redução na taxa respiratória (Caballo, 1996).

Há também a terapia de solução de problemas, a qual trata das “relações entre os principais acontecimentos negativos da vida, os problemas atuais, o enfrentamento por meio da solução de problemas e a sintomatologia depressiva” (Caballo, 2003, p.495). A meta desta terapia é usar estratégias e procedimentos para que o cliente aprenda a reduzir a depressão, treinando habilidades em solução de problemas.

Caballo (1996) defende os seguintes objetivos da terapia em solução de problemas: 1) contribuir com os clientes para reconhecerem suas dificuldades anteriores e atuais que, causam estresses ou ansiedades, isto é, algo que anteceda e represente uma reação

emocional negativa; 2) diminuir gradativamente o grau que essa resposta prejudica as tentativas futuras de enfrentamento; 3) ampliar o campo de tentativas em solução de problemas, que obtenham resultados eficientes, quando o cliente enfrentar situações problemáticas; 4) por fim, capacitar os clientes adquirirem habilidades eficazes para, no futuro, serem capazes o suficiente de resolver situações-problema e evitar perturbações psicológicas. Assim, a terapia em solução de problemas envolve um conjunto de habilidades de enfrentamento, as quais fazem o paciente aprender a emitir respostas que reduzam as perturbações psicológicas. É uma técnica que acaba instigando à tomada de decisões para o cliente.

A terapia conjugal e/ou familiar também é um outro meio para se tratar a depressão. Contudo, esta prática vai incorporar a família e/ou cônjuge da pessoa deprimida pois, ao se tratar a depressão é importante se conhecer o contexto familiar em que o cliente está envolvido, isto é, pode ser que o depressivo faça parte de um contexto familiar com conflitos.

O modelo de autocontrole para a depressão (Rehm, 1977, citado em Caballo, 1996) foi uma tentativa de integrar fatores identificados como significantes da depressão, provenientes de várias teorias contemporâneas cognitivo-comportamental. Diante disso, uma pessoa que se encontra deprimida ou é vulnerável à depressão engloba-se em uma combinação de seis déficits específicos no autocontrole do comportamento.

Caballo (1996) trata, então, destes seis déficits: o primeiro caracteriza-se pelo fato de que as pessoas deprimidas tendem a considerar os acontecimentos negativos de suas vidas, esquecendo-se dos positivos. O segundo trata-se da idéia que as pessoas com depressão dão mais importância as conseqüências imediatas e não tardias, de seu comportamento. Um outro déficit que as pessoas deprimidas apresentam exigentes padrões de avaliação, ou seja, são perfeccionistas, considerando que seus comportamentos nunca estão como deveriam estar. Um quarto ponto diz respeito ao fato de que pessoas deprimidas são tendenciosas a fazer atribuições internas, no caso de acontecimentos negativos, e atribuições externas, no caso de acontecimentos positivos. O quinto ponto é o de que pessoas deprimidas administram a si mesmas por meio de recompensas que compõem as contingências insuficientes. Por último, as pessoas deprimidas praticam uma autopunição, escondendo seus

comportamentos, e agem passivamente, por receio às conseqüências de uma autocrítica e uma culpa excessiva.

De acordo com esses seis déficits, a terapia enfoca cada um deles sequencialmente, ensinando os princípios básicos às pessoas deprimidas e designando tarefas para casa com o objetivo de provocar mudanças no comportamento e em cada área específica. Este programa é organizado para seguir uma determinada ordem do dia, que é estruturada para cada sessão (Caballo, 1996).

Uma outra técnica comportamental muito usada é a dessensibilização sistemática. Esta é uma intervenção terapêutica desenvolvida para eliminar o comportamento de medo e as síndromes de evitação. Para a execução desta técnica é necessário se obedecer a seguinte ordem: primeiro o terapeuta ensina a seu paciente uma resposta contrária à ansiedade; em seguida, faz-se algum tipo de relaxamento para que o cliente diminua seu nível de ansiedade; e por último, vai sendo feita a dessensibilização sistemática, que acontece por meio de uma exposição gradual ao estímulo provocador do medo (Caballo, 1996). No caso da depressão, esta técnica pode ser usada quando os indivíduos evitam ambientes e pessoas com receio de se exporem e obterem respostas negativas.

A terapia cognitiva desenvolvida por Beck e seus colegas na Filadélfia (1979, citado em Fennel, 1997), é no momento uma das mais amplamente adotadas. Ela compreende um complexo entrelaçamento de técnicas cognitivas e comportamentais. Incluem-se, até certo ponto, intervenções defendidas por outros estudiosos, como a programação de eventos agradáveis e a reavaliação de padrões disfuncionais de comportamento e de atribuições depressivas (Fennel, 1997).

O modelo cognitivo proposto por Beck (1967, citado em Fennel, 1997) diz que a experiência faz as pessoas terem suposições ou concepções gerais sobre si mesmas e o mundo, as quais fazem uso delas para organizar a percepção, orientar e avaliar o comportamento. As suposições podem ser rígidas, extremas, resistentes à mudança e, portanto, “disfuncionais” e contraproducentes. Estas são as suposições de que as pessoas necessitam para serem felizes, por exemplo: “se alguém tem uma opinião negativa a meu respeito, não posso ser feliz” (p.245); e aquilo que é preciso fazer para se considerarem dignas

de valor, como o exemplo: “Devo ir bem em tudo aquilo que me proponho a fazer” (p. 245) (Fennel, 1997).

As suposições disfuncionais, quando ativadas resultam num aumento repentino dos “pensamentos automáticos negativos”; “negativos” porque se associam às emoções desagradáveis e “automáticos” por emergirem de súbito na mente das pessoas, ao invés de serem o produto de qualquer processo deliberado de raciocínio. Os terapeutas cognitivos utilizam-se das técnicas comportamentais para modificarem os pensamentos automáticos de seus clientes (Barlow, 1999). Dessa maneira, o terapeuta cognitivo interromperá o círculo vicioso, ao ensinar os pacientes a questionarem os pensamentos automáticos negativos e então desafiar as suposições nas quais estão baseados. (Fennell, 1997).

Diante do descrito acima, percebe-se que a terapia cognitiva considera que os pensamentos produzem comportamentos, ou seja, que os eventos privados produzem os comportamentos públicos. Contudo, a terapia comportamental prega que o ambiente não só impulsionou o comportamento, mas ele o selecionou. Isto é, o ambiente produz os comportamentos públicos e os comportamentos privados. Logo, a depressão passa a existir a partir da interação social dada e a partir disso, o comportamento pode passar também a ser governado pelas regras impostas pela comunidade. Dessa forma, as intervenções comportamentais devem estar atentas para os tipos de padrões de interação que o indivíduo deprimido estabelece com o ambiente social, para elaborar uma intervenção adequada.

Então, a terapia cognitivo-comportamental visa à resolução de problemas, faz o cliente lidar com os pensamentos automáticos negativos, faz com que ele pense de forma mais racional, para aliviar os sintomas, e verifique as regras que possui em sua vida. É uma terapia que percebe o pensamento depressivo, não como causadora da depressão, mas como parte dela.

Seligman e outros (1975, citados em Shinohara, 1998) falam do desamparo aprendido. Discutem que os indivíduos, quando submetidos a estímulos incontroláveis, terminam por aprender que os eventos do meio são independentes de suas respostas. Logo, a representação cognitiva desta aprendizagem é marcada tanto pela resposta como pela consequência, sendo ambas independentes, e resulta na produção de efeitos motivacionais,

cognitivos e emocionais da incontrolabilidade. Esta aprendizagem interferirá futuramente na aquisição de uma resposta instrumental.

O déficit motivacional caracteriza-se pela diminuição na iniciativa de respostas frente a novos eventos que assustam, isto é, são eventos incontroláveis e responsáveis por ocasionar a diminuição da motivação de iniciar respostas voluntárias de controle sobre futuros eventos (Maier e Seligman, 1976, citados em Lettner e Rangé, 1988).

Já o déficit cognitivo é à dificuldade na aprendizagem posterior de dependência entre estímulo e resposta. Esta dificuldade inclui o retardamento na percepção de controle, isto é, na percepção de que as respostas tiveram sucesso ou que responder faz diferença (Lettner e Rangé, 1988).

Por fim, o déficit emocional designa as limitações decorrentes do medo e de uma futura e possível depressão. O sujeito é modificado em sua emocionalidade em qualquer situação de incontrolabilidade e estudos relatam aparecimento de ansiedade, aumento de pressão sanguínea, distúrbio de apetite entre outros (Lettner e Rangé, 1988).

A terapia cognitiva proposta por Beck (1978, citado em Lettner e Rangé) é uma tentativa de mudar a expectativa negativa, fazendo com que o deprimido passe a acreditar na interação de suas respostas com o ambiente. Na terapia de treinamento assertivo, o indivíduo aprende a emitir respostas que surtem efeitos consideráveis. Burgess (1968, citado em Lettner e Rangé), em seus tratamentos por meio de tarefas progressivas, propicia ao paciente oportunidades de complexidade gradual, para ser bem sucedido, e assim encorajar o responder e, conseqüentemente, a auto-estima. Então, Beck percebe o conceito de desamparo aprendido da depressão, como uma necessidade de conseguir uma influência do cliente sobre as suas conseqüências, por meio de repetidas técnicas para o alcance de experiências com sucesso (Shinohara, 1998).

Para a abordagem comportamental, o condicionamento operante é visto experimentalmente. Repertórios complexos de comportamento são modelados e mantidos estáveis em freqüência por contingências apropriadas de reforçamento. A partir do momento que se reconhece a modelagem, o comportamento anteriormente atribuído a sentimentos e a

estados da mente pode ser relacionado a fontes mais simples e mais prontamente identificáveis (Skinner, 1995).

Ao se comentar que o comportamento é controlado pelo ambiente, significa que o ambiente modela e mantém repertórios de comportamento, mas também o ambiente é onde o comportamento irá acontecer. Dessa maneira, uma pessoa com depressão pode ter modelado seu comportamento por meio de um comportamento verbal, carregado de uma linguagem negativa, ou ainda, diante das contingências ambientais de perda de estímulos reforçadores.

Conforme a análise do comportamento, o ambiente é quem atua primeiro, e de duas formas. A primeira seria como consequência, que acontece quando reforça o comportamento e assim, origina um operante. E a segunda, seria como disposição, quando elicia ou evoca o comportamento (Skinner, 1995).

Os psicólogos cognitivistas dão ênfase aos sentimentos, criticando o comportamentalismo por negligenciar-los. Mas, os cognitivistas esquecem-se que os sentimentos são modificados através de alterações nos ambientes responsáveis pelo que é sentido. Dessa forma, se o ambiente não pode ser mudado, uma nova história de reforçamento pode alterar seu efeito.

Shinohara (1998) afirma a importância do tratamento farmacológico para o tratamento da depressão severa, principalmente se nesta se apresentam sintomas piores no período da manhã e histórico familiar. Pesquisas têm mostrado que a associação da psicoterapia com a medicação tem melhores respostas do que no caso de pessoas só tratadas com antidepressivos.

Muitos cientistas tentam descobrir as anormalidades químicas do cérebro, que causam a depressão. E, já que muitas descobertas têm sido feitas, pode ser que, mais tarde, haja a possibilidade de se regular o humor como se quiser (Burns, 1992, citado em Shinohara, 1998).

Ao apresentarem sintomas físicos, os deprimidos demonstram que existe uma mudança orgânica presente, pelo menos em algum tipo de depressão. E, quando se

verifica que casos de transtornos de humor se repetem numa mesma família, constata-se a influência de fatores genéticos envolvidos.

Pesquisas mostram que a redução no nível de neurotransmissores aminas (norepinefrina, dopamina e serotonina) está relacionada à depressão. Por isso, hoje, existem três categorias de drogas antidepressivas, com eficiência em vários pacientes. Contudo, existem exceções que não têm tido resultados satisfatórios (Shinohara, 1998).

Atualmente, os psicofármacos mais comuns são: os antidepressivos tricíclicos, tais como a imipramina, que elevam a potência dos neurotransmissores no momento da sinapse, contudo não elevam o nível destas substâncias, como exemplo, o Tofranil®. E também a amitriptilina, conhecida pelo Elavil® (Davison e Neale, 2003). O segundo são os inibidores da MAO, que provocam um aumento dos níveis de neurotransmissores nas regiões do cérebro e corrigem a deficiência, como o Parnate®. Por fim, há o Lítio. Seus efeitos são mais complexos e menos claros, sua função é impedir ciclos alternados de humor e estabilizar os níveis de concentração das aminas, prevenindo as oscilações (Shinohara, 1998). Davison e Neale (2003) citam ainda os inibidores seletivos de reabsorção da serotonina (ISRS), com a vantagem de produzirem menos efeitos colaterais e de serem mais eficazes que a MAO. Por exemplo, tem-se a fluoxetina (Prozac®) e a sertralina (Zoloft®).

É importante salientar que a melhor medicação e dosagem deve ser feita por meio de uma avaliação e acompanhamento médico, até porque cada indivíduo assimilará a medicação de maneiras diferentes. Logo, a parceria de um médico especializado com o psicoterapeuta, em que haja colaboração, confiança e troca de informações, proporcionará bons resultados ao cliente.

O tratamento mais dolorido seria a terapia eletroconvulsiva (TEC). Esta terapia foi criada por dois médicos italianos, Cerletti e Bini, no início do século XX. Cerletti estudava a epilepsia e buscava uma maneira que pudesse causar crises experimentalmente. A TEC foi administrada em pacientes com esquizofrenia e depressão aguda, em ambiente hospitalar. Atualmente, a terapia é restrita a pacientes profundamente deprimidos pois a TEC implica provocar um ataque e estados de inconsciência instantâneos, com uma corrente de 70 a 130 volts, através do cérebro do paciente (Davison e Neale, 2003).

Depois de feita a TEC, o paciente não se lembra de nada que aconteceu. A terapia eletroconvulsiva provoca a redução da atividade metabólica e a circulação sanguínea no cérebro. Dessa forma, é possível inibir alguma atividade cerebral fora do normal (Davison e Neale, 2003).

Percebe-se o quanto à intervenção analítico-comportamental é eficiente para casos de depressão. Visto que, a abordagem comportamental atribui o comportamento do indivíduo no ambiente, identificando as contingências ambientais que punem ou não reforçam o comportamento do deprimido. Logo, o tratamento comportamental pretende ajudar o indivíduo a construir comportamentos fortes e aumentar os positivos, eliminando os reforçadores negativos que encontram-se nas circunstâncias ambientais do indivíduo. Não se deve descartar também a importância do tratamento médico psiquiatra, pois por meio deste será recomendado o uso de medicação antidepressiva adequada para cada caso específico. Pois, tais medicações serão responsáveis em nivelar, adequadamente, as quantidades de substâncias químicas no sistema nervoso central, provocando resultados positivos no humor do indivíduo.

CONCLUSÃO

Este trabalho buscou compreender a depressão atual, conforme a teoria comportamental uma vez que, há um crescente aumento no número de pessoas com este diagnóstico. Sendo assim, este estudo forneceu uma compreensão diferente, pois foi possível verificar o quanto à presença de estímulos reforçadores são importantes ao determinar comportamentos positivos e ampliar o repertório comportamental, uma vez que a pessoa encontra-se motivada quando exposta por esses tipos de contingências ambientais.

Verificou-se o quanto a teoria comportamental é útil e suficientemente completa para explicar e provar a existência de comportamentos que incomodam o indivíduo. Visto que, ela demonstra que a dotação genética, nada tem importância, até ser exposta ao meio ambiente e a exposição a modifica imediatamente. Ou seja, uma dada instância é usualmente um produto de ambos em conjunto.

Conforme, a teoria comportamental é por meio da interação com o ambiente que o indivíduo moldará o seu comportamento. Dessa maneira, uma pessoa que durante sua vida foi exposta a estímulos de punição de seus pais e estes nunca elogiava sua filha quando fazia algo correto, pode aprender a agir de forma agressiva, hostil, rígida e se acontecer algo ruim em sua vida, como por exemplo, a perda de um ente querido ou algum acidente que a deixe debilitada para alguma atividade, pode desencadear uma depressão.

Constatou-se por meio desse estudo, que desde o surgimento da Psicanálise já se estudava sobre a depressão. Dessa forma, pensa-se em construir cada dia, técnicas de tratamento eficiente, evitando este mal. Foi possível constatar a eficácia das formas de tratamento da depressão, ao descrever as técnicas comportamentais. Estas buscam aos poucos introduzir o indivíduo em sociedade, ampliando seu repertório comportamental e excluindo comportamentos ineficazes e prejudiciais ao indivíduo.

É muito importante que o indivíduo deprimido busque um tratamento completo com médico psiquiatra e psicólogo comportamental. Pois, o primeiro prescreve o medicamento adequado para cada pessoa e o psicólogo oferecerá apoio e aplicação de técnicas, alterando as contingências das quais os sentimentos do indivíduo são função.

Contudo, a pessoa deprimida conseguirá se curar fazendo o tratamento, corretamente, tendo muita paciência e força de vontade. Por isso, será muito importante o terapeuta comportamental ensinar aos pacientes habilidades para manejar a depressão.

É muito válido o tratamento para casos graves de depressão, pois esta pode durar meses, semanas e até anos no indivíduo. Mesmo após o tratamento, o indivíduo pode ter uma recaída. Sendo assim, o tratamento ideal é aquele que pretende não só acelerar a recuperação do episódio atual, mas também fazer manutenção do estado de melhora, para que reduza a probabilidade de acontecer novamente.

Percebe-se que o número de pessoas deprimidas vem aumentando com o passar dos tempos, devido ao estilo de vida que muitas vezes é imposto pela sociedade, o tipo de cultura ou ainda, a própria família do indivíduo que cria regras difíceis de ser aceitas.

Sabe-se que, hoje, as pessoas estão cada vez mais insatisfeitas com suas condições de vida, tem encontrado dificuldades para conseguir um emprego, bem como, a competição acirrada, que provoca um nível maior de ansiedade e também faz com que a pessoa busque de maneira rápida o conhecimento, resultando também em estresse. Atualmente, depara-se com um mundo injusto, onde muitas pessoas mais sobrevivem do que vivem. Algumas coisas perdem o valor, enquanto outras se tornam cada vez mais desejadas.

Dessa forma, tudo o que vem sendo mostrado neste mundo moderno, pode ser considerado como causas a desencadear uma depressão. Por isso, é muito importante a maneira como as pessoas formulam sua história de vida, as regras impostas, os desejos, os medos, para evitar qualquer patologia ou sintomatologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amen, Daniel G. (2000). *Transforme seu Cérebro, Transforme sua Vida: um programa revolucionário para vencer a ansiedade, a depressão, a obsessividade, a raiva e a impulsividade*. Trad.: Judit G. Pely – São Paulo: Mercuryo.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV*. Trad. Dayse Batista; Porto Alegre: Artes Médicas Sul. Consultoria e Coordenação Dr. Miguel R. Jorge.
- Ballone, Geraldo José; Neto, Eurico Pereira; Ortolani, Ida Vani. (2002). *Da Emoção à Lesão: Um Guia de Medicina Psicossomática*. Editora Manole.
- Barlow, David H. (1999). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Beauchesne, Hervé. (1989). *História da psicopatologia*. Tradução Álvaro Cabral, São Paulo: Martins Fontes.
- Beck, A.T., Rush, A J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva da depressão*. Cognitive therapy of depression. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- Beckert, Marcelo E. (2002). *Qualidade de Vida: Prevenção à Depressão*. Contribuições da Análise do Comportamento para uma Vida Emocionalmente Mais Saudável. Em Maria Zilah da Silva Brandão e colaboradores (orgs). *Comportamento Humano – Tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor*. Santo André, SP: ESETec, Editores Associados.

- Brenner, Charles. (1987). *Noções Básicas de Psicanálise: Introdução à Psicologia Psicanalítica*. trad. Ana Mazur Spira. Rio de Janeiro, Imago; São Paulo, Ed. da Universidade de São Paulo.
- Britto, Ilma A. Goulart de Souza. (2003). A depressão segundo o modelo do Behaviorismo Psicológico de Arthur Staats. Em Maria Zilah Brandão e colaboradores (orgs). *Sobre comportamento e cognição: Clínica, Pesquisa e Aplicação*. Santo André, SP: Esetec Editores Associados, v. 12.
- Caballo, Vicent E. (2003). *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos. Vol 1: Transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos*. Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda..
- Caballo, Vicente E. (1996). *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. Livraria Santos Editora Comp. Imp. Ltda.
- Capelari, Angélica. (2003). O papel do desamparo aprendido nos transtornos depressivos. Em Maria Zilah Brandão e colaboradores (orgs). *Sobre comportamento e cognição: Clínica, Pesquisa e Aplicação*. Santo André, SP: Esetec Editores Associados, v. 12.
- Catania, A. Charles. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição*. Trad. Deisy das Graças de Souza e cols. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Cavalcante, Simone Neno. (1997). Notas Sobre o Fenômeno Depressão a Partir de Uma Perspectiva Analítica Comportamental. *Revista de Psicologia, Ciência e Profissão*, vol 17 (2). 2-12.

- Comer, Ronald J. (2003). *Psicologia do Comportamento Especial*. LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A..
- Cordás, Taki Athanássios. (2002). *Depressão: da Bile Negra aos Neurotransmissores: Uma Introdução Histórica*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Costa, Nazaré. (2002). *Terapia Analítico – Comportamental: dos Fundamentos Filosóficos à Relação com o Modelo Cognitivista*. ESETec Editores Associados, Santo André, SP.
- Dalgalarrondo, Paulo. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Davison, Gerald C. e Neale, John M. (2003). *Psicologia do Comportamento Especial*. LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.
- Fennel, Melanie J. V.. (1997). Depressão. Em Hawton, K; Salkovskis, P.M.; Kirk, J; Clark, D.M.; *Terapia Cognitiva Comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.
- Fensterheim, Herbert e Baer, Jean. (2001). *Não diga sim quando quer dizer não*. Rio de Janeiro: Record.
- Ferster, Charles B.. (1977). *Princípios do Comportamento*. São Paulo, HUCITEC, Ed. da Universidade de São Paulo.
- Guyton, C. A. & Hall, J. E. (2002). *Tratado de Fisiologia Médica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

- Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J., Greb, Jack A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Klein, M. (1970). *Contribuições à Psicanálise*. São Paulo: Mestrejou.
- Lettner, Harald W. & Rangé, B. P. (1988). *Manual de Psicoterapia Comportamental*. Editora Manole – Ltda. São Paulo – SP.
- Matos, Antonio Coimbra. (2001). *A Depressão: Episódios de um Percurso em Busca do Seu Sentido*. Climepsi Editores.
- Menegatti, Claudia Lúcia e Ingberman (UNICENP), Yara Kuperstein (UFPR, UNICENP). (2003). Compreensão da depressão infantil a partir do modelo de Ferster. Em Maria Zilah Brandão e colaboradores (orgs). *Sobre comportamento e cognição: Clínica, Pesquisa e Aplicação*. Santo André, SP: Esetec Editores Associados, v. 12.
- Millenson, J. R. (1967). *Princípios de Análise do Comportamento*. Coordenada Editora de Brasília.
- Montgomery, Stuart. (2000). *A. Ansiedade e Depressão*. CLIMEPSI EDITORES.
- Nunes, S. O. V. (2003). Alterações Neuroquímicas da depressão. Em Maria Zilah Brandão e colaboradores (orgs). *Sobre comportamento e cognição: Clínica, Pesquisa e Aplicação*. Santo André, SP: Esetec Editores Associados, v. 12.
- Shinohara, Helene. (1998). Transtornos do Humor. Em Range, Bernard. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva dos Transtornos Psiquiátricos*. Editorial Psy Ltda.

Silva, Marco Aurélio Dias da. (2001). *Quem Ama Não Adoece. O Papel das Emoções na Prevenção e Cura das Doenças*. Editora Best Seller.

Skinner, B. F. (1978). *Ciência e Comportamento Humano*. Trad. João Cláudio Todorov, Rodolpho Azzi. São Paulo: Martins Fontes.

Skinner, B. F. (1995). *Questões Recentes na Análise Comportamental*. Trad. Anita Liberalesso Néri. Campinas, SP. Papyrus Editora.

Wildlöcher, Daniel. (1995). *As Lógicas da Depressão*. Editora Climepsi, Lisboa.