

Uma explicação analítico - comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação¹.

A behavior - analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures.

Michael J. Dougher
Lucianne Hackbert
Universidade do NovoMéxico

Resumo

Embora cerca de 6% da população seja afetado pela depressão em algum momento da vida, o transtorno tem sido relativamente negligenciado por analistas do comportamento. As pesquisas sobre a etiologia e o tratamento da depressão têm sido conduzidas preponderantemente por teóricos cognitivo-comportamentais, psiquiatras de abordagem biológica e psicofarmacologistas interessados no substrato biológico da depressão. Essas abordagens, certamente, têm sido úteis, mas sua confiança em processos cognitivos e biológicos e sua pouca atenção a relações ambiente-comportamento as tornam insatisfatórias sob uma perspectiva analítico-comportamental. O objetivo deste artigo é fornecer uma explicação analítico-comportamental da depressão e derivar, dessa explicação, diversos tratamentos possíveis para a depressão. Além disso, um relato de caso é apresentado para ilustrar um tratamento baseado na aceitação com uma cliente depressiva.

Abstract

Although roughly 6% of the general population is affected by depression at some time during their lifetime, the disorder has been relatively neglected by behavior analysts. The preponderance of research on the etiology and treatment of depression has been conducted by cognitive behavior theorists, biological psychiatrists and psychopharmacologists interested in the biological substrates of depression. These approaches have certainly been useful, but their reliance on cognitive and biological processes and their lack of attention to environment-behavior relations render them unsatisfactory from a behavior-analytic perspective. The purpose of this paper is to provide a behavior-analytic account of depression and to derive, from this account, several possible treatment interventions. In addition, case material is presented to illustrate an acceptance-based approach with a depressed client.

¹De: Dougher, M. J e Hackbert, L. (1994). A behavior analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, 17, 2, 321-334.

Tradução de Ariane Serpeloni, Daniele Pedrosa Fioravante, Danieli de Cássia Barreto, Talita Soares Lopes e Verônica Bender Haydu. Revisão de Regina Christina Wielenska. Direitos autorais de 1994, de Association for Behavior Analysis. Reproduzido com permissão.

Apesar de aproximadamente 6% da população, em geral ser afetada pela depressão em algum momento da sua vida, esse transtorno foi relativamente negligenciado por analistas do comportamento. A maior parte das pesquisas sobre a etiologia e tratamento de depressão tem sido conduzido por teóricos cognitivo-comportamentais, psiquiatras, e psicofarmacologistas interessados nos substratos biológicos da depressão. Estas abordagens foram certamente úteis, mas sua ênfase em processos cognitivos e biológicos, e sua falta de atenção às relações ambiente-comportamento tornaram-nas insatisfatórias sob uma perspectiva analítico-comportamental. O objetivo deste artigo é apresentar uma análise comportamental da depressão e derivar, dessa análise, diversas intervenções terapêuticas possíveis. Além disso, relatos de caso são apresentados para ilustrar uma abordagem baseada na aceitação com um cliente depressivo.

Algumas vezes chamada de “a gripe da doença mental”, a depressão é um dos transtornos mais prevalentes entre os indivíduos que procuram os serviços de saúde mental. Um estudo de Regier e col. (1988) revelou que aproximadamente 2,2% dos homens, nos Estados Unidos, foram acometidos dos sintomas da depressão em algum momento. Um pouco mais de 6% da População apresentou depressão clínica durante sua vida. (Robins e col.,1984). Além disso, há evidências de que a incidência da depressão está aumentando mundialmente (Goleman, 1992). Dada esta prevalência, está claro por que a etiologia e o tratamento da depressão vêm sendo o foco de uma quantidade muito grande de pesquisas e discussões. No entanto, ela foi relativamente negligenciada por analistas do comportamento. Uma exceção notável é o trabalho recente de Ferster(1973), mas este trabalho foi consideravelmente modesto, tanto em extensão quanto em detalhes. Mais recentemente, a maior parte das pesquisas

sobre teoria e tratamento da depressão foi conduzida por terapeutas cognitivo-comportamentais (por ex.: Beck, Rush, Shaw & Emory, 1979 ; Dobson , 1989; A. Ellis, 1987; Zuroff, 1992) e psiquiatras e psicofarmacologistas interessados nos substratos biológicos da depressão (por ex.: Krishman, 1992) e os efeitos das variadas formas de terapia farmacológica (por ex.: Evans et al., 1992) Embora haja alguns dados contraditórios, as conclusões geralmente aceitas são as de que a combinação de uma terapia cognitiva e medicação com antidepressivos parece ser melhor do que as mesmas, que são comparáveis e melhores do que o placebo ou do que controles com tratamento mínimo (Elkin, 1994).

Apesar de os dados apontarem para tratamentos efetivos para a depressão, sob uma visão analítico-comportamental a bibliografia relevante não fornece uma explicação adequada sobre a etiologia da depressão ou de seu tratamento. Explicações cognitivas - da depressão baseiam-se em estruturas cognitivas (por ex.: esquemas , expectativas, crenças e pressupostos como variáveis causais, e o principal componente das intervenções cognitivo-comportamentais é a modificação das estruturas cognitivas defeituosas. O problema com essas explicações não é tanto sua ênfase na cognição; isto pode ser facilmente compreendido como exemplo de comportamento verbal. Mas, o problema é que os determinantes destas cognições e suas relações com outros comportamentos não são adequadamente tratados. O objetivo deste artigo, como se afirmou acima, é oferecer uma análise analítico-comportamental da depressão e derivar desta explicação diversas intervenções de terapêuticas possíveis. Além disso, um relato de caso a ser incluído tem a finalidade de ilustrar uma abordagem baseada na aceitação (Hayes 1987; Hayes & Wilson, 1993) com um cliente depressivo. Para ser útil, uma explicação analítico-comportamental da depressão deve ser capaz

de explicar seus principais sintomas em termos de princípios comportamentais estabelecidos empiricamente. A quarta edição do Diagnostic and Statistical Manual (DSM IV, American Psychiatric Association, 1994) lista os principais sintomas da depressão e o número e duração dos sintomas que devem estar presentes para garantir o diagnóstico específico, incluídos sob o título geral de Transtornos Depressivos. Estes incluem feições deprimidas ou tristes, redução do interesse ou prazer em realizar atividades (anedonia), alterações de apetite (tanto ganho como perda de peso), alterações de sono (tanto insônia como excesso de sono), redução geral do nível de atividade (retardo psicomotor), agitação ou ansiedade, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inferioridade e/ou culpa contínua acompanhados por autocrítica recordeção seletiva ou atenção para eventos negativos, distorção cognitiva, e ideação suicida. Embora não mencionados especificamente no DSM, há outros sintomas da depressão comumente observados: ruminação, expressões de desamparo, desesperança insatisfação crônica, raiva, abuso de substâncias, problemas de relacionamento social e pessoal, e dificuldades no trabalho.

É comum na bibliografia, a categorização dos sintomas da depressão como déficit comportamental, afetivo ou cognitivo, dependendo se eles estão relacionados primariamente a atividades públicas, sentimentos ou pensamentos, respectivamente. Apesar desta classificação ser baseada na topografia, na medida em que se apontam importantes relações controladoras, ela pode ser útil. Por exemplo, a redução na frequência de atividades públicas sugere que a extinção operante ou punição podem estar atuando, visto que a ocorrência de certas reações afetivas sugere o envolvimento de processos respondentes. Além disso, certos déficits cognitivos como autocrítica persistente ou atenção seletiva para experiências negativas apontam para o

envolvimento de processos verbais ou problemas no controle de estímulos. A explicação tomada aqui será usada para discutir os vários sintomas da depressão em relação com os princípios e conceitos comportamentais. Os princípios específicos enfatizados incluem funções de consequências, funções respondentes, funções estabelecedoras e processos verbais. Deve ser mencionado que a explicação possibilita apenas uma discussão geral sobre a depressão. Qualquer tentativa de explicação do comportamento depressivo de um indivíduo em particular, obviamente, requer uma análise funcional do comportamento desse indivíduo em relação com os contextos específicos nos quais ele ocorre.

Uma explicação analítico-comportamental da depressão

Funções Consequenciais

Baixa Densidade de reforço. Como Ferster (1973) apontou, a característica mais óbvia de pessoas com depressão é a redução ou perda de certos tipos de atividade junto com uma incidência relativamente alta reclamações, choro e irritabilidade. Ele atribuiu a taxa baixa de comportamento a uma relativa escassez de reforço. Lewinsohn e seus colaboradores (por ex.: Lewinsohn, 1974, Lewinsohn, Biglan & Zeiss, 1976) argumentaram que não é densidade do reforço per se que é crítica, mas mais propriamente a taxa de reforço positivo contingente à resposta. Deste modo, a depressão pode surgir quando o reforço para o não responder for maior do que para o responder.

Muitos teóricos (por ex., Hersen, Eisler, Alford, & Agras, 1973) argumentaram que uma falta de reforço social é particularmente importante para o surgimento e a manutenção da depressão. Uma causa óbvia para o nível baixo de reforço social é um repertório social inadequado. Em um estudo Lewinsohn e seus colaboradores (Lewinsohn, 1974; Libet & Lewinsohn 1973) revelou que pessoas

depressivas geralmente não dispõem de uma série de habilidades sociais. Não apenas elas não se comportam de maneira provável a aversivos como também são ativamente evitadas pelos outros.

Extinção. Uma redução na frequência do comportamento ou uma redução crônica no nível de emissão de comportamentos podem também ser resultado da extinção. Animais de laboratório mostram sintomas de depressão (abulia), quando a extinção generalizada é imposta depois de uma história de reforço (Skinner, 1953). Quando há um processo de extinção lento e gradual, pode ser difícil identificar a origem da depressão. Frequentemente, clientes depressivos relatam histórias passadas, caracterizadas por um ambiente social geralmente não-responsivo. Um cliente, por exemplo, relatou que quando criança, seus pais frequentemente viajavam por longos períodos, deixando-o com uma babá eficiente, mas tímida. Apesar de ela não ser deliberadamente negligente, ela era genericamente não-responsiva a qualquer coisa, exceto a perguntas diretas e pedidos de ajuda. É fácil perceber como repertórios sócio-verbais podem fazer falta para o desenvolvimento em certos contextos e como este repertório empobrecido pode resultar em taxas baixas de reforço social em geral.

Mas comumente, no entanto, clientes vêm para o tratamento depois de uma perda muito significativa e óbvia, tal como a morte de uma pessoa amada. O mesmo acontece no fim de um relacionamento, na não obtenção de um resultado desejado, como o ingresso em uma universidade, na perda de um emprego, na aposentadoria ou diante a partida dos filhos crescidos de casa. Os efeitos da perda súbita de reforço são tipicamente graves. No entanto, a maioria dos indivíduos com repertórios adequados encontram outras fontes de reforço para repor a perda. A questão aqui, porém, é a disponibilidade de um repertório adequado para obter fontes alternativas de reforço. Parece que ocorrem mais problemas

crônicos quando o reforço perdido mantinha, relativamente, uma grande proporção do repertório comportamental do indivíduo e existem poucas alternativas de reforço. A síndrome do “ninho vazio”, por exemplo, é mais grave para aqueles que desenvolveram poucas fontes de reforço além do cuidado dos filhos. Similarmente, a aposentadoria pode ser devastadora para aqueles que não conseguem desenvolver uma série de atividades reforçadoras fora do trabalho. O cultivo de uma variedade de fontes de reforço e atividades reforçadoras é uma boa inoculação contra a depressão grave.

Punição. Também comum entre os clientes com depressão crônica, são as histórias de punição prolongada e sem possibilidade de fuga, tais como aquelas associadas com abuso infantil (físico ou sexual) ou com pais altamente exigentes e críticos. Torna-se particularmente devastador quando o comportamento defensivo ou retaliatório produzido pela punição é também punido. Um exemplo é uma cliente que sofreu repetidos abusos sexuais por parte de seu pai, durante muitos anos. Quando ela contou à sua mãe sobre o abuso, esta a chamou de mentirosa e suja, e a espancou. O trabalho anterior Maier, Seligman e Solomon (1969), sobre desamparo aprendido, mostra quase claramente que a repetida estimulação aversiva sem possibilidade de fuga resulta em uma redução comportamental generalizada e interfere com os efeitos subseqüentes do reforço contingente. No caso relatado acima, a cliente veio para tratamento porque era incapaz de sentir prazer ao fazer sexo com o marido, apesar de descrevê-lo como amável, gentil e sensível. A sensibilidade dele e seu compromisso com ela pareciam apenas exacerbar sua depressão porque, como ela relatou, isto justamente provava que o problema era sua culpa. O esforço de intimidade sexual freqüente induzia longos discursos de autocritica e desprezo por si mesma.

Reforço de Comportamento de Angústia. Apesar de a extinção, a punição e a falta de repertório efetivo poderem explicar a taxa baixa de comportamento emitida por pessoas depressivas, elas também são caracterizadas por uma taxa alta de comportamento de ansiedade, incluindo lamentação, choro e irritabilidade. Ferster (1973) afirma que estas são evidências empíricas que apóiam este argumento. Biglan (1991) relatou diversos estudos que mostram que o comportamento de angústia típico dos depressivos (por ex.: expressões faciais e postura corporal de tristeza, degradação própria, lamentação) funciona para reduzir a probabilidade de estimulação aversiva produzida por outros. É fácil ver como este repertório pode ser estabelecido em ambientes altamente punitivos e como pode ser estendido para outras situações, mesmo quando o reforço imediato para o comportamento de angústia não está prestes a ocorrer. Além da redução da estimulação aversiva, o comportamento de angústia é, algumas vezes, reforçado positivamente pelo aumento de atenção e apoio social. Interessantemente, no momento, mesmo aumentando o apoio, o comportamento de angústia é percebido pelos outros como sendo aversivo (ver também Coyne, 1976) e eles procuram fugir e esquivar-se dele. Porém, esta esquivia serve apenas para remover uma fonte de reforço para a pessoa depressiva. Este padrão de reforço para o comportamento de depressão, seguido pela extinção, estabelece um círculo vicioso que pode ser difícil de quebrar.

Estímulo Discriminativo

Até este ponto, enfatizamos funções de conseqüências, mas é óbvio que existem funções de controle de estímulos envolvidas na manutenção do comportamento depressivo. Eventos correlacionados com a extinção ou punição evocam comportamento de esquivia, mantido por reforço negativo. Como acontece com maioria dos paradigmas de esquivia, no entanto, o comportamento

permanece sob o controle de estímulos discriminativos relevantes, mesmo quando as contingências mudam. Como resultado, os clientes podem vir a perder fontes potenciais de reforço, e a taxa de reforço positivo permanece baixa. Um exemplo disso foi relatado por um cliente que aceitou um convite para sair após o trabalho, para beber. Mais tarde, durante o dia, ele descobriu que teriam como companhia um certo número de pessoas. Após o trabalho, aproximou-se do bar em que tinham combinado se encontrar, mas quando viu os outros, rapidamente retirou-se. Embora estivesse disposto a interagir apenas com um colega, a presença do grupo evocou uma resposta de esquivia. Ele relatou que certamente pareceria um tolo frente aos outros e a despeito da oportunidade de interação social, ele queria evitar a possibilidade de embaraço.

Funções Respondentes

Apesar de os analistas do comportamento parecerem preocupados, em primeiro lugar, com as taxas baixas de comportamento emitidas por depressivos e com os eventos ambientais que as produzem, o estado afetivo associado à depressão é seu primeiro sintoma diagnóstico e também a principal razão pela qual os clientes procuram tratamento (Zettle & Hayes, 1986). Se não houver outro motivo, é importante explicar estes sentimentos e reações emocionais.

Além dos efeitos sobre a taxa de resposta, reforço insuficiente, extinção e punição apresentam também outras funções. A parte superior (A) da Figura 1 as descreve. Entre elas está a eliciação respondente. Isto é facilmente observado na frustração e cólera que caracterizam os jorros de respostas produzidas pela quebra de uma contingência de reforço. Os subprodutos da punição são bem conhecidos e uma importante fonte de interesse (Skinner, 1971). Quando a escassez de reforço é generalizada ou persistente, freqüentemente resulta em reações emocionais que classificamos como tristeza

ou desespero. Em termos comportamentais, reforço insuficiente, extinção ou punição funcionam como estímulo incondicionado que elicia uma série de respondentes classificados como tristeza, frustração e cólera. O argumento de que essa função respondente não é aprendida é sustentado pelas reações emocionais observadas em animais de laboratório sob esquema de extinção ou expostos à punição. Isto é também confirmado pelo desespero e angústia de crianças pequenas criadas em ambientes não responsivos (por ex.: Bolwlby, 1973).

Como iremos discutir com maiores detalhes posteriormente, as reações emocionais eliciadas por reforço insuficiente são fontes freqüentes de sofrimento posterior. Isto é, as reações emocionais associadas à depressão podem engendrar angústia subsequente, num ciclo progressivo. Esta progressão de reações emocionais pode esclarecer muitos sintomas depressivos, incluindo perturbações do sono, irritabilidade, dificuldade na concentração, dores de cabeça e estresse prolongado.

Em virtude de suas associações com a estimulação aversiva produzida por reforço insuficiente, estímulos discriminativos relevantes (ou qualquer estímulo associado à punição ou à indisponibilidade do reforço) podem também funcionar como eliciadores respondentes condicionados (ver Figura 1). Por exemplo, uma cliente atendida por um dos autores tornou-se consideravelmente melancólica após ir a uma escola secundária que freqüentara havia quase vinte anos. Ela disse que o colegial foi um tempo muito difícil para ela, por ter sido várias vezes ridicularizada e socialmente rejeitada. Simplesmente ver o local onde esta estimulação aversiva ocorreu anos antes, foi suficiente para eliciar algumas reações emocionais muito fortes.

Funções Estabelecedoras

Uma queixa comum entre depressivos é o fato de terem perdido o interesse por atividades antes consideradas recompensadoras.

Realmente, uma das características marcantes da depressão é uma falta de motivação e uma habilidade diminuída de derivar prazer da vida. De acordo com a visão analítico-comportamental, a perda da efetividade reforçadora e as mudanças na motivação sugerem que operações estabeledoras (ou supressoras) estão envolvidas (Michael, 1982, 1993). Como Michael descreve, operações estabeledoras (a) acentuam o efeito reforçador de certas conseqüências, (b) aumentam a probabilidade de respostas que tenham produzido reforços estabeledos no passado e (c) elevam a efetividade evocativa de estímulos discriminativos associados a reforços estabeledos. Operações supressoras funcionam exatamente de maneira oposta. O argumento aqui é que os eventos ou condições que produzem taxas baixas de resposta e os estados afetivos característicos da depressão podem funcionar como operações estabeledoras ou supressoras. Em particular, estes eventos potencializam algumas contingências e despotencializam outras. Estas funções estão descritas na parte inferior (B) da Figura 1.

A título de conveniência, dividiremos o mundo, um tanto simplisticamente, entre dois tipos de contingências: depressivas e não-depressivas. Contingências não-depressivas são aquelas que operam quando o indivíduo não está deprimido. Em geral, elas incluem as contingências sociais, ocupacionais, recreacionais e interpessoais que governam a vida diária. Quando há um repertório adequado e estas contingências estão estabeledas para um indivíduo, ele ou ela trabalha, brinca, interage, cria e encontra prazer nestas atividades.

Contingências depressivas são aquelas associadas a comportamento depressivo. Pode ocorrer um aumento na freqüência de comportamentos como chorar, reclamar, autocensurar, autocrítica, abuso de drogas ou álcool, sono excessivo e outros. Reforços estabeledos podem incluir expressões de simpatia, oferta de ajuda, assistência, apoio

social e esquivas de atividades e conseqüências geralmente associadas a contingências não-depressivas. Apesar de depressivos procurarem por simpatia e apoio de outros, são propensos a evitar situações sociais que requeiram um repertório ativo ou interativo. Dependendo do indivíduo, mesmo atividades fisiológicas tão básicas como alimentação ou sexo perdem suas funções reforçadoras. Pode ser, no entanto, que os aspectos sociais destas atividades e não as atividades em si, é que tenham se tornado pouco ou nada reforçadoras (Ferster, 1973). Na verdade, dada a privação de reforços disponíveis para muitos depressivos, a alimentação pode tornar-se particularmente reforçadora. Isto pode explicar porque alguns deles comem excessivamente, especialmente quando sozinhos.

Uma função que define as operações estabelecidas e que tem sido relativamente negligenciada é seu efeito sobre estímulos discriminativos relevantes. Essa relativa falta de atenção oferece uma explicação razoável para dados interessantes relatados na bibliografia sobre a relação entre emoção e cognição. Por exemplo, Bower (1981) e Ellis e Ashbrook (1989) resumiram diversos estudos que demonstraram que os estados emocionais e o humor dos sujeitos determinam extensamente os estímulos a que respondem ou de que se lembram. Para estudar esse efeito, os sujeitos foram primeiramente expostos a uma série de procedimentos destinados a induzir determinados estados de humor. Estes procedimentos incluem hipnose, sugestão verbal ou ouvir uma música capaz de induzir estados de ânimo. Uma tarefa experimental é então dada aos sujeitos. Eles podiam, por exemplo, ser requisitados a estudar e, posteriormente, recordar uma lista de palavras, que variavam quanto ao caráter afetivo (por ex.: triste, feliz) ou então a recordar fatos anteriormente vividos. Sujeitos que foram induzidos a apresentar humor depressivo, tenderam a recordar palavras e fatos tristes, ao passo que

aqueles colocados em estado de euforia, lembraram fatos e palavras alegres. Psicólogos cognitivistas postularam uma variedade de processos mentais para explicar estes eventos, mas parece que os procedimentos de indução de humor funcionam como operações estabelecidas e afetam as propriedades evocativas de estímulos relevantes.

A relevância desta discussão é que a principal característica da depressão é a atenção seletiva a memórias e eventos negativos. De fato, o aspecto essencial da maioria das teorias cognitivas da depressão (por ex.: Beck, 1967, 1976) é que os depressivos apresentam esquemas cognitivos negativos que os levam a atentar aspectos negativos de si mesmos e de seus ambientes. Um estudo interessante, relatado por Frankel e Prentice-Dunn (1990) ilustra este fenômeno. Eles investigaram a memória relativa a *feedback* previamente especificado e liberado aleatoriamente a sujeitos altamente solitários [*high-lonely*] e sujeitos pouco solitários [*low-lonely*] após uma breve interação com um assistente experimental. Os resultados indicaram que os sujeitos muito solitários têm clara lembrança do *feedback* negativo e pouco se recordam do *feedback* positivo. Resultados opostos foram obtidos com sujeitos pouco solitários. Obviamente, esta atenção seletiva e o relato são facilmente influenciados por conseqüências diretas e processos verbais (a serem discutidos abaixo), mas os efeitos potenciais das operações estabelecidas aqui parecem claros. Em geral, no entanto, o papel das operações estabelecidas na determinação diferencial de controle de estímulos necessita exploração posterior.

Comportamento verbal. Uma classe de respostas evocada pelas funções estabelecidas de punição e reforço insuficiente é o comportamento verbal. O tipo de comportamento verbal evocado e suas funções são descritas na parte B da figura 1. Mandos e mandos estendidos na forma de

reclamações, autocríticas, insultos auto-dirigidos e autodemandas são muito comuns entre depressivos. Por serem freqüentemente evocadas por estimulação aversiva, algumas destas declarações autodirigidas são agressivas e visam infligir dano ou dor. Geralmente, elas são muito efetivas. O problema, é claro, é que elas são dirigidas para si, o que somente aumenta a estimulação aversiva e exacerba a depressão.

Outro tipo de comportamento verbal evocado por estas operações estabelecedoras são tatos, ou mais precisamente, tatos distorcidos. É comum que depressivos se esforcem em identificar as razões para suas condições aversivas, freqüentemente com a esperança de serem capazes de especificar causas e descobrir soluções. Entretanto, dada sua atenção seletiva característica e a propensão à auto-injúria, eles tendem a atribuir sua condição a alguma falha pessoal fundamental, que os leva a concluir que continuarão perpetuamente infelizes. É muito comum ouvir depressivos proclamando sua incompetência inerente, sua inferioridade, o fato de não serem amados, sua inadequação e a própria patologia como razões pelas quais experienciam tamanha dor. Na medida em que acreditem nesses tatos distorcidos (ou seja, estes exercem uma influência controladora sobre o comportamento), seus efeitos podem ser graves. No mínimo, eles podem ocasionar mais comportamento depressivo e eliciar mais sentimento depressivo. Neste sentido, eles também podem funcionar como operações estabelecedoras condicionadas que se somam à potencialização relativa das contingências depressivas (ver Figura 1). Na pior das hipóteses, estes tatos distorcidos podem engendrar o tipo de desesperança que freqüentemente antecede o suicídio. Se a depressão é de longa data e a pessoa acredita que ela é devida a alguma falha básica de personalidade que provavelmente não pode ser remediada, não é difícil de entender como alguém pode chegar à conclusão de que o

suicídio é a única fuga disponível.

- A. $SD: R \rightarrow$ } 1. Queda na taxa de respostas
 $SD: R \rightarrow Sr+$ } 2. Eliciação Respondente
 $SD: R \rightarrow Sp+$ } 3. Operações Estabelecedoras (Abolidoras)

1. Estímulo controlador de esquiva
 2. Elicidor condicionado
 3. Operação estabelecadora condicionada

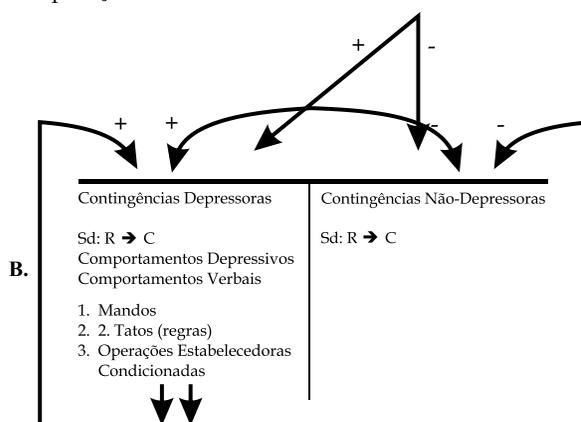


Figura 1. Um modelo analítico-comportamental da depressão. O quadro A descreve as múltiplas funções de um repertório comportamental ineficiente, que leva respectivamente a reforço insuficiente, extinção e punição. O quadro B representa as funções dessas variáveis nas contingências depressoras e não-depressoras. Incluídos como contingências depressoras estão os tipos e as funções de comportamento verbal característicos de pessoas depressivas.

Uma vez emitidos, é fácil observar como estes tatos distorcidos e auto-regras podem ser diretamente mantidos, tanto por reforço positivo, quanto por reforço negativo. O que precisa ser esclarecido é quais são as fontes de controle antecedente sobre o conteúdo e quais são os efeitos controladores destas verbalizações. Por que, por exemplo, os depressivos, ou a maior parte dos indivíduos normais vêm certas reações emocionais como indicativos de psicopatologia? Por que eles atribuem a causa de seu sofrimento a fatores internos? Que processos estão envolvidos nas inferências que são feitas em relação às causas e soluções de seus problemas? Como as auto-instruções ou quaisquer estímulos verbais adquirem suas funções? Para situar estas questões, dois conjuntos de variáveis - influências culturais e processos verbais - precisam ser discutidos.

Influências Culturais

Há, com certeza, muitas influências culturais, que podem contribuir para a depressão. Por exemplo, o aumento global da prevalência de depressão é atribuído a fatores associados à cultura moderna, incluindo o aumento da alienação e características estressantes das sociedades industriais. Embora haja um grande número de influências culturais que podem ser examinadas sob este ponto de vista, pressupostos culturais sobre comportamento humano serão enfatizados aqui.

Toda cultura, explícita ou implicitamente, comunica a seus membros seus pressupostos sobre comportamento humano. Dois desses pressupostos são relevantes para a presente discussão. O primeiro tem a ver com as causas do comportamento. O segundo refere-se às características de saúde psicológica ou, inversamente, transtornos psicológicos. Levando em consideração a primeira, é muito difícil crescer na cultura ocidental e não adotar a suposição de que eventos internos (especificamente o inconsciente e muitas vezes processos psicológicos misteriosos) são causas do comportamento. Esta suposição é reforçada pela psicologia profissional, incluindo abordagens orientadas cientificamente como a terapia comportamental cognitiva, com sua ênfase em estruturas cognitivas como entidades causais. Não é de se admirar que os depressivos atribuam seus problemas a alguns processos psicológicos internos, subjacentes.

Com respeito à saúde psicológica, ou bem-estar, esta é definida em nossa cultura pelos meios de comunicação de massa. Uma vida boa é caracterizada pela disponibilidade de recursos econômicos suficientes, relações humanas agradáveis e descomplicadas, ausência de pensamentos e de sentimentos perturbadores. Naturalmente, esta existência no vácuo é uma criação de anunciantes e pode ser atingida somente por aqueles que se aproximam dos critérios diagnósticos de transtorno de personalidade anti-social.

Contudo, muitos clientes vêm à terapia angustiados com a comparação desfavorável entre suas vidas e o ideal cultural.

O problema é agravado pela perspectiva cultural de problemas psicológicos. Em grande parte, eles são definidos pela presença de sintomas psicológicos, que freqüentemente se transformam em certos pensamentos e sentimentos (Dougher, 1993, no prelo; Follette, Bach e Follette, 1993; Follette e Hayes, 1992; Hayes, 1987; Hayes & Follette, 1992; Hayes e Wilson, 1993). A lista de sintomas do DSM que definem depressão é um ponto importante. Em geral, a presença real de certos pensamentos e sentimentos em algum grau são indicativos do transtorno. Como resultado, quando estes pensamentos e sentimentos ocorrem, a presença deles pode ser muito angustiante.

A ocorrência do sentimento de depressão, por exemplo, pode ser alarmante precisamente porque indica a existência de um transtorno psicológico. Uma reação típica é tentar suprimir ou controlar a experiência privada indesejável, mas como Hayes (1987; ver também Wegner, 1989) ressaltou, isto pode produzir um ciclo ascendente de reações emocionais. O processo é similar a tentar não pensar em ursos brancos quando se é pedido para fazer assim. Hayes ofereceu uma explicação convincente, com base na natureza de estímulos verbais, do por quê isto pode ser impossível de ser feito. Quando este resultado é obtido, os clientes muitas vezes procuram ajuda profissional num esforço para identificar os processos psicológicos subjacentes que eles assumem serem causas de suas angústias. É claro que a maior parte das abordagens terapêuticas (excluindo, no entanto, Gestalt e abordagens existenciais) reforçam as suposições do cliente ao tentar mudar os mecanismos psicológicos subjacentes que são responsáveis pelos seus sintomas.

Processos verbais

Uma questão importante para a explicação comportamental de depressão refere-se aos determinantes do comportamento verbal que caracterizam os deprimidos e como estes determinantes vêm a influenciar outro comportamento. Embora esteja claro que processos condicionados estão envolvidos, é também claro que esta explicação não pode esclarecer inteiramente a emissão de comportamento verbal novo ou a aquisição de funções psicológicas por estímulos verbais. Por exemplo, como é que quando se conta a um indivíduo que a experiência de tristeza é um sinal de depressão e que depressão é uma doença, ele conclui que sua experiência de tristeza significa que ele ou ela está doente? A lógica da inferência é clara, mas quais são os princípios comportamentais que determinam a lógica da inferência? Indo mais longe, como é que a declaração "eu estou doente" pode evocar um repertório inteiro de comportamento e eliciar certos respondentes? Não é provável que o comportamento doente tenha sido diferencialmente reforçado na presença da palavra doente, ou que a palavra doente tenha sido emparelhada com estímulos incondicionados que eliciam certos respondentes. Respostas a estes tipos de questões são sugeridas por pesquisa recente em equivalência de estímulo (por ex.: Hayes, 1991; Sidman, 1986; Sidman e Tailby, 1982; Spradlin & Saunders, 1984) e, em particular, a transferência da função por meio de classes de estímulos equivalentes (por ex.: Dougher e Markham, 1994). Já que Hayes e Wilson (1993) descrevem muito eficientemente o papel que a equivalência de estímulos pode ter no desenvolvimento de transtornos psicológicos, uma discussão detalhada não é necessária aqui. Contudo, uma discussão do envolvimento destes processos na depressão pode ser útil.

Aqueles que vêm a equivalência de estímulos como um processo comportamental fundamental subjacente à linguagem e outros comportamentos simbólicos, alegam que os

estímulos verbais adquirem sua função psicológica devido à sua participação na relação de equivalência com eventos que eles representam. Por exemplo, imediatamente após ser dito que *limón* é a palavra em espanhol para limão, *limón* adquire funções de estímulo como a palavra limão (e muitas das mesmas funções que os limões reais) para o ouvinte. Assim, não somente se pode agora responder apropriadamente ao pedido por um *limón*, mas também a descrição de se morder um *limón* provavelmente eliciará salivação como a careta facial que ocorre quando suco de limão é esguichado dentro da boca (uma demonstração experimental da transferência da função respondente por meio de classes de equivalência de estímulos é relatada por Dougher, Augustson, Markham, Greenway e Wulfert, 1994). Na mesma direção, auto-relatos como "eu não estou bom", "eu estou doente", "eu sou um fracasso", "eu estou deprimido" e "as coisas nunca irão melhorar" exercem uma influência no controle do comportamento. Uma demonstração extraordinária deste controle verbal é o efeito que ocorre quando relatos verbais são usados no laboratório para indução de estados de humor (por ex.: Velten, 1968). O procedimento implica em nada mais do que ler uma série de declarações depressivas como "não importa o quanto eu tente, nada parece funcionar" ou "eu me sinto triste". Para uma proporção considerável de sujeitos, este simples procedimento induz a estados reais e transitórios de tristeza, que não parecem ser devidos a simples características de demanda (Ellis e Ashbrook, 1989).

Quando "eu" e "fracasso" ou "doente" ou "depressivo" entram em uma classe de equivalência, muitas das funções associadas com estas descrições negativas aplicam-se a "eu". Isto pode explicar o desenvolvimento do auto-esquema e da autofala negativos que caracterizam os depressivos. No entanto, classes de equivalência, por si só, podem ser colocadas sob controle contextual (Lynch e Green, 1991; Wulfert e Hayes, 1988). De

acordo com isto, em alguns contextos, "eu" e uma variedade de termos negativos podem estar em uma classe de equivalência, ao passo que em outros contextos, "eu" está em uma classe com outros descritores, talvez mais positivos. É possível que as variáveis que evocam comportamento depressivo possam servir como estímulos contextuais que controlam a composição da classe de equivalência. Esta é uma questão interessante de pesquisa com relevância básica e aplicada. Isso pode, por exemplo, explicar a variabilidade do autoconceito, que é comumente vista tanto em indivíduos normais quanto em depressivos.

Implicações do Tratamento

A presente explicação da depressão sugere diversas estratégias de tratamento. Medicamentos antidepressivos, por exemplo, podem funcionar como operações estabelecedoras que neutralizam funções estabelecedoras de eventos que produzem depressão. O efeito comportamental dessas drogas é atenuar ou abolir contingências depressivas e potencializar contingências não-depressivas. Dessa forma, o comportamento não-depressivo é diminuído, conseqüências relevantes são salientadas como reforços, os efeitos evocativos dos estímulos discriminativos associados são aumentados e o comportamento verbal característico da depressão é substituído por verbalizações não-depressivas. As drogas antidepressivas podem produzir efeitos a longo prazo se o comportamento do cliente estiver sob o controle de contingências não-depressivas. Mais comumente, entretanto, a psicoterapia é necessária para manter os efeitos do tratamento após a retirada da droga.

A respeito das terapias psicológicas, uma variedade de intervenções é sugerida, dependendo das variações específicas que operam em cada caso particular. Por exemplo, se o problema é primariamente de déficit de

habilidades sociais, um treino de habilidades sociais seria indicado. Se há um repertório social adequado, mas uma taxa baixa de comportamento devida à extinção, punição ou controle verbal, um certo número de intervenções poderia ser efetivo. Ferster (1973) oferece uma explicação para os efeitos de melhora de quase toda forma de terapia verbal com depressivos. Ele argumenta que o simples aumento da taxa de interação verbal é provavelmente reforçadora por si só, mas pode também revelar as relações funcionais entre a forma característica do cliente responder e as conseqüências aversivas que daí resultam. Além disso, pode provocar formas mais eficazes de interação e obtenção de reforço positivo. Kohlenberg, Tsai e Dougher (1993) esboçaram, especificamente, como os terapeutas podem usar a relação terapêutica para identificar o comportamento problemático e reforçar mais formas eficazes de interação. Nesta edição, Kohlenberg e Tsai (1991) descrevem as aplicações efetivas desta abordagem como suplemento para a terapia comportamental-cognitiva com um cliente depressivo. Estes efeitos poderiam ser facilitados em terapia de grupo nas quais a problemática do comportamento social é mais provavelmente evocada e há uma maior oportunidade para feedback instrutivo sobre este comportamento.

Para clientes com histórias de abuso e negligência, simplesmente conversar sobre suas experiências pode ter efeitos terapêuticos, além daqueles descritos por Ferster. Na medida em que estímulos verbais compartilham funções psicológicas com os eventos que representam, conversar sobre eventos traumáticos pode servir para a extinção de respostas emocionais a eles associadas. Além disso, conversar sobre eventos traumáticos pode ter a vantagem de levar a uma compreensão diferente de suas causas e dos efeitos subseqüentes sobre a vida do cliente. Por exemplo, vítimas de abuso sexual e psicológico muitas vezes culpam a si mesmas por essas ocorrências. Quando elas

chegam a ver que as ocorrências não eram contingentes aos seus comportamentos, os comportamentos verbais de "autopunição" se tornam menos freqüentes.

Foi demonstrado que intervenções cognitivas que tentam modificar expectativas e crenças irracionais são eficazes para aliviar o sofrimento emocional que tipicamente conduz os clientes para o tratamento. Porém, estas intervenções fortalecem a concepção de que pensamentos são causas do comportamento e que pensamentos e sentimentos negativos são indicativos de problemas psicológicos. Isto é certamente discrepante com a visão analítico-comportamental, que considera que pensamentos e sentimentos não são causas, mas sim comportamentos. Como comportamentos, eventos privados podem ser entendidos como naturais e como reações previsíveis ao meio ambiente, dada a história particular de um indivíduo. Eventos privados não ocupam posição especial e não têm que ser modificados ou controlados para se ser feliz ou para levar uma vida rica e produtiva. De fato, como foi afirmado anteriormente, tentativas reais de controlá-los apenas tornam sua ocorrência mais provável. Se clientes podem ser auxiliados a encarar seus eventos privados dessa forma, eles podem simplesmente observá-los sem tentar controlá-los. Eles podem então fazer progresso, indo ao encalço daquelas atividades e experiências que são úteis e que dão sentido a suas vidas. Essa perspectiva da análise do comportamento sobre eventos privados é o ponto central da Teoria da Aceitação e Compromisso da terapia de Hayes (Hayes, 1987; Hayes e Wilson, 1993).

Com respeito à depressão, a ocorrência de pensamentos ou sentimentos depressivos é muitas vezes alarmante. Eles são interpretados como sinais de um transtorno psicológico subjacente que é, então, responsabilizado pelos sentimentos depressivos, pensamentos de autocrítica, a perda de interesse em atividades e outros sintomas da depressão. Tentativas de livrar-se

dos eventos privados perturbadores apenas produzem seu aumento, conduzindo a mais auto-criticas e o círculo vicioso se perpetua. Este é o motivo pelo qual muitos depressivos vêm à terapia. Este processo é ilustrado no relato de caso que se segue.

Relato de Caso

A cliente era uma mulher de 23 anos de idade que veio até a clínica universitária buscando tratamento para a depressão. Ela foi atendida pelo primeiro autor (Dougher). Nas sessões iniciais, a cliente relatou os problemas que acreditava serem os maiores. Ela relatou estar deprimida havia muitos anos. Mais recentemente, entretanto, sua depressão tornou-se mais severa. Ela relatou freqüentes ataques de choro e profunda tristeza. Embora ela tivesse um grupo de amigos (homens e mulheres), ela achava que estava se tomando cada vez mais crítica e menos interessada na companhia deles. Ela tinha um relacionamento romântico não-exclusivo com um homem da sua idade, mas tinha certeza de que este relacionamento iria na mesma direção dos relacionamentos anteriores: ela terminaria sendo abandonada por ele. Embora estivesse frustrada com a falta de compromisso no relacionamento, ela estava com medo que isto fosse um reflexo de sua insegurança. Afirmou que queria ser capaz de superar essa insegurança e que, desse modo, não seria tão carente e exigente. Ela sentia ciúmes quando via amigos em relacionamentos sérios ou até mesmo quando ela via seu "namorado" conversando com outra mulher. Ela estava no último ano de faculdade e era uma estudante de sucesso. Recentemente, entretanto, ela estava sentindo dificuldades em concentrar-se no seu trabalho e sentia medo de que suas notas pudessem ser prejudicadas por isso. Ela tinha que fazer seu trabalho de conclusão de curso até o fim do ano escolar, mas encontrava-se incapaz de progredir nisto. Ela sentia uma grande ansie-

dade em relação a isto, o que somente pareceu deixá-la ainda mais depressiva. O tratamento requereu uma combinação da psicoterapia analítica funcional (FAP - functional analytic psychotherapy) de Kohlenberg e Tsai (1991) e a terapia de aceitação e compromisso (ACT - acceptance and commitment therapy) de Hayes (1987). Os objetivos gerais do tratamento estão de acordo com aqueles descritos em ACT. Isto é, a finalidade seria ajudar a cliente a conseguir a aceitação de seus eventos privados, enquanto se dedicasse àquelas atividades e objetivos que identificasse como sendo importantes na sua vida. Os procedimentos da FAP foram usados como um processo para facilitar o alcance destes objetivos. Em particular, as interações que ocorriam no relacionamento terapêutico eram usadas para identificar e modelar comportamentos clinicamente relevantes. Uma descrição geral do curso da terapia é apresentada abaixo. O material transcrito está incluído para ilustrar as interações verbais específicas que ocorreram no tratamento. De início, um objetivo do tratamento era ajudar a cliente a desistir da luta contra seus eventos privados e aceitá-los simplesmente como reações determinadas por sua história particular. A primeira tentativa para isso aconteceu na quarta sessão após a cliente descrever um ataque de autocrítica e tristeza extrema.

C (cliente): Eu estava tão triste este fim de semana. Eu não fiz nada o tempo todo, só fiquei... só fiquei sentada por aí e chorei. Eu fiquei muito pra baixo.

T (terapeuta): Qual o motivo de tanta tristeza?

C: Eu queria ficar com ele (namorado), mas ele tinha saído com alguns amigos. Eu me sentia tão só. Mas, humm, então eu, humm, comecei a ficar zangada comigo mesma por ser tão, humm, carente, tão, humm, dependente. Eu vou, humm, e eu sei eu vou fazê-lo ir embora se eu não parar com isto. Eu sempre faço isto.

T: O que significa para você dizer que estava triste neste fim de semana?

C: Isto significa que algo está errado comigo. Não é, humm, normal, pessoas não choram por chorar o fim de semana todo. Eu não acho que é normal precisar do meu namorado por perto para não ficar triste.

T: Você disse que estes pensamentos significam que há algo de errado com você. Mas se não tivesse algo de errado, o que significariam? E se não fosse isto, o que eles significam? E se eles, humm, realmente não significassem nada? No mínimo nada sobre você ou, humm, o que você possa fazer. Talvez você esteja dando a eles muito crédito. Humm. Isto provavelmente esteja confundindo você ou se tornando difícil de entender, porque em toda a sua vida foi dito a você que seus pensamentos e sentimentos são, humm, importantes. Que eles são as razões de você fazer coisas, as razões pelas quais faz as coisas que faz. Mas, eu quero desafiar esta crença. Talvez os pensamentos que você tem sejam justamente os pensamentos que você tem e nada mais.

C: Eu não estou certa do que você está dizendo.

T: Certo. Vamos pegar os sentimentos de tristeza que você teve este fim de semana. Você estava triste porque você estava sozinha, certo? O que há de errado com isto? Você queria estar com seu namorado, mas ele não estava lá. Você queria algum afeto e, humm, alguém pra conversar, mas você não pode ter. Então, você teve uma reação emocional a isto. Você ficou triste. O que há de errado com isto?

C: Eu não gosto de estar triste e eu, humm, realmente não gosto de ser tão carente.

T: Então, quando você está triste significa que você está carente? E se isso não fosse verdade? E se isto fosse exatamente, humm, algo que você disse, algo que você aprendeu a dizer para você mesma. Isso não precisa ser verdade. Simplesmente porque você disse isto, não significa que seja verdade, você sabe? O que eu estou querendo insinuar é que seus

pensamentos e sentimentos são apenas coisas que você faz. Você aprendeu a dizer que você é carente, mas isto não significa que você seja, que você verdadeiramente seja. Você poderia apenas olhar o que você mesma diz, e não acreditar nisto. Você diz muitas coisas ruins sobre você mesma que você não é, ou talvez você não seja. Você acredita em todas as coisas ruins que você diz sobre você mesma?

C: Às vezes. Humm. Às vezes elas parecem que são verdadeiras.

T: Sim, às vezes elas parecem verdadeiras. Mas é possível que elas não sejam, certo?

C: Sim, eu acho.

T: Bem, isto é um bom começo.

As quatro sessões seguintes prosseguiram tendo como foco a aceitação de pensamentos e sentimentos. Na oitava sessão, a cliente entrou falando que queria embriagar-se para lidar com suas reações em um confronto que ela teve com seu namorado.

C: Nós tivemos uma briga e ele me deixou. Eu me senti tão zangada, tão mal. Eu simplesmente não poderia, não queria fazer isso. Eu comecei a ficar realmente deprimida. Eu só queria me embriagar

T: Porque você estava muito triste.

C: Sim, outra vez. Eu nunca vou embora. E, você sabe, os pensamentos estavam começando outra vez.

T: E você achou que tinha que parar com eles?

C: Sim

T: Você parou?

C: Não, eu comecei a beber, mas eu não sou de beber muito e pareceu que bebendo, eu pensei ainda mais sobre isto.

T: Como que tentando não pensar em elefantes rosas faz você pensar nos elefantes rosas ainda mais. Isto é verdade com referência a tudo o que você faz para parar de pensar sobre algo ou tentar não ter um sentimento. Isso somente piora.

C: Então, o que você faz?

T: Não tento não ter sentimentos. Eu os

tenho.

C: E isso funciona? Os sentimentos vão embora?

T: Não, mas pelo menos você não está fazendo nada que os faça piorar.

C: Bem, como você se livra dos sentimentos?

T: Você não se livra. Não dá para se livrar deles.

C: O que você faz com eles?

T: Eu os tenho. Você quer fazer algo que você não pode. Você não quer ter pensamentos e sentimentos, mas isso não pode acontecer, você sabe. Você está viva e eles são parte de você.

C: Eu não gosto destas minhas partes.

T: De quais partes você gosta?

C: Eu não sei bem.

De acordo com a FAP, as interações que ocorreram nas sessões de terapia eram freqüentemente o foco da terapia. O próximo trecho da 12ª sessão ilustra como os sentimentos da cliente na sessão eram usados para facilitar a aceitação emocional. A cliente tinha acabado de relatar uma experiência sexual que tivera alguns anos antes. A experiência foi humilhante para ela e ela sentiu-se muito culpada por isto.

T: Como você se sente ao contar isto, humm... contar-me coisas muito particulares?

C: Inacreditavelmente embaraçada. Eu sabia que nós falaríamos, que eu teria que falar sobre isto aqui. Isto incomodou-me por um longo tempo e, é isto que se espera que seja feito na terapia, certo? Falar sobre coisas ruins que aconteceram. Mas, eu realmente tenho ficado com medo disto, de falar sobre isto. Eu quero dizer...

T: Eu posso compreender como isto foi difícil para você. Eu sei que você está embaraçada, Eu. humm... quero que você retorne para a experiência sexual e fale sobre seus sentimentos a respeito dela, mas, humm... , eu acho que.. eu quero que você... eu espero que você possa compreender que

você foi capaz de fazer algo que pensava que era valioso para você, ainda que tivesse sentimentos fortes sobre isto. Eu quero dizer, mesmo que você fique embaraçada, você fez o que precisava fazer. É isso que eu quero dizer por aceitação. E é assim que você a faz.

O trabalho de aceitação continuou ao longo de algumas sessões e a cliente foi capaz de compreender a perspectiva. Nas sessões, ela freqüentemente relatava alguns exemplos nos quais foi capaz de observar que teve sentimentos tanto de depressão quanto de ansiedade sem tentar controlá-los. Um exemplo ocorreu quando ela estava se preparando para um encontro com alguém que conheceu em uma de suas aulas. Ela relatou o seguinte na 17ª sessão:

C: Bem, eu estava realmente, humm, começando a ficar nervosa e, humm, pensando que, humm... que tinha sido um erro aceitar sair com ele. Eu não sabia porque eu estava; você sabe, tão nervosa. Eu não tinha nenhum segredo. De qualquer forma, eu comecei a pensar sobre aceitar os sentimentos e as coisas que nós conversamos a respeito, você sabe, e acabei me preparando,

T: Parece-me que estar nervosa naquela situação era bastante normal. Eu quero dizer, quem não estaria nervoso?

C: Eu sei; mas eu comecei com, humm, você sabe, se eu fosse mais confiante, eu não estaria nervosa, e então, eu apenas disse, bem isto é somente um pensamento que eu estou tendo.

T: Então você foi?

C: Sim, eu estava muito bem. Mas o tempo todo, eu estava como que dizendo para mim mesma que ele me odiava, por que eu faço isto? Qual é o motivo? Você sabe. Mas foi bom.

As sessões subseqüentes foram centradas em seus objetivos, valores e o que ela queria para sua vida.

T: Ultimamente, nós estivemos falando muito sobre a aceitação de pensamentos e

sentimentos e esses tipos de coisas, mas, humm, pode útil passar algum tempo falando sobre o que você quer fazer com sua vida, que tipo de pessoa você quer ser.

T: Bem; o que você valoriza? O que você quer para sua vida?

C: Um relacionamento melhor é uma coisa que eu quero. Este (o relacionamento com o namorado dela) não está indo a lugar nenhum, mas eu tenho medo de rompê-lo.

T: Por quê?

C: Eu poderia ficar sozinha por um longo tempo. Realmente longo. Eu prefiro estar com ele a estar sozinha,

T: Mesmo? Mas antes você disse que este relacionamento faz você sentir-se estúpida e mal. Você também disse que queria um relacionamento com alguém que poderia comprometer-se com você. Humm... É melhor, humm, sentir-se estúpida e mal, humm... não ter um tipo de relacionamento que você quer, do que estar sozinha por um período de tempo? Há sempre um risco quando você vai atrás de algo que você quer. Nos relacionamentos, você sabe, o risco é que você pode ser, humm, rejeitada ou, humm, machucada. Mas não estando em um relacionamento significa que você poderia estar solitária, humm, ou não ter o tipo de intimidade que você quer. A aceitação está de mãos dadas com o compromisso. Você tem que estar disposta a aceitar os sentimentos que aparecem quando você vai atrás daquilo que quer. O que você quer?

C: Um relacionamento com compromisso e sem nenhum risco (risos).

T: Desculpe.

Na sessão seguinte, a cliente relatou que ela tinha terminado o relacionamento com seu namorado. Nas sessões subseqüentes, ela discutiu a possibilidade de mudar-se do Novo México e arrumar um emprego trabalhando para um membro do Congresso em Washington, D.C. A sua faculdade tinha lhe proporcionado um treinamento para este tipo de trabalho e numa de suas discussões sobre

suas notas e valores, ela descobriu que queria se envolver politicamente e trabalhar em causas em que ela sentia serem importantes. Ela estava muito ansiosa com relação a deixar sua casa, mas tinha chegado à conclusão de que sua ansiedade teria que ser aceita se ela quisesse concluir com êxito seus objetivos profissionais. Com o progresso da terapia, a depressão da cliente claramente se dissipou, embora o seu estado afetivo raramente tivesse sido discutido após as primeiras poucas semanas de tratamento, e isto nunca foi um objetivo explícito da terapia. De fato, além da aceitação emocional, os objetivos específicos do tratamento foram os de obter algum esclarecimento de suas metas e valores, e buscar aquelas atividades que dessem

significado e enriquecessem a sua vida. Estes incluíram a finalização de seu trabalho de conclusão de curso, seu relacionamento com os amigos, trabalhar algumas dificuldades com seus pais, tomar uma decisão sobre seu relacionamento, buscar um novo namorado, se necessário, e encontrar um trabalho que fosse do tipo que ela gostaria de fazer. Com estes critérios, o método empregado com esta cliente foi um sucesso. É claro que não há como atribuir o resultado deste caso somente aos procedimentos utilizados. Mas este não foi o propósito do relato. Ao invés disso, o que queríamos era demonstrar a aplicação dos procedimentos clínicos analítico-comportamentais para o tratamento da depressão.

Referências

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: Author.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Biglan, A. (1991). Distressed behavior and its context. *The Behavior Analyst*, 13, 157-169.
- Bower, G.H. (1981). Mood and Memory. *American Psychologist*, 36, 129-149.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol.2. Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Coyne, J.C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- Dobson, K. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Dougher, M. J. (1993). On the advantages and implications of a radical behavioral perspective on private events for the behavior therapist. *The Behavior Therapist*, 16, 204-206.
- Dougher, M. J. (1994). The act of acceptance. Em S. C. Hayes, N. Jacobsen, V. Follette, & M. J. Dougher, *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (pp.37-45). Reno, NV: Context Press.
- Dougher, M. J. & Markham, M. (1994). Stimulus equivalence, functional equivalence and the transfer of function. Em S. C. Hayes and L. J. Hayes, M. Sato, & K. Ono (orgs.). *Behavior Analysis of Language and Cognition* (pp.71-90). Context Press: Reno, NV.
- Elkin, I. (1994). The NINH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. Em S. Garfield e A. Bergin (orgs.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 114-139). New York: Wiley.
- Ellis, A. (1987). A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 121-146.

- Ellis, H.C. e Ashbrook, P.W. (1989). The "state" of mood and memory research: a selective review. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 1-21.
- Evans, M.D., Hollon, S.D., DeRubeis, R.J. Plasecki, J.M., Grove, W.M., Garvey, M.J. & Tuason, V.B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857 - 870.
- Follette, W.C.; Bach, P.A. e Follette, V.M. (1993). A behavior-analytic view of psychological health. *The Behavior Analyst*, 16, 303-316.
- Follette, W.C. e Hayes, S.C. (1992). Behavioral assessment in DSM era. *Behavioral Assessment*, 14, 293-295,
- Frankel, A. e Prentice-Dunn, S. (1990). Loneliness and the processing of self-relevant information. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 303-315. 1
- Goleman, Daniel (1992, december 8). A Rising Cost of Modernity: Depression. *New York Times*.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. Em N. Jacobson (org.). *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C. (1991). A relational control theory of stimulus equivalence. Em L. H. Hayes e P. N. Chase (orgs.). *Dialogues in verbal behavior* (pp. 19-40). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S.C. e Follette, W.C. (1992). Can functional analysis provide a substitutive for syndromal classification? *Behavioral Assessment*, 14, 345-365.
- Hayes, S.C. e Wilson, K. G. (1993) Some applied implications of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, 16, 283-302.
- Hersen, M., Eisler, D., Alford, G. S. e Agras, W. S. (1973). Effect of token economy on neurotic depression: An experimental analysis. *Behavior Therapy*, 4, 382-397.
- Kohlenberg, R. J. e Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plen in.
- Kohlenberg, R. J. e Tsai, M. (1991). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Kohlenberg, R. J.; Tsai, M. & Dougher, M. J (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The behavior Analyst*, 16(2), 271-282.
- Krishman, K. R. R. (1992). Depression neuroanatomical substrates. *Behavior Therapy*, 23, 571-584.
- Lewinsohn, P. M. (1974). Clinical and theoretical aspects of depression. Em K. S. Calhoun, H. E. Adams, e H. M. Mitchell (orgs.). *Innovative treatment methods of psychopathology* (pp. 63-120). New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M.; Biglan, A. e Zeiss, A.M. (1976). Behavioral treatment of depression. Em P.O. Davidson (org.). *The behavioral management of anxiety, depression and pain* (pp.91-112). New York: Brunner/Mazel.
- Libet, J., e Lewinsohn, P. M. (1973). The concept of social skills with special reference to the behavior of depressive persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 304-312.
- Lynch, D. C. e Green, G. (1991). Development and crossmodal transfer of contextual control of emergent stimulus relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 56, 139-154.
- Maier, S. F., Seligman, M. E. P. e Solomon, R. L. (1969). Pavlovian fear conditioning and learned helplessness: Effects on escape and avoidance behavior of (a) the CS-US contingency and (b) the independence of the US and voluntary responding. Em B. A. Campbell e R. M. Church (orgs.). *Punishment and aversive behavior* (pp.299-343). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Michael, J. (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 149-155.

- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16, 196-206.
- Regier, D. A.; Boyd, J. H.; Burke, J. D.; Rae, D. S.; Myers, J. K.; Kramer, M.; Robins, L. N.; George, L. K.; Karno, M. e Locke, B. Z. (1988). One month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Robins, L. N.; Helzer, J.E; Weissman, M.M.; Orvaschel, H.; Gruenberg, E.; Burke, J.D.e Regier, D.A. (1984) Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-58
- Sidman, M. (1986). Functional analysis of emergent verbal classes. Em T. Thompson e M.D. Zeiler (orgs.). *Analysis and integration of behavioral units* (pp. 213-245). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sidman, M., & Tailby, W. (1982). Conditional discrimination vs. matching-to-sample: An expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 5-22.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Free Press.
- Skinner, B.F. (1971). *Beyond Freedom and Dignity*. New York: Knopf.
- Spradlin, J. e Saunders, R. (1984). Behaving appropriately in new situations: A stimulus class analysis. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 473-482.
- Velten, E. (1968). A laboratory task for induction of mood states. *Behavior Research and Therapy*, 6, 473-482.
- Wegner, D.M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession and the psychology of mental control*. New York: Penguin Books.
- Wulfert, E. e Hayes, S. C. (1988). Transfer of a conditional ordering response through conditional equivalence classes. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50, 125-144.
- Zettle, R. D., e Hayes, S. C. (1986). Disfunctional control by client verbal behavior. The context of reason giving. *The Analysis of Behavior*, 4, 30-38.
- Zuroff, D. C. (1992). New directions for cognitive models of depression. *Psychological Inquiry*, 3, 274-277.

Recebido para publicação em: 13/10/2003
Aceito em: 14/11/2003