

Síndrome Depressivo e Modelos de Depressão

TERESA REIS (*)

I. INTRODUÇÃO

Os modelos de depressão que vou apresentar não pretendem ser teorias causais da depressão. São modelos que postulam que dentro do síndrome depressivo, há uma perturbação primária e autónoma que vai desencadear todas as outras, isto é, que há um sintoma primário à volta do qual os outros se organizam.

O Síndrome Depressivo é o conjunto de sintomas que exprime a polarização triste do humor e dos afectos. É constituído por sintomas acessórios (físicos ou psíquicos) e sintomas fundamentais que são:

- A Depressão do Humor;
- A Inibição Psicomotora;
- A Autodesvalorização.

Cada modelo de depressão elege como perturbação primária, à volta da qual o síndrome se organiza, uma perturbação diferente:

- No modelo de Delay a perturbação primária é a tristeza;
- No modelo de Beck a perturbação primária é uma perturbação cognitiva;
- No modelo de Klein a perturbação é a anedonia (incapacidade em sentir prazer);
- No modelo de Widlocher a perturbação é a lentificação psicomotora.

Estes 4 modelos podem comparar-se segundo duas perspectivas (Ver Fig. 1):

— Na primeira podem agrupar-se:

- Os modelos de Delay e Klein, pois ambos consideram que a perturbação primária é a perturbação dos afectos;
- E os modelos de Beck e Widlocher, pois ambos privilegiam uma perturbação de actividade, respectivamente cognitiva e psicomotora.

— Na segunda perspectiva podem agrupar-se:

- Os modelos de Widlocher e Klein, que postulam uma perturbação primária do tipo quantitativo deficitário (a lentificação psicomotora e a anedonia);
- E os modelos de Delay e Beck, que postulam uma perturbação primária do tipo qualitativo (a tristeza e as perturbações cognitivas), estando a diferença entre estes dois modelos no modo como caracterizam o elo associativo ou a relação causal entre estes dois tipos de sintomas.

FIGURA 1

2ª Perspectiva	Perturbação quantitativa (deficit)	Perturbação qualitativa
1ª Perspectiva		
Afectos	Klein (Anedonia)	Delay (Tristeza)
Actividade { Cognitiva Motora	Widlocher (Lentif. psicomotora)	Beck (Perturbação cognitiva)

(*) Estagiária do 5º ano de Psicologia Clínica-ISPA

II. O MODELO CLÁSSICO DE DELAY

Para Delay, a tristeza é o acontecimento primário que está na base de todos os outros, e que vai então provocar tanto as perturbações do conteúdo do pensamento como a lentificação psicomotora.

— Quanto às perturbações do conteúdo do pensamento, ou seja, quanto às ideias de desvalorização, as ideias de que o mundo exterior é difícil de enfrentar e as ideias pessimistas quanto ao futuro, Delay diz que são algo de secundário em relação à tristeza. Isto porque postula que «o deprimido não está triste porque tem ideias tristes; ele tem ideias tristes porque está triste».

— Quanto à lentificação psicomotora, é também a tristeza que a provoca, isto é:

- Se no plano psíquico há uma ideação lenta e pobre, é porque o indivíduo está triste e, como tal, só tem ideias tristes a parasitar-lhe o pensamento, sem permitir a interferência de outras que o dinamizem;
- Se no plano motor há perda de iniciativa, é porque o indivíduo está triste e, como tal, as coisas deixam de ter sentido para ele, pelo que não vale a pena serem feitas.

As perturbações do conteúdo do pensamento e a lentificação psicomotora vão, por sua vez, aumentar a tristeza que as provocou, criando-se um ciclo vicioso que leva a que o efeito dissimule a causa, e esta relação por vezes se confunda.

III. O MODELO COGNITIVO DE BECK

Beck sugere que a perturbação primária deste síndrome é uma perturbação cognitiva.

— *Para entender este modelo é necessário rever um pouco a sua teoria cognitiva:*

Beck pensa que, se face a uma dada situação as pessoas reagem de modos diferentes, é porque cada uma extrai dessa mesma situação, diferentes aspectos para os combinar de uma forma coerente e chegar, assim, a uma conclusão.

Pensa que isto acontece porque há estruturas

cognitivas básicas relativamente estáveis, que são subjacentes à actividade mental e que guiam o processo do pensamento. A estas estruturas chamou *Esquemas*.

O *Esquema* é, então, como que uma chave para triar, decifrar, codificar e avaliar as situações, determinando assim o modo como o indivíduo organiza e percebe o seu ambiente e as suas próprias vivências.

Face a uma dada situação, é activado um esquema relevante a ela; é esse esquema que vai abstrair determinados detalhes dessa situação, logo, é ele que vai influenciar a formação de cognições.

É como se o esquema fosse uma premissa que levará a uma conclusão. É obviamente um constructo hipotético, que não pode ser observado, mas que pode ser inferido, pois o seu conteúdo é expresso nas atitudes, valores e pensamentos dos indivíduos.

— *O que acontece na depressão?:*

	Eu
Beck diz que na representação dos 3 domínios	Mundo exterior
	Futuro,

há conteúdos ou temas negativos característicos da depressão, a que chamou *Triade Cognitiva*.

Assim:

- No domínio do *Eu*, o conteúdo é uma visão negativa de si próprio e das suas experiências, que leva os indivíduos a sentirem que lhes falta algo para serem felizes, úteis, etc. — o que exprime ideias de desvalorização;
- No domínio do *Mundo Exterior*, o conteúdo é uma apreciação negativa do ambiente, que sentem como demasiado exigente e com obstáculos intransponíveis — o que exprime ideias de fraqueza;
- No domínio do *Futuro*, o conteúdo é uma visão negativa «do que há-de vir», pelo que se sentem sem esperança, e acreditando que o seu sofrimento não acabará — o que exprime ideias de pessimismo.

Assim, o conteúdo negativo desta *Triade Cognitiva*, está organizado em esquemas negativos disfuncionais, que podem estar relativamente adormecidos no período não

depressivo, mas que se tornam progressivamente mais activos, à medida em que a depressão se precipita e desenvolve (deva a que se deve esta precipitação, já que não é um modelo causal).

O que acontece é que, estando eles tão activos, vão ser evocados por toda a espécie de situações, fazendo com que a sua análise seja feita em função deles, o que é reflectido na prevalência crescente das tais ideias depressivas, quanto à apreciação de si, do mundo exterior e do futuro.

Como por vezes há dados da realidade (ex., um sucesso profissional), dissonantes com o esquema negativo evocado (ex., «sou incapaz»), o indivíduo vai anular esta discrepância, tirando desses dados da realidade, apenas os aspectos que se adaptam ao esquema negativo dominante (vai dizer, por ex., «consegui só porque me ajudaram» — o que está em consonância com o seu esquema de incapacidade). Comete, assim, uma série de *erros no processamento da informação*, que levam a uma visão distorcida da realidade, sendo os mais comuns:

- Chegar a uma conclusão, sem dados que a apoiem, ou mesmo quando há dados em contrário: *inferência arbitrária*;
- Chegar a uma conclusão, usando só detalhes irrelevantes da situação em questão: *abstracção selectiva*;
- Fazer de um acontecimento isolado, regra geral, aplicando-a inadequadamente: *excessiva generalização*;
- Considerar dados acontecimentos como cruciais/triviais, quando não o são: *exagero/minimização*;
- Relacionar consigo acontecimentos estranhos, sem qualquer indício lógico: *tendência à personalização*;
- Catalogar indivíduos, situações, etc., em categorias opostas e irreductíveis: *pensamento dicotómico*.

Assim, o deprimido, ao conceptualizar as suas experiências, tende a deduzir automaticamente as suas conclusões, tendo então um estilo de pensamento automático, negativo e extremista, que contrasta com a análise lógica da informação característica de outros modos de pensamento.

O modelo de Beck não pretende que esta forma desadaptada de pensamento, seja a causa da depressão, pretende sim explicar que esta perturbação é a alteração primária que levará secundariamente, a toda uma sintomatologia da esfera condutal e afectiva.

Quanto à Sintomatologia Afectiva

Beck diz haver uma continuidade entre afecto e pensamento, ou seja, o afecto é sempre congruente com o pensamento. Isto, porque é a forma como o indivíduo interpreta uma situação que vai determinar a resposta afectiva a essa mesma situação. Se a sua interpretação é feita através dum esquema com conteúdo desagradável, ele exprimentará um afecto desagradável. É o que acontece na depressão: os esquemas evocados são concepções negativas de si, do mundo exterior e do futuro, daí que se sintam tristes, infelizes, abatidos, incapazes e sem esperança.

Assim, e comparando com Delay, «o deprimido não tem ideias tristes porque está triste; está triste porque tem ideias tristes».

Estes aspectos negativos vão também, por sua vez, reforçar a actividade dos esquemas negativos, instalando-se um processo em espiral.

Quanto à Sintomatologia Motora

Não é difícil pensar que o conteúdo negativo da *Triade Cognitiva*, e os sentimentos a ela associados, levem a uma retracção dos interesses e actividades do indivíduo, caracterizada por uma lentificação motora. Por exemplo, a sequência: «sou um incapaz, não consigo fazer o que me pedem, nunca hei-de conseguir», exprime bem como a apreciação do Eu, do Mundo Exterior e do Futuro, favorece a inibição motora, devido a uma vivência permanente de «não vale a pena».

IV. O MODELO DE KLEIN

Klein propõe um modelo apenas aplicável às depressões ditas endógenas. Diz que estas seriam caracterizadas por um deficit de capacidades do sujeito em sentir prazer nas coisas e em conseguir fazer uma antecipação dos acontecimentos agradáveis. Esta perturbação definiria a *Anedonia*.

Não propõe um esquema causal entre este

sintoma, que considera primário, e os outros do síndrome depressivo, dizendo apenas que a perda de interesse e a lentificação psicomotora, estão directamente ligadas a ele.

Klein liga esta perturbação a alterações neurofisiológicas (de tipo quantitativo), nos centros reguladores do humor e dos afectos.

V. O MODELO DE WIDLOCHER

Widlocher postula que a lentificação psicomotora é a perturbação primária do síndrome depressivo.

Na depressão, há uma lentificação psicomotora, expressa por uma lentificação da actividade gestual (postural ou mímica) e por um estilo de pensamento caracterizado pela lentificação da actividade ideativa e consequente lentificação da linguagem.

Diz que a lentificação vai ser necessariamente, fonte de tristeza:

— Por um lado, a lentificação vai alterar mais o *Tempo*, que o conteúdo do pensamento. Isto, leva a que o sujeito sinta que «o tempo

leva mais tempo a passar», ou seja, leva a uma vivência subjectiva de lentidão do tempo vivido e, logo, a uma vivência profunda de aborrecimento;

— Além disso, se a lentificação se acompanha de uma vivência de aborrecimento, ela vai exprimir-se na ruminação de pensamentos tristes, pelo que o indivíduo se irá sentir necessariamente triste.

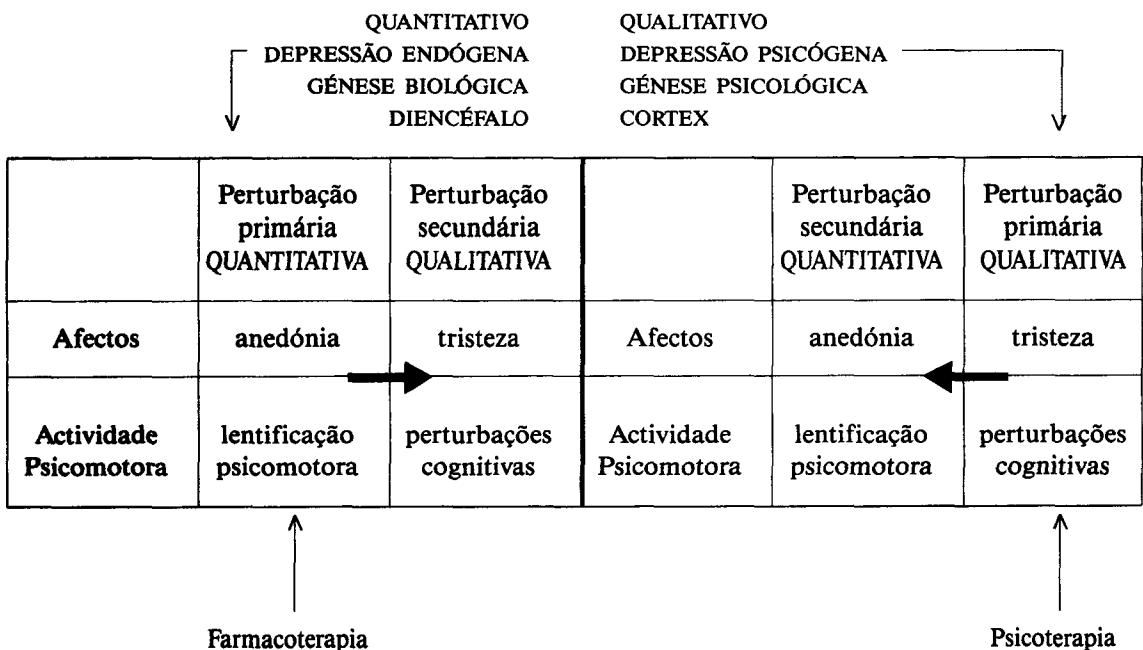
VI. HIPÓTESE

Vimos anteriormente que os quatro sintomas referidos pelos autores (tristeza, perturbações cognitivas, anedonia e lentificação psicomotora), se podem agrupar numa dada perspectiva, em função das dimensões Qualitativo/Quantitativo Deficitário.

Que tipo de associações pode existir, entre estas duas dimensões?

Ao par Quantitativo/Qualitativo podem fazer-se equivaler os pares:

FIGURA 2



- Depressão Endógena/Depressão Psicógena
- Gênese Biológica/Gênese Psicológica
- Diencefalo/Cortex

Isto é:

- Nas depressões *Endógenas*, o que está em causa é uma alteração de *Gênese Biológica* — a alteração do humor e dos afectos — directamente relacionada com o Diencefalo.
- As depressões *Psicógenas* têm fundamentalmente a ver com alterações de *Gênese Psicológica* — alterações das funções psicológicas superiores — mediadas pelo Cortex.

Pode então pôr-se a Hipótese de que (Ver Fig. 2):

- As depressões *Endógenas* previligiam, como fundamental e primária, a dimensão em que se enquadram Klein e Widlocher — isto é, a *Dimensão Quantitativa Deficitária* —, já que estas depressões são sensíveis às terapias farmacológicas que, de algum modo, compensam esse deficit quantitativo.
- As depressões *Psicógenas* previligiam, como fundamental e primária, a dimensão em que se enquadram Beck e Delay — a *Dimensão Qualitativa* (particularmente as ideias depressivas) —, já que estas depressões são pouco sensíveis à quimioterapia, e muito mais facilmente removíveis por uma

psicoterapia, que actuaria então a nível das perturbações qualitativas.

É apenas uma hipótese que não responde a todas as perguntas, que surgem quando se confrontam os vários modelos. Na realidade, é fácil enumerar os sintomas do síndrome depressivo, mas é difícil saber qual a importância relativa de cada um deles, pelo que o papel do humor no quadro da sintomatologia depressiva, continua a ser, também ele, difícil de determinar.

BIBLIOGRAFIA

- Beck, A. & Winnendod, P. (1964). Thinking and Depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 10: 561-571.
- Beck, A. (1971). Cognition, Affect and Psychopathology. *Arch. Gen. Psychiatry*, 24: 495-500.
- Beck, A., Harrison, R., & Buceta, J. (1984). Terapia Cognitiva de la Depression: una introduccion al desarrollo histórico. Los conceptos y procedimientos de la alternativa terapeutica de Beck. *Rev. de Psic. Gral. y Apl.*, 36: 624-646.
- Hardy, P. (1983-84). *L'Humeur: évaluation et psychopatologie*. Les Seminaires du Girard:41-51. Les Laboratoires Servier.
- Miller, W., Rosellini, R. & Seligman, M.. *Depression: indefension aprendida y depression*.
- Pichot, P., Piret, J. & Clyde, J. (1966). Analyse de la symptomatologie depressive subjective. *Rev. de Psychologie Appliquée*, 16 (2): 105-115.