

# CONCEITOS DE DEPRESSÃO

MAURA ALVES NUNES GONGORA\*

## RESUMO

*Sistematização dos principais conceitos de depressão. Algumas controvérsias em relação à natureza do humor depressivo e algumas críticas às principais classificações de depressão: endógeno – reativa e neurótico – psicótica.*

### 1. INTRODUÇÃO

O termo depressão tem sido utilizado com diversos significados tanto na literatura científica quanto entre profissionais e clientes. Isto tem gerado uma confusão semântica que vem, inclusive, dificultando as pesquisas nessa área.

Essa dificuldade é relatada pela maioria dos autores da literatura sobre depressão – LENVINSON(9); LÁZARUS(8); AKISKAL & McKINNEY(1); BECK(2); SELIGMAN et alii(13); entre outros. Os autores acima assinalam que depressão, como anormalidade psicológica, é um padrão descrito de forma muito ambígua. Esses autores enfatizam a necessidade de uma definição do termo depressão antes de se iniciar qualquer discurso sobre o assunto. Na literatura comportamental, enfatiza-se a dificuldade em se definir operacionalmente o termo.

Este trabalho é uma tentativa de sistematizar e explicitar os conceitos relacionados ao termo depressão através da descrição dos conceitos mais comuns, bem como da discussão de alguns problemas a eles relacionados. Inicialmente serão descritos os conceitos de depressão como humor, sintoma, entidade nosológica, comportamento e síndrome. Para complementar as descrições dos conceitos de depressão serão apresentadas também uma discussão em relação à natureza do humor depressivo e duas de suas classificações.

### 2. CONCEITOS DE DEPRESSÃO

O termo depressão é de difícil

definição por ter sido utilizado com pelo menos cinco significados diferentes: como humor, sintoma, entidade nosológica, comportamento e síndrome.

#### 2.1. Depressão como humor

A descrição deste conceito exige uma descrição prévia do conceito de humor. A mais clara definição de humor encontra-se em BECK(2): “o termo humor é, geralmente, aplicado a um espectro de sentimentos que se estendem da alegria e felicidade em um extremo, a tristeza e infelicidade em outro”(16). O termo descreve uma dimensão que engloba termos diretamente referentes à tristeza e felicidade, referindo-se tanto à presença quanto à ausência de tais sentimentos. Desta forma, incluem-se nessa dimensão sentimentos como aborrecimento, insatisfação, descontentamento, desamparo, desesperança, apatia, etc, em direção a um extremo; e, satisfação, esperança, contentamento, euforia, etc, em direção ao outro extremo. Estão excluídos desta dimensão sentimentos como, ansiedade, uma vez que não variam com a dimensão, ou seja, ansiedade pode acompanhar tanto sentimentos de tristeza e infelicidade quanto sentimentos de alegria e felicidade. Diz-se que um indivíduo está com o humor rebaixado ou diminuído quando este relata sentimentos de tristeza e infelicidade, ou que um indivíduo está com o humor alto quando este relata sentimentos de alegria e felicidade.

Para designar todos os sentimentos referentes à tristeza e infelicidade,

encontra-se na literatura o termo “disforia” (LENVINSON(9)). Desta forma, pode-se qualificar um humor bastante rebaixado como humor disfórico.

Retomando, então, a discussão dos conceitos de depressão, verifica-se que um deles refere-se a humor. Nesse caso, o termo depressão significa um estado de humor disfórico; referindo-se, portanto, a um ou alguns sentimentos e descrevendo um estado subjetivo. Este conceito é encontrado mesmo em situações comuns, quando um indivíduo que experimenta uma tristeza passageira afirma: hoje eu me sinto deprimido. Em situações clínicas alguns terapeutas relatam que o cliente melhorou ou que a depressão foi removida quando observam mudanças positivas no humor do cliente.

Como os distúrbios de humor são acentuados em depressivos, tornou-se comum definir depressão como humor disfórico. Na experiência clínica nota-se que uma das primeiras queixas relatadas pelos clientes refere-se à disforia.

Este conceito é bastante limitado para ser tomado como descrição do fenômeno clínico depressão, pois, como será visto a seguir, esse fenômeno inclui outras características relevantes; por exemplo, ao conceituar-se depressão como síndrome, os distúrbios de humor passam a ser considerados parte da mesma.

#### 2.2. Depressão como sintoma

Do ponto de vista médico, depressão pode designar alguns comportamentos

\* Docente do Departamento de Psicologia Geral e Experimental da Fundação Universidade Estadual de Londrina-PR.

que são sintomas de alguma outra doença. Desta forma, a inatividade que acompanha o hipotireoidismo ou a esquizofrenia pode ser designada como depressão. O conceito de depressão como sintoma foi descrito por vários autores, inclusive, por AKISKAL & MCKINNEY<sup>(1)</sup>, como depressão secundária. Como o próprio termo "secundária" sugere, depressão, nesse caso, não é a "doença" do cliente, e, em consequência, não deve ser também alvo do tratamento. A depressão como sintoma, em geral, acompanha a esquizofrenia e distúrbios orgânicos.

Observa-se neste conceito uma vulgarização do termo depressão, o qual pode, às vezes, ser utilizado para designar apenas apatia, choro, fadiga, ou tristeza que são apresentados tanto por pacientes clínicos quanto psiquiátricos. Neste caso não há limites para o seu uso e fica difícil haver acordo quanto aos sintomas que podem ser designados como depressão.

### 2.3. Depressão como construto ou entidade nosológica

Quando o termo depressão é empregado como um construto, significa uma doença como outra qualquer dentro do modelo médico, sendo considerada uma entidade nosológica discreta. Segundo BECK<sup>(2)</sup>, enquanto entidade clínica, a depressão possui além de sintomas característicos, um tipo específico de início, curso, duração e resultado. Conforme LENVINSOHN<sup>(9)</sup>, a utilização do termo como um construto é confusa e inconsistente, de um terapeuta para outro. Por exemplo, diz-se que alguém está "sofrendo de depressão"; que alguém é diagnosticado como depressivo; que o alcóola tra sofre de depressão subjacente; que alguns clientes de medicina geral apresentam "depressão mascarada" e assim por diante, sem que essas expressões tenham todas o mesmo significado, ou mesmo, um significado preciso.

O termo depressão com o sentido de doença psicopatológica, lembra BECK<sup>(2)</sup>, geralmente aparece qualificado por adjetivos indicando sua forma particular, como por exemplo, depressão neurótica, depressão psicótica, depressão reativa. A depressão como entidade nosológica implica numa suposta etiologia orgânica dentro de uma visão dicotômica que divide as causas do comportamento em orgânicas ou ambientais\*. Este conceito, em geral, é utilizado por psiquiatras que adotam

uma psicopatologia psicodinâmica, dentro de um modelo médico.

Numa comparação dos conceitos de depressão como entidade nosológica e como sintoma é de se observar que os dados descritivos do comportamento dos depressivos, no primeiro caso, são considerados sintomas de um distúrbio subjacente, a depressão; enquanto que, no segundo caso, estes dados são considerados a própria depressão, que, por sua vez, é um sintoma de outro distúrbio subjacente qualquer.

O conceito de depressão como entidade nosológica apresenta algumas inconveniências, entre elas a de não incluir a possibilidade de que variáveis ambientais também controlem comportamentos de depressivos com distúrbios orgânicos. Além disso, os clientes que têm esse conceito de depressão consideram-se "doentes" e acham que só podem ser "curados" com remédios. Esses clientes são pouco motivados a participar ativamente de procedimentos psicoterápicos, o que dificulta muito o trabalho dos terapeutas na aplicação de procedimentos psicológicos. Por outro lado, este conceito chama a atenção para o fato de que comportamentos depressivos podem ser originados por variáveis orgânicas e que, atualmente, esses comportamentos podem ser amplamente controlados e modificados com o uso de drogas.

### 2.4. Depressão como comportamento

O termo depressão é utilizado também para referir-se a comportamentos ou eventos comportamentais específicos.

Este conceito surgiu com SKINNER (1953) apud ULLMAN & KRASNER<sup>(14)</sup>, quando o autor lançou as bases para uma análise funcional do comportamento, principalmente em seu livro *science and human behavior*. Nesse livro, tratando rapidamente do fenômeno depressivo, o autor define-o como "uma quebra ou diminuição geral no repertório do indivíduo". Note-se que a definição acima é operacional e descreve eventos comportamentais observáveis: a diminuição na frequência de comportamentos que vinham sendo emitidos pelo indivíduo.

A definição de Skinner inclui apenas o aspecto de inatividade ou passividade apresentado pelos depressivos, ou seja, os déficits comportamentais ou comportamentos de baixa frequência.

FESTER<sup>(5)</sup> ampliou e detalhou a análise funcional formulada por Skin-

ner, propondo uma análise baseada na frequência do comportamento, incluindo tanto comportamentos de baixa frequência quanto comportamentos de alta frequência, a exemplo dos comportamentos de choro e esquivia. Este autor afirma: "o estilo comportamental de análise enfatiza a frequência do comportamento como o dado primário..."<sup>(5)</sup>. Isto significa que uma comportamental se faz através da especificação de comportamentos de baixa e alta frequência. Continuando, o autor propôs que o dado com o qual o pesquisador e o terapeuta de depressão devem trabalhar, é a frequência, e que as classes de comportamentos ou topografias a serem analisadas devem ser retiradas da literatura clínica tradicional, sendo que os comportamentos escolhidos precisam permitir a classificação, observação e quantificação. Sendo este um conceito descritivo e comportamental, importa primeiramente, aqueles comportamentos que levam um observador a dizer que alguém está deprimido. Neste sentido, os sentimentos subjetivos do indivíduo depressivo não são relevantes para análise, mas sim, suas verbalizações a respeito de tais sentimentos, pois, os sentimentos não são observáveis, enquanto que as verbalizações o são.

Este novo conceito comportamental de depressão é historicamente significativo, pois permitiu a pesquisa e terapia de depressão por autores comportamentais, como por exemplo, LÁZARUS<sup>(8)</sup> LIBERMAN & RASKIN<sup>(11)</sup>, BURGESS<sup>(3)</sup>, ULLMANN & KRASNER<sup>(14)</sup>, LENVINSOHN et alii<sup>(9)</sup>, dentre outros.

### 2.5. Depressão como síndrome

O conceito de depressão como síndrome está amplamente discutido em BECK<sup>(2)</sup>. Segundo este autor (p. 6), "o termo depressão é frequentemente usado para designar um padrão complexo de desvios em sentimento, cognição e comportamento ... não representando uma desordem psiquiátrica discreta"<sup>(20)</sup>. Este autor afirma, ainda que a síndrome depressiva pode ser conceituada como uma dimensão psicopatológica que varia em intensidade de média para severa. BECK, no mesmo livro<sup>(20)</sup>, apresenta a seguinte descrição da síndrome depressiva:

1 — "uma alteração específica em humor: tristeza, solidão, apatia;

\* Ver na seção 4 (quatro) as classificações de depressão conforme etiologia orgânica ou ambiental.

2 - Um auto-conceito negativo, associado com auto-reprovação e autculpa;

3 - Desejos regressivos e auto-punitivos: desejos de escapar, esconder ou morrer;

4 - Mudanças vegetativas: anorexia, insônia, perda de libido;

5 - Mudanças no nível de atividade: lentidão ou agitação”.

Adotando também um conceito de síndrome, LENVINSOHN<sup>(10)</sup> afirma que apesar das dificuldades do termo, há entre os estudos descritivos de depressão, um acordo suficiente quanto aos comportamentos que caracterizam os indivíduos deprimidos. Isto permite a descrição de uma síndrome depressiva. Estes estudos, muitos deles realizados pelo grupo de Lenvinsohn, baseiam-se em classificações de entrevista, medidas de auto-relato e observação direta do comportamento. A quantidade de sintomas ou comportamentos específicos encontrada nestes estudos tem sido excessivamente grande, por isso, tem-se utilizado da análise de fator para agrupar tais comportamentos e reduzir seu número. LENVINSOHN<sup>(10)</sup> descreveu, a partir dos estudos citados acima, uma síndrome de depressão onde destacou os seguintes sintomas\*:

a - Disforia - sentimentos dominados por melancolia; tristeza; apatia e aborrecimento; perda de gratificação (deixar de apreciar o que apreciava); fadiga; perda geral de interesse.

b - Déficits comportamentais - participação social mínima; engajar-se raramente em atividades com outros e permanecer isolado ou deitado a maior parte do tempo; inabilidade para fazer trabalhos ordinários; retardo psicomotor; negligência da aparência pessoal; carência de respostas de alegria.

c - Excessos comportamentais - queixas sobre: problemas e perdas materiais; demanda de outros; perda da memória e dificuldades para concentrar-se; carência de afeição dos outros; preocupações com erros e com os outros; indecisão; choro; comportamentos suicidas.

d - Sintomas somáticos - dor de cabeça; distúrbios do sono; fadiga; sintomas gastrointestinais; tontura; taquicardia; dor generalizada.

e - Manifestações cognitivas - auto-avaliação baixa; expectativas negativas; autoculpabilidade e autocrítica.

Esta descrição da síndrome depres-

siva representa o conceito com o qual Lenvinsohn e colaboradores trabalham em seu programa de pesquisa e terapia. Aquele autor afirma que a correlação entre os referidos sintomas é estatisticamente significativa, mas não o suficiente para que se possa prever um comportamento a partir do outro; isto porque os depressivos apresentam diferentes combinações dos sintomas descritos acima.

BECK<sup>(2)</sup>, apud SELIGMAN<sup>(13)</sup> descreve uma pesquisa onde o autor classificou 966 pacientes psiquiátricos depressivos em 4 classes de sintomas: afetivo, cognitivo, motivacional e físico. Ao analisar os sintomas presentes em cada paciente, verificou-se não haver um só sintoma comum a todos os depressivos. Ao comentar este estudo de Beck, Seligman afirma: “depressão denota uma família ou grupo de sintomas sem uma característica que a defina”.

O conceito de depressão como síndrome traz duas noções básicas: a primeira é a de que o termo denota um grande número de comportamentos ou sintomas; a segunda refere-se à complexa combinação e interação de sintomas ou comportamentos. Além disso, o conceito de síndrome aqui apresentado é um conceito descritivo, sem conotações de representação de uma entidade nosológica.

Deve-se notar que este conceito pode ser definido de forma observável e operacional, incluindo, portanto, o conceito comportamental. Esta forma de apresentação, conforme já descrevemos, é encontrada em LENVINSOHN<sup>(10)</sup> e LENVINSOHN et alii<sup>(9)</sup>. A descrição da síndrome depressiva apresentada por Beck e também já citada neste trabalho, embora descritiva não se refere totalmente a eventos observáveis.

Referindo-se a observáveis ou não, o conceito de depressão como síndrome pode incluir também o conceito de humor, como pode ser observado nas duas síndromes a que nos referimos acima.

### 3. A NATUREZA DO HUMOR DEPRESSIVO

As controvérsias entre modelos opostos de psicopatologia - orgânico x funcional, hereditariedade x ambiente e médico x psicológico levantam a seguinte questão: de que forma os distúrbios

de humor observados em clientes psiquiátricos ou clínicos distinguem-se dos desvios de humor observados entre indivíduos “normais”? Ou seja, a tristeza passageira de alguém que perdeu um membro da família é qualitativamente a mesma de um cliente psiquiátrico? Um indivíduo que relata “hoje estou chateado” está ou não expressando a mesma qualidade de sentimento de um cliente que relata uma tristeza e infelicidade insuportáveis que o incapacitam a trabalhar ou divertir-se?

Há duas respostas hipotéticas para as questões acima. A primeira hipótese, a da continuidade, afirma que a diferença entre o humor disfórico de pessoas normais e depressivos clínicos é apenas quantitativa, ou seja, a diferença entre ambos está na intensidade da disforia. Como afirma BECK<sup>(2)</sup>, o humor patológico é um exagero dos desvios normais de humor. Uma segunda hipótese é a de que há uma dicotomia ou descontinuidade entre humor “normal” e “patológico”.

Os argumentos contra ou a favor de cada uma das duas hipóteses são sintetizados por BECK<sup>(2)</sup> e LENVINSOHN et alii<sup>(9)</sup>. Os defensores da hipótese de continuidade utilizam-se dos seguintes argumentos:

1 - Indivíduos “normais” com humor baixo e “depressivos” apresentam semelhanças quanto: a) às descrições de sua experiência subjetiva; utilizando, inclusive, as mesmas palavras; b) quanto aos comportamentos observáveis, por exemplo, expressão facial, tom de voz; c) às vezes, são semelhantes quanto às manifestações físicas e vegetativas, por exemplo, um indivíduo reprovado em um vestibular pode apresentar anorexia e insônia passageiras; d) quanto à apresentação de oscilações rítmicas de humor relativamente independentes de condições externas.

2 - Além disso, segundo BECK<sup>(2)</sup> cada sintoma de depressão pode ser graduado ao longo de uma dimensão onde as intensidades menores devem ser semelhantes ao que se observa em indivíduos “normais” quando estão tristes. Em BECK<sup>(2)</sup> encontra-se uma proposta de graduação dos sintomas que o autor considera básicos em depressão. A graduação consta das intensidades leve, moderada e severa para cada sintoma. Em seu Inventário de Depressão, BECK<sup>(2)</sup> segue este mesmo princípio.

\* O termo sintoma é utilizado por alguns autores, entre eles LENVINSOHN e BECK, para designar comportamentos e/ou sentimentos e cognições, sem que haja a conotação médica de que isto represente uma doença subjacente.

Os defensores da hipótese de descontinuidade apresentam os seguintes argumentos:

1 — A semelhança entre os relatos de desvios de humor entre “normais” e “depressivos” pode resultar da limitação de vocabulário disponível aos deprimidos. Estes indivíduos poderiam ter uma experiência subjetiva diferente mas, não encontrariam termos diferentes para descrevê-la.

2 — Em muitos estados patológicos, a continuidade de um estado normal pode ser apenas aparente. Um exemplo disto é o aumento da temperatura interna do corpo ou febre. Embora esta ocorra num contínuo da temperatura normal, tem como causa uma doença orgânica bem distinta de um estado de saúde normal. O mesmo pode ocorrer com os desvios de humor em depressão.

Este segundo argumento a respeito da hipótese de descontinuidade levanta a questão das técnicas de avaliação diretas e indiretas. Segundo HERSEN & BARLOW<sup>(6)</sup> as medidas indiretas, como exemplo, testes projetivos e inventários de personalidade apresentam um baixo valor preditivo conforme já comprovado por muitos estudos. Estes autores enfatizam, ainda, que os resultados das medidas indiretas estão pouco relacionados aos procedimentos terapêuticos utilizados na prática clínica. Assim, da mesma forma que o termômetro diz muito pouco da patologia específica e conseqüentemente do procedimento terapêutico a ser empregado, também os instrumentos indiretos de avaliação não fornecem uma medida precisa do problema psicológico do cliente. Por outro lado, os mesmos autores afirmam que este problema não ocorre com as medidas diretas. Estas medidas são vistas como amostras de um grande número de respostas similares. Principalmente quando tais medidas são feitas na forma de observação direta e no ambiente natural, seu valor preditivo é muito alto. As medidas diretas permitem detectar a relação funcional entre os comportamentos observados e determinados eventos ambientais. Assim, nos termos da analogia aqui discutida, ao estabelecer-se uma análise funcional especifica-se a variável independente (patologia) que está causalmente relacionada à fe-

bre, e não há porque considerar simplesmente a febre como a patologia.

Ainda, dentro da polêmica humor normal e patológico, há uma nova conceituação e utilização do termo depressão realizada por WHYBROW & PARLATORE apud AKISKAL & McKINNEY<sup>(1)</sup>. “Estes autores reservam o termo depressão como um sinônimo de tristeza”. Neste sentido, depressão é uma comum e universal resposta emocional de adaptação ao stress do dia a dia, à frustração e à perda. Tal estado de humor normal... não alcança o status de síndrome<sup>(19)</sup>. Os mesmos autores sugerem o termo “melancolia” para a síndrome depressiva que já alcançou um nível clínico, alegando que neste ponto a síndrome tornou-se biologicamente autônoma e assume dimensões de doença. Daí o termo melancolia (Black Bile) que tem conotações bioquímicas. Desta forma, melancolia representa a fase “biológica” no curso da desordem depressiva. Neste caso, conforme os autores acima, o indivíduo está muito doente, inclusive com sérias desregulações somáticas, e precisa de terapia biológica antes de ter condições de responder a qualquer psicoterapia.

Segundo AKISKAL & McKINNEY<sup>(1)</sup> a distinção acima é necessária e relevante, dadas as suas implicações clínicas. Não importa se a origem da síndrome é ambiental ou biológica, o que importa é o status atual da mesma.

Das colocações acima conclui-se que estes autores admitem uma continuidade inicial entre humor normal e patológico, mas quando a síndrome depressiva torna-se biologicamente autônoma, então passa a haver uma dicotomia. A distinção feita pelos últimos autores é relevante no sentido de considerar os correlatos fisiológicos do comportamento depressivo, mesmo que se adote a hipótese de continuidade. Sobre estes correlatos encontramos em SELIGMAN<sup>(12)</sup> a citação do fato de que ratos desamparados\* \* apresentam uma diminuição de noradrenalina. Além disso, como as drogas anti-depressivas do grupo I.M.A.O. (inibidores da monoamino-oxidase) e os compostos tricíclicos, têm o efeito de manter o nível de noradrenalina no cérebro, supõe-se que estes níveis apresentavam-se rebaixados nos indivíduos deprimi-

dos. Isto não quer dizer que depressão é uma doença de causa fisiológica, pois não se tem certeza de que o rebaixamento de noradrenalina sempre anteceda depressão ou se pode ocorrer o contrário.

A questão referente à continuidade ou dicotomia entre humor normal e patológico é um resultado dos diferentes conceitos de depressão adotados por diferentes pesquisadores e terapeutas. Basicamente, autores que adotam um modelo kraepeliniano de psicopatologia, adotam também uma visão dicotômica; autores que adotam um modelo psicológico de psicopatologia, adotam também uma visão de continuidade.

A adoção de uma visão de continuidade ou descontinuidade em depressão ou em psicopatologia em geral, levam a bem distintas posturas metodológicas de pesquisa. Neste sentido, a hipótese de descontinuidade supõe que a pesquisa básica de psicopatologia seja realizada com pacientes psiquiátricos ou população clínica; enquanto que a hipótese de continuidade supõe que dados de pesquisa com indivíduos “normais” possam ser generalizados para a população clínica. Um exemplo desta última abordagem é o modelo de “desamparo aprendido” descrito em SELIGMAN<sup>(12)</sup>.

#### 4. CLASSIFICAÇÃO DE DEPRESSÃO

As diferentes conceituações de depressão e o grande número de comportamentos ou sintomas incluídos pelo termo têm levado a um grande número de tipologias e classificações e subclassificações. Segundo MENDELS (1968), apud SELIGMAN<sup>(12)</sup> uma lista curta de tipos de depressão já descritos incluiria: “as depressões psicótica, neurótica, reativa, psicótica-reativa, involutiva, agitada, endógena, psicogênica, sintomática, pré-senil, aguda, crônica, e, naturalmente, a psicose maníaco-depressiva e a melancolia (maior e menor); incluiria ainda a depressão na perverção sexual, a depressão alcoólica e os sintomas depressivos que resultam de distúrbios orgânicos”.

Segundo SELIGMAN<sup>(12)</sup> a proliferação de categorias tem criado uma confusão desmedida na bibliografia existente sobre depressão.

\* O termo depressão como utilizado por AKISKAL & McKINNEY parece referir-se a um sexto conceito, além dos cinco anteriormente descritos.

\* \* Seligman considera o desamparo em animais um análogo de depressão em humanos.

Como uma análise e descrição exaustiva das classificações de depressão fogem ao âmbito deste trabalho serão descritas e discutidas apenas duas classificações: a endógeno-reativa e neurótico-psicótica. Estas são as classificações mais conhecidas e adotadas entre pesquisadores e terapeutas. Além disso, são as classificações mais polêmicas, pois trazem à tona o problema da etiologia de depressão: causas biológicas ou ambientais. A primeira, endógeno-reativa é adotada, inclusive, por autores comportamentais como SELIGMAN<sup>(12)</sup>, LÁZARUS<sup>(8)</sup> e WOLPE<sup>(15)</sup>. A segunda classificação, neurótico-psicótica é adotada pelo Manual de Diagnóstico e Estatística (D.S.M. II)\* da A.P.A. (Associação Psiquiátrica Americana). Por isso, optou-se por descrever neste trabalho as duas classificações acima apenas para ilustrar a complexidade do conceito de depressão.

#### 4.1. Depressão endógena e depressão reativa

SELIGMAN<sup>(12)</sup> e SELIGMAN et alii<sup>(13)</sup> discutiram amplamente esta classificação uma vez que Seligman propõe uma analogia entre seu modelo de desamparo aprendido e depressão reativa. Para Seligman esta é a mais útil e mais bem verificada de todas as classificações.

DEPRESSÃO REATIVA — caracteriza-se pela não apresentação de ciclos regulares, geralmente não responde à terapia física com drogas, não depende de predisposição genética, seus sintomas são mais leves que os da depressão endógena e apresenta um evento ambiental como desencadeante.

DEPRESSÃO ENDÓGENA — Caracteriza-se pela não apresentação de um evento ambiental desencadeante; geralmente é cíclica (unipolar e bipolar); constitui resposta a algum fator endógeno desconhecido (de natureza hormonal, genética, etc.); é mais grave que a depressão reativa e responde, com frequência, ao tratamento com drogas e à terapia eletroconvulsiva.

Algumas críticas são pertinentes a este tipo de classificação. Em primeiro lugar, a distinção é feita parcialmente por sintomas diferentes. Mas, na prática clínica é muito difícil distinguir os dois grupos de sintomas e classifi-

car a depressão em um dado cliente. Em segundo lugar, como afirma SELIGMAN<sup>(13)</sup>, esta distinção é teoricamente etiológica (ambiental ou orgânica) e não podemos inferir diferentes etiologias apenas de diferentes sintomas. Uma outra dificuldade que se pode acrescentar refere-se ao fato de se afirmar que na depressão endógena não há um evento desencadeante. A nossa opinião é a de que o fato de não ser possível discriminar numa avaliação diagnóstica se o fator desencadeante é externo ou não, não significa que o mesmo não tenha ocorrido. Além disso, como afirma AKISKAL & McKINNEY<sup>(1)</sup> clientes com dificuldades mais sérias apresentam também dificuldades em relatar eventos ambientais possivelmente relacionados a seus problemas. Por outro lado, o fato de encontrarmos um evento ambiental precipitante não descarta a possibilidade de que um fator endógeno tenha tornado o indivíduo mais vulnerável a tais eventos. Em terceiro lugar, um outro critério de classificação endógeno-reativa refere-se à resposta a diferentes terapias. Neste caso, como afirma SELIGMAN<sup>(13)</sup>, “mesmo que dois tipos etiológicamente distintos de depressão fossem identificados, um endógeno e outro reativo, isto não significa que dois tipos de terapia, uma somática e uma psicológica, seriam necessárias”<sup>(17)</sup>. Assim não é possível inferir que uma depressão é reativa apenas porque respondeu à psicoterapia e vice-versa.

#### 4.2. Depressão neurótica e psicótica

A A.P.A. divide as “desordens afetivas” em duas grandes categorias: a neurótica e a psicótica.

DEPRESSÃO NEURÓTICA — Segundo o D.S.M. II (1968, p. 40) apud ULLMANN & KRASNER<sup>(14)</sup>, “Neurose depressiva é manifestada por uma excessiva reação de depressão devido a um conflito interno ou a um evento identificável, tal como a perda de um objeto amado ou possessão desejada”.

DEPRESSÃO PSICÓTICA — O D.S.M. II (1968, p. 35) apud ULLMANN & KRASNER<sup>(14)</sup>, descreve assim as psicoses afetivas: “Estas desordens são caracterizadas por uma “desordem singular de humor, seja depressão ou ale-

gria extremas, que domina a vida mental do paciente e é responsável pela perda de contato que ele tem com o ambiente”. Ainda conforme a A.P.A. — a depressão psicótica subdivide-se em melancolia involutiva, doença maníaco-depressiva (tipo maníaco, tipo depressivo e tipo circular) e reação depressiva psicótica. De acordo com AKISKAL & McKINNEY<sup>(1)</sup> a A.P.A. considera a reação depressiva psicótica e a depressão neurótica como “atribuíveis a alguma experiência” (D.S.M. II p. 38); enquanto que a melancolia involutiva e a doença maníaco-depressiva são atribuíveis a possíveis causas orgânicas — “Não parecem ser relacionadas diretamente a uma experiência de vida precipitante” (D.S.M. II p. 35).

Embora não utilizem os termos endógena e reativa, esta classificação da A.P.A. é muito semelhante à anterior, pois utiliza a mesma distinção de sintomas e etiologias para a descrição das diferentes categorias e subcategorias. Com isto, a classificação neurótico-psicótica está sujeita às mesmas críticas da classificação endógeno-reativa.

A dificuldade semântica observada na utilização do termo depressão é encontrada também em relação às suas classificações. Inclusive as classificações endógeno-reativa e neurótico-psicótica têm sido utilizadas por alguns autores como sinônimos e por outros como classificações distintas. Esta confusão semântica é ilustrada por DEPUE & MONROE<sup>(4)</sup> ao afirmarem que “atualmente, muitos investigadores usam esta distinção endógeno-reativa\*\* como sinônimo das distinções endógeno-neurótica e psicótico-neurótica, embora existam diferenças conceituais no significado de depressão endógeno-reativa e psicótico-neurótica”<sup>(18)</sup>. KENDELL<sup>(7)</sup> afirma que a confusão entre as classificações neurótico-psicótica e endógeno-reativa é tão grande que a única maneira de evitar tal confusão é abandonar ambas as classificações. Desta forma, embora este autor reconheça dois grandes grupos de sintomas de depressão, refere-se ao grupo de sintomas mais severos como “tipo A” e ao grupo de sintomas mais leves como “tipo B”.

Além das considerações acerca das dificuldades de origem semântica podem-se fazer outras relativas as várias

\* Está sendo editado o D.S.M. III de 1980 que poderá ser importado pelo Brasil em 1981.

\*\* A citação entre parênteses foi acrescentada pela autora deste trabalho.



classificações propostas de depressão.

Em primeiro lugar, as várias classificações são geralmente baseadas em observações de pacientes internos. Esta população, inclusive por estar em ambiente institucional, pode ter características bem diferentes da população externa.

Na prática clínica não se consegue incluir com precisão um dado cliente numa determinada categoria. Isto significa que as descrições das várias categorias não correspondem às características da população em geral. Desta maneira, as classificações atualmente existentes apresentam pouco valor preditivo quanto à efetividade de um dado tratamento.

As descrições das várias categorias parecem ter mais uma função acadêmica que uma função prática. KENDELL<sup>(7)</sup> afirma que nos últimos vinte anos, produzir uma nova classificação em psicopatologia era a ambição de muitos psiquiatras americanos. Este autor lembra ainda que muitas das classificações utilizadas em pesquisas são pouco fidedignas e viesadas por preconceções

do classificador.

AKISKAL & McKINNEY<sup>(1)</sup> em seu trabalho de integração dos modelos de depressão criticam as várias classificações da mesma, principalmente a classificação da A.P.A.. Para estes autores estas classificações baseiam-se numa filosofia reducionista e dualista que dividem os eventos como determinados ou por causas físicas ou por causas psicológicas. A posição destes autores é a de que o fenômeno depressivo como os demais estados emocionais não são nem inerentemente psicológicos e nem orgânicos, mas, deveriam ser definidos em níveis psicológico (verbal-cognitivo - experimental), somático (fisiológico - bioquímico), e psicomotor (motor - comportamental). Os mesmos autores afirmam que é melhor evitar estas classificações mesmo porque elas implicam em diferentes diagnósticos com diferentes terapias (física ou psicológica) e, conforme o exposto acima quanto as interações psicológico - orgânicas, estas divisões são muito perigosas porque

não prevêm a possibilidade de integração de diferentes terapias.

## 5. CONCLUSÃO

Este trabalho foi uma tentativa de sistematização e explicitação dos conceitos mais comumente usados sob o rótulo de depressão. Descreveu-se a depressão como humor, sintoma, entidade nosológica, comportamento e síndrome. É de se observar que estes são apenas os conceitos mais comumente encontrados na literatura, mas que não esgotam a diversidade de significados atribuídos ao termo. Deve-se notar também que a diversidade de conceitos aqui relatados representam bem o que ocorre a nível teórico. Neste nível encontramos uma diversidade muito grande de modelos etiológicos de depressão.

Os problemas levantados neste trabalho quanto à natureza e classificação de depressão expressam diretamente as dificuldades enfrentadas, atualmente, pela psicopatologia em geral.

## ABSTRACT

*Systematization about main depression's concepts. Some controversies on relation to nature of depressed mood. Some criticisms to main classifications of depression: endogenous-reactive and neurotic-psychotic.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKISKAL, H. S. & McKINNEY, W.T. Overview of recent research in depression. *Archives of General Psychiatry*, 32: 285-305, Mar., 1975.
- BECK, A.T. *Depression: clinical experimental and theoretical aspects*. New York, Hoeber, 1967.
- BURGERS, E.P. The modification of depressive behavior. In: RUBIN, R. D. & FRANKS, C.M., eds. *Advances in behavior therapy*. New York, Academic Press, 1968. p. 193-99.
- DEPUE, R. A. & MONROE, S.M. Learned helplessness in the perspective of the depressive disorders: conceptual and definitional issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1): 3-20, Feb., 1978.
- FESTER, C.B. A functional analysis of depression. *American Psychologist*: 857-70, Oct., 1973.
- HERSEN, M. & BARLOW, P. *Single case experimental designs*. Pergamon, 1976.
- KENDELL, R.E. The classification of depressions: a review of contemporary confusion. *British Journal of Psychiatry*, 129: 15-28, 1976.
- LÁZARUS, A.A. Learning theory and the treatment of depression. *Behavior Research and Therapy*, 6: 83-89, 1968.
- LEVINSON, P.M.; BIGLAN, A.; ZEISS, A.M. Behavioral treatment of depression. In: DAVIDSON, P.O. *The Behavioral management of anxiety, depression and pain*. New York, Brunner/Mazel, 1976. p. 91-146.
- LEVINSON, P.M. The behavioral study and treatment of depression. In: HERSEN, M.; EISLER, R.M.; MILLER, P.M. *Progress in behavior modification*. New York, Academic Press, 1975. p. 19-64.
- LIBERMAN, R.P. & RASKIN, D.E. Depression: a behavioral formulation. *Archives of General Psychiatry*, 24: 515-23, Jun., 1971.
- SELIGMAN, M.E.P. *Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte*. São Paulo, EDUSP, 1977.
- SELIGMAN, M.E.P.; KLEIN, D.C.; MILLER, W.R. Depression. In: LEITENBERG, H. *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. New Jersey, Prentice-Hall, 1976. p. 168-71.
- ULLMANN, L.P. & KRASNER, L.A. *Psychological approach to abnormal behavior*. 2.ed. Englewood Cliffs, 1975. 776 p.
- WOLPE, J. Neurotic depression: experimental analog, clinical syndromes, and treatment. *American Journal of Psychology*, 25: 362-68, 1972.
- BECK, A.T. Op. cit. p. 7.
- SELIGMAN, M.E.P. et alii Op. Cit. p. 171
- DEPUE, R.A. & MONROE, S.M. Op. cit. p. 4
- AKISKAL, H.S. & McKINNEY, W.T. Op. cit. p. 287
- BECK, A.T. Op. cit. p. 6.