

CAP. 2.
MODELOS COGNITIVOS CLÍNICOS
DA DEPRESSÃO

Introdução

Os modelos cognitivos clínicos da depressão começaram a surgir a partir dos fins dos anos sessenta, contemporâneos do desenvolvimento de modelos de depressão com cariz exclusivamente comportamental (Ferster, 1966, 1973, 1974). Este facto não é alheio à precocidade com que Aaron T. Beck foi capaz de aplicar os conhecimentos que estavam a desenvolver-se na ciência cognitiva à compreensão de uma psicopatologia dominada, até aí, por leituras analíticas.

Foi, no entanto, especialmente durante as décadas de setenta e oitenta que se assistiu à emergência dos modelos cognitivos de depressão. Ao apresentarmos aqui cinco formulações cognitivas acerca da depressão (modelos de Rehm, Bandura, Seligman e revisões, Ellis e Beck) procuramos ilustrar como a centração nos processos cognitivos pode ser aplicada na tarefa de descrever, compreender e/ou explicar as características comportamentais, cognitivas e emocionais desta perturbação.

Lynn P. Rehm

Rehm (1977, 1982) desenvolveu uma teoria de autocontrolo da depressão, propondo que são as auto-avaliações negativas, os baixos níveis de auto-reforço e os altos níveis de autopunição que conduzem a um ritmo anormalmente baixo de comportamentos que caracteriza os sujeitos

deprimidos. A teoria de Rehm parte do modelo de auto-administração comportamental de Kanfer (1970; Kanfer & Karoly, 1972).

De acordo com este modelo, a capacidade de regulação do comportamento inicia-se com o processo de automonitorização, em que o sujeito realiza a observação do próprio comportamento e pensamento. Rehm (1982) postula que os deprimidos o fazem de uma forma muito característica, atendendo selectivamente a acontecimentos negativos e aos resultados imediatos do seu comportamento, por oposição aos resultados posteriores. Conclui assim que uma das distorções cognitivas mais exibidas por esta população poderá ser a que se relaciona com a automonitorização, sendo esta distorção tanto maior quanto maior for a ambiguidade da situação e a conseqüente necessidade de a interpretar ou reconstruir.

A auto-avaliação, segunda fase do modelo de autocontrolo de Kanfer (1970), envolve a apreciação da realização em função de critérios internos. Nesta fase, os dados decorrentes da automonitorização são comparados com um critério ideal, permitindo que o sujeito aprecie a adequação ou não do seu comportamento. A avaliação qualitativa do comportamento como sucesso ou fracasso pode ser diferente em diferentes indivíduos, isto é, partindo do mesmo nível de realização, um pode considerá-lo adequado e outro ficar insatisfeito. Quando o modelo de autocontrolo de Kanfer foi aplicado à depressão, por Rehm (1977) foram-lhe acrescentadas variáveis de natureza atribucional e cognitiva, sendo estas variáveis integradas na fase de auto-avaliação. A auto-atribuição não faz parte do modelo original de Kanfer (1970), tendo sido formulada por Rehm (1977, 1982), para explicar a auto-avaliação que caracteriza o comportamento depressivo. Este facto não é alheio à atenção crescente que a auto-atribuição estaria a ter nessa altura, nomeadamente no modelo

reformulado de desânimo aprendido de Abramson, Seligman e Teasdale (1978). Nas palavras de Rehm (1982),

Fazer um julgamento auto-avaliativo de que a realização foi boa ou má presume um julgamento prévio de que a pessoa é responsável por esse comportamento. A atribuição a uma causa interna ou externa é um contínuo de grau de responsabilidade, e a força da auto-avaliação depende em parte do grau de atribuição interna (p. 532).

De acordo com o modelo de desânimo aprendido, os deprimidos fazem atribuições internas, globais e estáveis quando se trata de fracassos e externas, específicas e instáveis quando se trata de sucessos. Rehm (1982) faz equivaler a noção de atribuição ao julgamento que a pessoa realiza acerca das causas dos acontecimentos da sua vida, concluindo que os deprimidos são caracterizados por duas formas inadaptadas de auto-avaliação. Por um lado, não fazem as atribuições internas de causalidade para experiências com sucesso e, por outro, tendem a elaborar critérios extremamente exigentes de auto-avaliação (isto é, têm limites muito elevados para a auto-avaliação positiva e muito baixos quando se trata de auto-avaliação negativa).

O auto-reforço consiste na auto-administração aberta ou coberta de reforços ou punições. O auto-reforço suplementa o reforço externo, contribuindo para manter o comportamento, especialmente quando estão envolvidos objectivos a longo prazo em que o reforço externo é adiado no tempo. Os deprimidos tendem a não exercer essa actividade de auto-reforço, o que poderá estar associado, segundo o modelo, aos baixos níveis de ritmo comportamental. Esta última componente, a ausência de reforço, era já a base do modelo de Lewinsohn (Lewinsohn & Hoberman, 1982), que sugere que o humor negativo que caracteriza a depressão é o resultado directo da diminuição da proporção entre a resposta e o reforço obtido. Rehm (1977, 1982), ao partir de um paradigma ainda imbuído de alguns princípios

comportamentais como é o de autocontrole, salienta a tendência dos deprimidos para auto-administrar uma quantidade insuficiente de auto-reforços e um excesso de autopunições. Uma das formas típicas desta administração consiste nas autoverbalizações, em que as autoverbalizações positivas funcionam como recompensas e as negativas como punição. Embora, segundo Rehm (1982), não tenha sido demonstrado que as autoverbalizações negativas são características exclusivas da depressão, uma vez que os sujeitos normais também as exibem, elas ocorrem de um modo que permite diferenciar os deprimidos dos normais, uma vez que os deprimidos tendem a fazer mais autoverbalizações negativas e menos positivas do que os não deprimidos.

Concluindo, este modelo, que não faz qualquer referência a estruturas cognitivas na depressão, afirma que os deprimidos exibem deficiências a nível da automonitorização, com atenção selectiva para os acontecimentos negativos e um viés na auto-avaliação caracterizado pelo estabelecimento de critérios demasiado elevados para julgar o comportamento, bem como a existência de um estilo atribucional inadequado. Quanto ao auto-reforço, nota-se que os deprimidos exibem formas específicas de auto-reforço, caracterizadas pela auto-atribuição de mais punições e menos recompensas. Quando o auto-reforço consiste em autoverbalizações, a característica mais distintiva entre deprimidos e normais é a baixa proporção de autoverbalizações positivas em relação às autoverbalizações negativas que os deprimidos exibem.

A perspectiva de Rehm sobre a depressão partilha alguns dos princípios do modelo de Albert Bandura que será abordado a seguir.

Albert Bandura

Bandura (1986) atribui uma enorme relevância ao modo como o comportamento é regulado pelos resultados externos, mas reconhece as capacidades autodirigidas dos seres humanos como um componente essencial do seu funcionamento psicológico. Segundo o autor (*ibidem*), são estas capacidades que lhes permitem exercer algum controlo sobre os seus pensamentos, sentimentos e acções.

Encontramos neste autor duas reformulações de depressão. A primeira, baseada na teoria da auto-eficácia, é ainda dominada por princípios comportamentais (Gonçalves, 1990). A segunda, designada por auto-regulação, insere-se no paradigma de auto-controlo e tem um cariz mais marcadamente cognitivista.

A teoria da auto-eficácia (Bandura, 1977, 1982, 1986) estabelece que o envolvimento das pessoas em diferentes tarefas pode ser previsto com base no julgamento que elas fazem da sua eficácia para lidar com as situações. Este modelo explica os problemas de desmotivação que caracteriza a depressão, quer por experiências deficitárias de aprendizagem que levam o indivíduo a perceber as suas competências como limitadas para enfrentar as situações; quer pelas distorções na criação de expectativas. Neste último caso, o sujeito julga que tem competências, mas não inicia o comportamento porque percebe o meio como não responsivo às suas respostas (Bandura, 1977). Esta formulação revela alguma influência do modelo de desânimo aprendido de Seligman (1975).

A apatia que caracteriza o comportamento do sujeito deprimido pode ser compreendida, na perspectiva da auto-eficácia, como decorrendo da antecipação ou expectativa de incapacidade para mudar a situação. Um indivíduo que se percebe como ineficaz inibe-se de se envolver em tarefas novas. Com o decorrer do tempo, e devido a esta paralização, tornam-se cada vez mais raras as experiências de prática eficaz, o que por sua vez

torna cada vez mais pessimista a perspectiva de auto-eficácia do deprimido (Bandura, 1977, 1982).

Embora se detectem na teoria de auto-eficácia da depressão alguns princípios cognitivistas, por postular que são os julgamentos que as pessoas fazem acerca da sua auto-eficácia que permitem prever o tipo de envolvimento e persistência em diferentes tarefas, o modelo de auto-regulação (Bandura, 1986) dá um destaque particular a estas dimensões cognitivas.

O modelo de auto-regulação de Bandura (1986) baseia-se, tal como o de Rehm, no modelo de Kanfer (1970), distinguindo neste processo de auto-regulação um conjunto de subfunções: a auto-observação, a avaliação da realização e a auto-reacção.

Apesar de não ter elaborado trabalhos exclusivamente sobre depressão, quando o autor se debruça sobre este quadro clínico propõe, tal como Rehm, que a depressão é fruto de um padrão específico de mecanismos auto-reguladores (Bandura, *ibidem*), podendo ocorrer como resultado da disfunção em qualquer das subfunções auto-reguladoras: no modo como as experiências de vida são monitorizadas e processadas cognitivamente pelo indivíduo, nos critérios auto-avaliativos que aplica na apreciação desses acontecimentos e na auto-atribuição de consequências ao seu comportamento.

Automonitorização e critérios auto-avaliativos

Quanto à auto-observação, Bandura (1986) destaca alguns aspectos em que as actividades poderão ser avaliadas: dimensões de realização (como a qualidade, ritmo, quantidade, originalidade, sociabilidade, moralidade e desviância); regularidade, proximidade e perfeição. Mas esta auto-observação não é apenas um auscultar mecânico das realizações. As

autoconcepções e os estados de humor, salienta Bandura (ibidem), influenciam a interpretação dos acontecimentos. Ao contrário das pessoas não deprimidas, que tendem a distorcer as experiências de modo positivo, recordando mais facilmente os sucessos e esquecendo os fracassos, pessoas com tendência para a depressão tendem a perceber as suas realizações sem o viés positivo dos não deprimidos, ou a distorcer a memória dessas realizações no sentido negativo⁴. Face a estas características, os deprimidos diferenciam-se dos normais ao subestimar os seus sucessos e ao revelar mais consciência das suas limitações ou erros.

Mas a principal característica deste grupo de indivíduos é, segundo Bandura (1986), o estabelecimento de metas demasiado elevadas, o que implica que vejam as suas realizações como ficando aquém das suas expectativas.

Estabelecimento de objectivos e avaliação da realização

A satisfação que as pessoas obtêm daquilo que fazem é em grande parte determinada pelos seus critérios auto-avaliativos; isto é, a satisfação depende do confronto entre os resultados da auto-observação e os padrões pessoais.

Quando se julgam as realizações a partir de metas elevadas, globais ou distantes, é possível que o resultado seja desencorajador. Segundo Bandura (1986), os deprimidos fazem julgamentos bastante críticos por serem excessivamente exigentes em relação a si próprios, estabelecendo como objectivos de realização níveis difíceis de atingir.

Este insucesso em atingir os seus objectivos tem um valor especial para os deprimidos. Em consonância com a teoria das atribuições, Bandura (ibidem) afirma que, enquanto os não deprimidos fazem avaliações causais dos seus insucessos de modo a responsabilizar factores exteriores, os

⁴ Os trabalhos acerca deste tipo de viés são apresentados no capítulo seguinte.

deprimidos, pelo contrário, tendem a atribuir as causas dos insucessos a si próprios.

A informação que obtêm da comparação social é-lhes igualmente prejudicial, uma vez que, quando expostos às realizações dos outros, tendem a depreciar as suas próprias realizações.

Auto-reacção

A terceira fase do processo diz respeito ao modo como as consequências são auto-atribuídas. Os deprimidos, para além de se avaliarem menos favoravelmente, auto-atribuem-se menos reforço que os não deprimidos quando têm sucesso e tendem a autopunir-se com mais intensidade quando têm fracasso. Estas auto-reacções de tipo negativo ocorrem, quer sob a forma de auto-avaliações do tipo depreciativo, quer sob a forma de auto-atribuições de consequências tangíveis negativas.

Em síntese, o modelo de depressão de Bandura (1986), divide, tal como o de Rehm (1977, 1982), os processos auto-regulatórios em fases diferenciadas que contemplam a automonitorização, auto-avaliação e a auto-reacção.

Embora reconhecendo que há mais do que um processo que pode conduzir uma pessoa à depressão, Bandura (1986) releva os critérios de referência utilizados na auto-avaliação como elementos essenciais neste processo, já que a insatisfação com o que se atinge na vida depende, em larga escala, do que se desejou para ela.

A percepção de um fosso entre o que se deseja e o que existe conduz a um descontentamento. Quando a pessoa se vê como responsável pelas adversidades experienciadas, este descontentamento facilmente se transforma na autodepreciação que caracteriza os deprimidos.

Note-se finalmente que, quer o modelo de Rehm, quer o de Bandura descrevem as alterações dos processos auto-regulatórios que estão associados à depressão sem explicar a sua origem. Do mesmo modo, não é explícito se são as alterações introduzidas nas diferentes dimensões que conduzem à depressão, ou se, pelo contrário, estes desvios são sintomas ou manifestações depressivas.

O modelo de desânimo aprendido, e especialmente as suas reformulações mais recentes que apresentamos a seguir, procuram acrescentar uma dimensão cognitiva mais explicativa.

Martin Seligman

O modelo do desânimo aprendido de Seligman (1975) postula que os indivíduos submetidos a situações de aprendizagem em que o seu comportamento não está relacionado com os resultados obtidos (situações incontroláveis) tendem posteriormente a exibir deficiências do tipo motivacional, cognitivo e afectivo. As deficiências a nível motivacional revelam-se na dificuldade em iniciar respostas voluntárias e derivam das expectativas de que os resultados são incontroláveis e independentes da sua acção. Esta percepção cognitiva de incontrolabilidade relaciona-se com a resposta afectiva, sendo o afecto depressivo a consequência lógica da expectativa de incontrolabilidade dos resultados. Miller e Seligman (1975; 1976) demonstraram a semelhança entre o comportamento dos sujeitos deprimidos e dos sujeitos normais expostos a acontecimentos incontroláveis, tendo Seligman (1975), a partir destes resultados, elaborado a sua teoria.

O modelo foi inicialmente formulado com base em estudos experimentais realizados com animais e só posteriormente alargado ao

estudo de seres humanos. Num dos estudos clássicos realizados com cães verificou-se que os animais previamente sujeitos a choques eléctricos a que não conseguiam escapar tendiam subsequentemente a não fazer esforço para escapar de outros choques eléctricos que era possível evitar (Seligman, 1974):

em contraste dramático com o cão inocente (...) um cão que sofreu choques eléctricos inescapáveis (...) cedo pára de correr ou ladrar e senta-se ou deita-se, a gemer calmamente até os choques terminarem. O cão não salta da barreira nem escapa do choque. Pelo contrário parece desistir e aceitar passivamente o choque (p. 85). (...) não é o trauma que produz interferência com a resposta adaptativa posterior, mas o *não ter controlo sobre o trauma* (p. 93, itálico no original).

A aplicação aos seres humanos de um paradigma experimental semelhante (Hiroto, 1974) revelou que estudantes sujeitos a um estímulo aversivo incontrolável (ruído) posteriormente não fizeram esforço para resolver situações sobre as quais tinham controlo (interromper um ruído num dispositivo diferente) ou tiveram mais dificuldade em iniciar tarefas não relacionadas com a situação original (resolver anagramas).

As críticas a que este modelo inicial foi submetido (e.g. Blaney, 1977; Golin & Terrel, 1977; Wortman & Brehm, 1975) conduziram à necessidade de o reformular de modo a aumentar a adequação do modelo aos seres humanos. Nesta reformulação (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) a teoria das atribuições (Weiner, 1974) tem um papel destacado:

(...) quando uma pessoa se sente desanimada, ela questiona-se *porquê* se sente assim. A atribuição causal que faz determina então a generalidade e cronicidade dos seus défices de desânimo bem como a sua auto-estima posterior. (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978, p. 50, itálico no original)

A teoria reformulada põe em causa a possibilidade de o desânimo surgir directamente da percepção de incontrolabilidade, uma vez que os acontecimentos positivos e incontroláveis dificilmente conduzem ao desânimo. Só os resultados incontroláveis aversivos se relacionam com o

afecto depressivo. Deste modo, a expectativa de não contingência entre comportamento e resultado não é suficiente para originar o desânimo. Ele surge face a situações caracterizadas por uma grande deseabilidade de um resultado inatingível ou pela obtenção de um resultado incontrolável de elevada aversividade, sendo a intensidade do afecto negativo tanto maior quanto maior for a expectativa de incontrolabilidade.

A intensidade do afecto negativo está relacionada com o tipo de desânimo experienciado pelo sujeito. Abramson, Seligman e Teasdale (1978) distinguem entre *desânimo universal* - para situações sobre as quais após um esforço o indivíduo acredita que nem ele nem ninguém possui controlo e portanto faz uma atribuição externa (e.g., doença incurável); e *desânimo pessoal*, que ocorre nas situações em que o indivíduo faz uma atribuição interna e desiste de uma situação a qual conclui não ter poder para controlar, embora existam respostas adequadas para controlar a situação (e.g., abandona um exame porque admite que não tem capacidade para lhe responder). Embora face a ambas as situações seja esperado que o sujeito desenvolva tristeza e passividade, no caso do desânimo pessoal, em que o fracasso em controlar os resultados é atribuído a factores internos, são maiores os efeitos, quer em termos de auto-estima, quer em termos de auto-acusação. A divisão entre desânimo pessoal e universal pode, portanto, ser utilizada para explicar a baixa auto-estima que caracteriza a depressão e que, por não ser explicada no modelo original, tinha dado origem a algumas críticas. Abramson, Seligman e Teasdale (1978) postulam que terão uma imagem mais negativa de si os indivíduos que têm tendência a atribuir os resultados negativos a limitações pessoais como a falta de competências, ao contrário dos que atribuem os fracassos a condições externas e universais, uma vez que os primeiros, ao comparar-se com o seu grupo de referência, percebem-se como incompetentes (baixa auto-estima).

Vimos já como a diferenciação entre desânimo pessoal e universal e atribuição interna e externa contribui para explicar como é que, face a resultados negativos, os indivíduos se distinguem em relação à intensidade do afecto negativo e da auto-estima que desenvolvem posteriormente. Para explicar a estabilidade, cronicidade e generalidade das expectativas negativas que caracterizam igualmente a depressão, Abramson, Seligman e Teasdale (1978) recorrem à dimensão estável/instável da teoria das atribuições e criam ainda a dimensão global/específico. Face a situações de fracasso, este modelo postula que os sujeitos com tendência ao desânimo pessoal que fazem atribuições internas prevêm que os resultados negativos se manterão estáveis no futuro. Esta estabilidade decorre do facto de verem os resultados como dependentes de si próprios e de, simultaneamente, se perceberem como incompetentes. A atribuição dos fracassos às características pessoais é uma atribuição do tipo global, uma vez que não faz depender os resultados negativos de circunstâncias específicas da situação, mas de características permanentes.

Abramson, Seligman e Teasdale (1978) revêm ainda estudos que sugerem que os sujeitos deprimidos se diferenciam dos sujeitos normais nas atribuições que fazem nas situações de sucesso e fracasso. Enquanto os normais tendem a atribuir os sucessos a factores internos, estáveis e específicos e os fracassos a factores externos, instáveis e globais, os deprimidos exibem um padrão contrário, tendendo a atribuir os resultados positivos a factores externos e instáveis e os negativos a factores internos, estáveis e globais (Seligman, Abramson, Semmel & Bayer, 1979). Os problemas cognitivos, afectivos e, especialmente motivacionais observados nos deprimidos podem, segundo os autores, ser compreendidos à luz desta perspectiva.

Abramson, Seligman e Teasdale (1978) sintetizam assim os princípios do modelo reformulado :

(1) A depressão consiste em quatro classes de deficiências: motivacionais, cognitivas, de auto-estima e afectivas. (2) Quando se acredita que os resultados desejados são altamente improváveis ou os indesejados são prováveis e o indivíduo desenvolve a expectativa que não há respostas no seu repertório para mudar a sua probabilidade, surge a depressão. (3) A generalidade das deficiências depressivas dependerão da globalidade da atribuição de desânimo, a cronicidade das deficiências depressivas dependem da estabilidade de atribuição de desânimo e a diminuição de auto-estima dependerá da internalidade da atribuição do desânimo. (4) A intensidade das deficiências depende da força, ou certeza, acerca da expectativa de incontrolabilidade e, no caso de deficiências afectivas ou de auto-estima, da importância dos resultados (p. 68).

O modelo reformulado do desânimo aprendido ultrapassa, de facto, muitas das limitações do modelo inicial, mas vários autores têm vindo a desenvolver críticas às assumpções básicas deste modelo e à sua contribuição para a compreensão da depressão. Aqui apresentamos apenas as questões que nos parecem mais pertinentes.

Wortman e Dintzer (1978), embora reconhecendo o contributo do modelo reformulado, põem em causa alguns dos seus princípios e questionam a sua potencialidade para explicar a depressão. Segundo os autores (ibidem), o modelo reformulado afirma que os deprimidos, quando sujeitos a situações incontroláveis com resultados negativos, fazem atribuições internas, estáveis e globais, mas não explica porquê, nem por que é que outros indivíduos, face às mesmas situações, fazem atribuições com características contrárias.

Face à impossibilidade do modelo explicitar estas diferenças, os autores classificam este modelo de circular, a que falta capacidade preditiva. Basicamente as questões sem resposta são: Os indivíduos tornam-se deprimidos na sequência das atribuições ou estas atribuições devem-se à depressão? Porque é que os indivíduos que deprimem fazem atribuições deste tipo e não de outro? Esta mesma questão é levantada por Schwartz

(1981) num artigo cujo sugestivo título é "Does helplessness cause depression or do only depressed people become helpless", concluindo que faz pouco sentido todo o ênfase colocado nos processos atribucionais como explicação da depressão. É que as pessoas normais sujeitas a situações de não contingência farão interpretações (como prevê o modelo reformulado) que, devido ao viés positivo que os caracteriza, nunca conduzirão ao desânimo e sentir-se-ão "desculpabilizados". Pelo contrário, os deprimidos identificarão a não contingência, o que poderá ser visto mais como um sintoma de depressão do que a causa. Por isso Schwartz, tal como Wortman e Dintzer (1978), questiona se é este estilo de pensamento que conduz à depressão, ou se este padrão de pensamento é um dos sintomas de depressão.

Em fins dos anos oitenta, a equipa de Abramson realizou uma revisão e expansão do modelo, dando origem ao que viria a ser designado por *teoria da desesperança da depressão*⁵. (Abramson, Metalsky & Alloy 1987; Abramson, Metalsky & Alloy 1988a; Abramson, Metalsky & Alloy, 1988b; Alloy, Abramson, Metalsky & Hartlage, 1988).

Vimos já que uma das questões acerca do modelo reformulado abrangia a etiologia da depressão, isto é, as relações causais entre expectativas de incontrolabilidade, estilo de atribuição e depressão. Para ultrapassar, estas ambiguidades Abramson e col. (1987, 1988a, b; Alloy & col, 1988) diferenciam entre causas necessárias, suficientes e contributivas dos sintomas de depressão e ainda entre causas distais e proximais, colocando o estilo de atribuição entre as causas distais, e a expectativa de desesperança entre as causas proximais e suficientes.

⁵ Em Portugal tem-se privilegiado a utilização da palavra *desânimo* para traduzir *helplessness*, o que levou a divulgar entre nós o modelo original como teoria do desânimo aprendido. Na reformulação proposta por Abramson é usada a palavra *hopelessness*, que literalmente é a *não esperança*. É neste quadro que optamos pela utilização da palavra portuguesa *desesperança*.

A sequência não começa com situações incontroláveis, mas com acontecimentos de vida negativos. O estilo atribucional e o grau de importância do acontecimento (causas distais) determinarão o tipo de atribuição. Os que exibem um estilo atribucional do tipo depressogénico atribuirão os acontecimentos negativos a causas globais e estáveis, aumentando a probabilidade de desenvolverem expectativas de desesperança (causa proximal), com sintomas motivacionais, cognitivos e emocionais. Quando, além disso, estes acontecimentos são atribuídos a causas internas, o indivíduo desenvolve baixa auto-estima. Este modelo prevê ainda que, na ausência de acontecimentos negativos, estas pessoas com estilo atribucional depressogénico não se diferenciam das outras.

Em síntese, de acordo com a teoria original do desânimo aprendido (Seligman, 1975), a depressão podia ser relacionada com a expectativa de que os resultados são independentes do comportamento. O modelo reformulado (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978), pelo contrário, sugere que só a expectativa de incontrolabilidade em relação a situações aversivas e prováveis pode conduzir à depressão se o fracasso para controlar os acontecimentos for atribuído a causas internas, estáveis e globais. Finalmente, a teoria da desesperança da depressão sugere como causa distal um estilo atribucional do tipo depressogénico para acontecimentos negativos, e como causa próxima a expectativa de desesperança.

Apesar de esta última versão aceitar que há outras causas para a depressão (as causas apresentadas não são necessárias, apenas suficientes), e de as expectativas serem apenas o último passo de uma cadeia, o estilo atribucional depressogénico continua não explicado. Por isso, a questão levantada por Schwartz (1981), Wortman e Dintzer (1978) sobre as relações entre este estilo cognitivo e a depressão continuam, no nosso entender, a não ter uma resposta satisfatória.

Albert Ellis

Ellis defende que as pessoas são organismos que tendem a estabelecer objectivos, dando assim um sentido à vida. O conceito de racionalidade remete para o que ajuda os indivíduos a atingir os objectivos a que se propõem, a interagir com os outros e a integrar-se no seu grupo social; sendo irracional tudo o que interfere na realização destes objectivos ou que perturba a relação com os outros (Dryden & Ellis, 1988; Ellis, 1995a).

Ellis (1979) salientou que os seres humanos têm tendência para pensar irracionalmente, convertendo as suas preferências mais fortes em exigências absolutas. Apesar desta tendência para a irracionalidade, Ellis (ibidem) sustenta que os seres humanos revelam igualmente a possibilidade de pensar sobre o pensamento e a capacidade de exercer a escolha de modo a opor-se a este pensamento irracional.

A teoria racional emotiva comportamental (Ellis, 1995a) relaciona, em continuidade com a teoria racional emotiva, as crenças irracionais do tipo irrealista, ilógico, absolutista e devoto com as ideias, sentimentos e comportamentos desajustados em relação a si próprio e à sociedade. Deste modo, Ellis (ibidem) sugere que as perturbações psicológicas derivam da tendência humana para fazer leituras absolutistas acerca de si próprio, dos outros e das condições da sua existência. Estas avaliações são feitas sob a forma de afirmações do tipo "necessito"; "preciso"; "tenho de"; e "devo" que impedem as pessoas de atingir os seus objectivos de modo razoável.

A sua perspectiva sobre a depressão é apresentada especialmente num artigo (Ellis, 1987) em que é defendido que esta psicopatologia tem

origem em pensamentos do tipo absolutista que se revelam, por exemplo, nas exigências que as pessoas que desenvolvem depressão fazem acerca da sua vida e das condições de existência, transformando qualquer insucesso ou perda num drama. Assim, segundo o autor (ibidem), face a acontecimentos negativos é possível responder de modo apropriado ou inapropriado. As pessoas que o fazem de modo apropriado exibem respostas emocionais do tipo tristeza, frustração e negação. As respostas "inapropriadas" consistem em sentimentos típicos da depressão, como a autocondenação. Segundo Ellis, os modelos cognitivos dos outros autores explicam por que é que as pessoas se sentem profundamente tristes quando confrontadas com perdas e frustrações reais ou imaginárias, mas não explicam por que é que elas se sentem deprimidas. Nas palavras do autor:

A teoria RET da depressão afirma que quando as pessoas desejam ou pretendem atingir objectivos (como ter sucesso na escola, trabalho ou relações interpessoais) e não o conseguem e pensam que no futuro continuarão a falhar, tendem a sentir-se tristes (às vezes fortemente), mas não deprimidas.

Quando, no entanto, consciente ou inconscientemente escalam os seus desejos e preferências por exigências absolutistas e se convencem fortemente de que *devem, precisam, têm de* (em praticamente todas as condições e momentos) atingir o sucesso e aprovação que desejam, então tornar-se-ão deprimidas. (Ellis, 1987, p. 123).

Ellis (1987) revê os modelos cognitivos da depressão de Beck, Rehm, Lewinsohn e Seligman para demonstrar que, embora estes defendam que é a cognição que provoca a depressão, e que esta é produto de um estilo de pensamento irracional e irrealista, estes modelos apenas explicam por que é que as pessoas se tornam tristes e não por que se deprimem.

Em relação ao modelo de Beck e ao seu conceito de tríade cognitiva, Ellis (ibidem) prevê que, quando as pessoas se vêm a si próprias, ao mundo e ao futuro negativamente, tornar-se-ão desapontadas, tristes e sem esperança, mas poderão não ficar deprimidas, a não ser que adicionem a estas visões negativas a ideia de que os seus traços de personalidade, o seu

meio e o seu futuro não *deveriam* existir tal como existem, transformando a tristeza e o desapontamento em depressão e desmoralização.

Quanto aos modelos de Lewinsohn e Rehm, Ellis (1987) analisa as preposições que assumem que as pessoas se tornam deprimidas quando (1) vivem poucos acontecimentos positivos; (2) se auto-atribuem baixos níveis de auto-reforço e, paralelamente, altos níveis de autopunição e (3) se vêem a si próprias como recebendo pouco reforço. Ellis (*ibidem*) concorda que as pessoas que vivem poucos acontecimentos positivos ou se autopunem mais e recebem menos auto e hetero-reforço se deprimem com mais intensidade do que as que exibem um padrão de auto-reforço mais positivo, mas põe em causa esta relação directa, ilustrando com o exemplo daqueles que aderem a seitas ou grupos que praticam estilos de vida autopunitivos e pouco reforçadores e, no entanto, não deprimem. Para o autor, estas situações ilustram como, para que ocorra a depressão, para além da ausência de reforço e a presença de punição, é necessário que a pessoa acredite que este tipo de situação não deveria existir, substituindo pensamentos preferenciais do tipo "eu não gosto" por afirmações absolutistas do tipo "eu não aguento".

A teoria de desânimo aprendido afirma que as pessoas que prevêm que ocorrerão acontecimentos aversivos, que têm expectativas de que esses acontecimentos são incontroláveis e atribuem os acontecimentos negativos a causas internas, estáveis e globais, tendem a deprimir-se. Ellis concorda que estas pessoas terão mais tendência para se deprimirem, mas apenas se acrescentarem *exigências* absolutistas às suas crenças.

Ellis conclui, assim, que estas teorias cognitivo-comportamentais da depressão predizem que as pessoas se sentirão tristes quando:

- (1) Se vêem negativamente, (2) têm uma visão sombria do seu meio, (3) predizem um futuro mau, (4) dão a si próprias baixos níveis de auto-reforço e altos níveis de autopunição, (5)

experienciam durante um longo período a falta de acontecimentos agradáveis e (6) esperam que aconteçam coisas altamente desagradáveis, prevêm que não terão capacidade para lidar com elas, e atribuem esta impossibilidade a si próprias e não ao exterior. (Ellis, 1987, p. 130)

De acordo com a teoria racional emotiva estes acontecimentos, isoladamente ou em conjunto, podem conduzir a situações de tristeza ou frustração, mas só conduzem à depressão quando, face a estas situações, as pessoas aplicam filosofias absolutistas que são observáveis na forma dogmática com que avaliam as situações.

Em síntese, de acordo com a RET, as pessoas sentem-se tristes ou frustradas quando um ou mais dos seis elementos propostos pelas teorias cognitivas estão presentes, mas só ficam deprimidas quando utilizam as seguintes filosofias básicas:

1. Vêm-se a si próprias negativamente, acreditam que *precisam* de não ter os traços negativos e que são *pessoas inadequadas* quando os têm.
2. Têm uma visão sombria do seu meio e acreditam fortemente que ele *deveria* ser melhor e que *é horrível* que ele seja assim.
3. Prevêm um futuro mau e defendem que ele *necessita ser* mais venturoso e que não *o podem suportar* se ele não o for.
4. Dão a si próprias baixos níveis de reforço e altos níveis de punição e acreditam que *necessitam* ser mais realizadoras e *têm de* ser aprovadas pelos outros significativos, caso contrário não *merecem* recompensas e *devem* expiar as suas incapacidades com autopunição.
5. Experienciam a falta de acontecimentos agradáveis e acreditam profundamente que as pessoas e a vida *deveriam* tratá-las melhor e que *é terrível* se não o fazem.
6. Esperam que ocorram coisas altamente aversivas, predizem que pouco poderão fazer para as melhorar, atribuem esta incapacidade a elas próprias e insistem que *deveriam* ser capazes de melhorar e lidar com as coisas e pensam que são *impotentes e incompetentes* quando falham. (Ellis, 1987, p.130, itálico original)

A teoria RET acrescenta um elemento cognitivo mais causal (segundo Ellis, 1987) do que as outras teorias. Esta é, ainda segundo o autor, a única que explica por que é que, sob condições semelhantes, algumas pessoas ficam apropriadamente tristes e frustradas, o que as ajuda a lidar com as condições adversas e as perdas, enquanto outras ficam deprimidas, o

que interfere com a sua capacidade de melhorar as situações e lidar com as perdas.

Embora esta explicação das perturbações emocionais e da depressão a partir de uma filosofia absolutista estabeleça uma distinção importante entre a causa e os sintomas da depressão, esta leitura omite uma perspectiva etiológica e, nesse sentido, verdadeiramente causal ao não explicar, tal como reconhece Marzillier (1987), por que é que só algumas pessoas exibem um pensamento do tipo absolutista que as conduz à depressão. Na linha das avaliações a que o modelo de desânimo aprendido da depressão foi submetido (Wortman & Dintzer, 1978; Schwartz, 1981), poderíamos questionar se serão os sintomas da depressão que se devem ao pensamento absolutista, ou se, pelo contrário, o pensamento do tipo absolutista é uma das características cognitivas do síndrome depressivo.

O modelo de depressão apresentado de seguida é o único que acrescenta um componente causal ou etiológico a este quadro clínico. É que, ao contrário do que Ellis (1987) descreve, o modelo cognitivo da depressão de Beck não refere apenas a tríade cognitiva, mas também, e principalmente, os factores de vulnerabilidade relacionados com experiências de vida que contribuem para o desenvolvimento de esquemas depressogénicos. São estas estruturas cognitivas, desenvolvidos anteriormente à depressão, que funcionam como factor essencial na génese dos sintomas depressivos, ao darem origem às distorções cognitivas.

Aaron T. Beck

A perspectiva de Beck dá saliência aos processos cognitivos que medeiam as respostas afectivas e comportamentais, afirmando que nas

perturbações emocionais a informação que o indivíduo recebe do meio é processada de forma distorcida:

Nós construímos a nossa realidade seleccionando, transformando, codificando, armazenando e recuperando informação (...). Nos estados psicopatológicos, no entanto, é introduzido um viés sistemático no sistema de tal modo que é evidente uma alteração no *aparatus* de processamento da informação (Beck, 1987, p. 6).

O modelo cognitivo da depressão surgiu nos anos sessenta (Beck, 1967), tendo sido sujeito a várias reformulações posteriores (Beck 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck, 1987; Beck & Clark, 1988). Este modelo foi também aplicado à explicação de outras perturbações emocionais como a ansiedade (Beck & Emery, 1985; Beck & Clark, 1988).

Inicialmente o modelo cognitivo da depressão, tal como foi desenvolvido por Beck (Beck, 1967; 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), postula três conceitos específicos para explicar o funcionamento psicológico na depressão: *tríade cognitiva*; *esquemas*; e *erros ou distorções cognitivas*. Embora estes conceitos continuem a ser utilizados, mais recentemente Beck e Clark (1988) aplicaram o sistema taxionómico desenvolvido por Ingram e Kendall (1986) à conceptualização do funcionamento cognitivo na depressão e na ansiedade.

O modelo de Ingram e Kendall (1986) propõe uma taxonomia dos conceitos cognitivos que engloba estruturas e proposições, operações e produtos cognitivos. Beck e Clark (1988) descrevem-nos do seguinte modo:

Estrutura cognitiva refere-se ao modo como a informação é internamente organizada, enquanto proposições são os conteúdos armazenados nessas estruturas. As operações cognitivas referem-se aos processos pelos quais os componentes do sistema de processamento de informação interagem. Finalmente os produtos cognitivos são os resultados do funcionamento do sistema de processamento da informação (p. 24).

Estruturas cognitivas e proposições na depressão

Segundo o modelo do processamento da informação, em qualquer situação os seres humanos encontram um conjunto de estímulos que ultrapassam a sua capacidade de resposta. Devido a estes limites de processamento, os estímulos são seleccionados, diferenciados, codificados e combinados num padrão que conceptualiza a situação. Na tradição da teoria de esquema desenvolvida pela psicologia cognitiva, este modelo supõe que cada pessoa tende a ser coerente na organização que impõe aos estímulos, sendo esta coerência assegurada pelos padrões cognitivos relativamente estáveis que dão alguma coerência à interpretação das situações. O termo esquema designa estes padrões cognitivos estáveis que estão na base da avaliação e categorização das situações, organizando os dados sob a forma de cognições.

Beck (1967; 1985; Beck & Clark, 1988; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Kovacks & Beck, 1978) relaciona a predisposição para a depressão com a existência de esquemas negativos desenvolvidos precocemente e mantidos até ao presente:

A criança aprende a construir a realidade através das suas experiências precoces com o meio, especialmente as pessoas significativas. Às vezes estas experiências precoces levam a criança a aceitar atitudes e crenças que posteriormente provarão ser inadaptables (...). Estes esquemas estão normalmente fora da consciência, e podem manter-se adormecidos até que um acontecimento da vida os estimule (Beck, 1985, p. 207).

Nesta perspectiva os conceitos negativos sobre si próprio ficariam latentes até serem activados por circunstâncias que se assemelhariam à perda contemporânea da formação do esquema na infância. Por exemplo, o momento de perda emocional quando uma relação romântica adulta é interrompida poderia assemelhar-se à morte de um pai na infância e despoletar o esquema então formado (Beck, 1967).

A construção negativa da realidade que caracteriza a depressão é explicada pela saliência que a informação consistente com o esquema negativo tem para a pessoa. Estes esquemas são invocados para explicar os erros sistemáticos e/ou distorções cognitivas que ocorrem durante a depressão, mas também para explicar a vulnerabilidade de alguns indivíduos para a depressão.

Em síntese, este modelo sugere que há na depressão, tal como em outras situações clínicas, esquemas ideossincráticos mal adaptados que dominam o processamento da informação. Estes esquemas existem num estado latente e podem permanecer inactivos por um grande período de tempo, sendo activados por estímulos consistentes com o seu conteúdo. Quando isso acontece, dão origem a processamento de informação enviado negativamente.

Se as *estruturas* cognitivas típicas da depressão consistem em esquemas que enviazam o processamento de informação no sentido negativo, as *proposições* cognitivas, isto é, "os conteúdos armazenados nessas estruturas" (Beck & Clark, 1988, p. 24) são caracterizados pelo domínio do tema de fracasso, perda e privação. Beck (1967; 1985; Beck & Clark, 1988; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Kovacks & Beck, 1978) postula, como vimos, que os esquemas depressivos têm origem nas perdas ou privações emocionais vividas na infância, sendo estes os conteúdos que se tornam predominantes nos indivíduos vulneráveis para a depressão.

Operações cognitivas

Uma vez activados por acontecimentos de vida consonantes com o seu conteúdo, os esquemas não adaptados dão origem, como vimos, a distorções sistemáticas no processamento da informação. No quadro

depressivo as operações cognitivas estão, portanto, distorcidas, tendo sido identificados por Beck (1967, 1976, Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) algumas das distorções ou erros cognitivos mais frequentes:

- Inferência arbitrária - ocorre quando o deprimido chega a uma determinada conclusão (normalmente autodepreciativa) na ausência de provas ou quando existem provas contrárias à sua conclusão;
- Abstracção selectiva - consiste na focalização de um detalhe com valor negativo retirado do contexto, ignorando outros aspectos mais positivos e conceptualizando a experiência depreciativamente com base nesse fragmento;
- Hipergeneralização - refere-se ao modo como o deprimido chega a uma conclusão geral com base em um ou mais incidentes negativos isolados, projectando esta negatividade para outras situações presentes ou futuras;
- Magnificação / minimização - reflectem-se na distorção da importância ou amplitude de um acontecimento, por exemplo dando excessiva importância a uma crítica ou desvalorizando completamente um elogio;
- Personalização - propensão do deprimido para relacionar ocorrências externas consigo próprio, atribuindo às suas características acontecimentos desagradáveis que ocorrem no meio;
- Pensamento absolutista e dicotómico - tendência para categorizar todas as experiências em categorias opostas, colocando-se a si próprio e às suas experiências no polo mais negativo.

Estas operações cognitivas são tanto mais dominadas pela distorção quanto mais activos estiverem os esquemas depressogénicos. À medida que estes esquemas vão dominando a interpretação dos dados, as distorções cognitivas começam a ser utilizadas em cada vez maior número de situações, tornando-se os processos de pensamento automáticos (Beck, 1963; 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). São estes pensamentos que constituem os *produtos* cognitivos.

Produtos cognitivos

Como acabamos de ver, à medida que a depressão se agrava o processamento da informação torna-se completamente dependente dos esquemas idiossincráticos negativos e as autoverbalizações e diálogo interno totalmente dominados pela tristeza.

O conceito de tríade cognitiva (Beck, 1967) pretende dar conta do modo como estes conteúdos da consciência se podem observar na visão negativa que o deprimido exhibe acerca de si próprio, do mundo e do futuro.

A visão negativa de si mesmo pode ser observada na forma como o indivíduo deprimido se percebe como inadequado e sem valor, atribuindo as suas experiências negativas às características pessoais. A par desta autodesvalorização emerge a autocrítica.

Para além de se perceber de modo negativo, o deprimido tende a ver o mundo através de uma lente que o faz interpretar igualmente as suas interacções correntes de uma forma negativa, quer porque percebe o mundo como fazendo solicitações excessivas ou colocando obstáculos insuperáveis para os seus objectivos de vida, quer porque interpreta as suas interacções com o meio como perdas ou fracassos.

Finalmente, a visão negativa do futuro observa-se nas projecções que faz para a sua vida, antecipando dificuldades e insucessos que implicam sofrimentos e privações.

Vimos até agora que o modelo cognitivo da depressão desenvolvido por Beck tem sido dominado pelo paradigma de processamento da informação e pela psicologia cognitiva. No entanto, mais recentemente e devido à grande quantidade de estudos que este modelo estimulou, emergiram dados (por exemplo acerca do papel dos factores sociais e biológicos na depressão) que dificilmente seriam integráveis no modelo original. Dando conta dessas achegas, Beck (1987) reconheceu a necessidade de expandir a teoria cognitiva da depressão elaborada

inicialmente. Enquanto a teoria cognitiva original era marcadamente baseada no modelo de processamento da informação, esta reconceptualização contempla seis modelos separáveis, mas, segundo Beck (1987, p. 5), sobreponíveis.

Para além de distinguir estes seis modelos cognitivos da depressão, Beck (1987) diferencia ainda entre modelos cognitivos descritivos, explicativos e causais ou etiológicos. O modelo cognitivo descritivo estabelece a covariação dos fenómenos cognitivos, afectivos e comportamentais. O modelo explicativo organiza os sintomas num padrão ou integra-os num mecanismo. Finalmente, o modelo etiológico ou causal postula a existência de factores distais ou proximais na génese da depressão.

Apesar de o autor diferenciar estes níveis, os seis modelos cognitivos apresentados não são organizados segundo o seu carácter descritivo, explicativo ou etiológico. Deste modo, apesar de ser referido que a maioria dos modelos de depressão se tornam confusos por não distinguirem entre estes três níveis, no seu próprio trabalho não é claro qual o tipo de contribuição de cada modelo. Por exemplo, enquanto em relação ao modelo transversal é esclarecido um componente descritivo e um explicativo, nos restantes cinco só se pode deduzir qual o tipo de contributo que estes modelos oferecem para a depressão.

Os seis modelos apresentados por Beck (1987) são: o modelo transversal; o modelo estrutural; o modelo vulnerabilidade - stressor; o modelo de interacção recíproca; o modelo psicobiológico e o modelo evolutivo.

O *modelo transversal* debruça-se sobre a negatividade dos conteúdos e processos cognitivos e é-nos apresentado por Beck (ibidem) enquanto modelo descritivo e modelo explicativo. O modelo descritivo transversal da depressão supõe que o negativismo sistemático que domina os conteúdos cognitivos constitui um sintoma da depressão, a par do afecto

triste e da paralização comportamental. Enquanto sintoma, progride a par das outras manifestações da depressão. Por seu lado, o modelo transversal explicativo coloca os processos cognitivos da depressão em destaque, afirmando que quando o processamento da informação é enviesado, as respostas afectivas e comportamentais sofrem modificações no mesmo sentido, deixando de estar de acordo com os estímulos exteriores para seguirem os processos cognitivos negativos predominantes. Beck (1987, p. 10) designa este pressuposto como a *hipótese da primazia*, ressaltando, em nota de rodapé, que esta hipótese não afirma que as cognições causam a depressão, mas apenas que as várias componentes da sintomatologia depressiva covariam de modo coerente após a depressão se desenvolver: "(...) Eu vejo os processos cognitivos desviantes como intrínsecos à perturbação depressiva, não como causa ou consequência" (Beck, 1987, p. 10, nota de rodapé).

Enquanto o modelo transversal pretende dar conta dos conteúdos e processos cognitivos da depressão, o *modelo estrutural* estipula que estes conteúdos e processos de cariz negativo ocorrem quando certas estruturas cognitivas designadas por esquemas se tornam hipervalentes. Na depressão estes esquemas, formados precocemente, estão activos e operam continuamente, alterando os processos cognitivos de modo a produzir um viés negativo sistemático no processamento de dados. Podemos considerar o modelo estrutural um modelo do tipo explicativo, uma vez que atribui os conteúdos e processos que ocorrem na depressão à operação de uma estrutura cognitiva específica.

O modelo *vulnerabilidade - stressor* prevê que os acontecimentos capazes de despoletar a depressão num determinado indivíduo dependem dos padrões específicos de esquemas que essa pessoa tem já desenvolvidos devido a experiências de perda, da sua organização da personalidade, ou da predisposição genética. Esta perspectiva cognitiva longitudinal poderá ser

classificada como causal ou etiológica, uma vez que diferencia entre factores que predispoem e factores que precipitam a génese da depressão.

O modelo *da interacção recíproca* centra-se no papel que a interacção com figuras significativas pode ter quer na (1) predisposição para a depressão; (2) precipitação do episódio depressivo e (3) agravamento e manutenção da depressão. Esta interacção pode ser responsável pela predisposição para esta psicopatologia quando é o comportamento dos outros que contribui para a formação de estruturas depressivas face a interacções negativas na infância. A interacção com os outros pode contribuir para a precipitação quando desestabiliza o indivíduo, activando esquemas negativos formados anteriormente nos indivíduos predispostos ou vulneráveis. Nestas duas situações, a interacção com os outros pode funcionar como factor distal ou proximal da depressão. Por seu lado, o agravamento e manutenção podem decorrer das críticas ou ameaças de abandono que o comportamento de inércia ou dependência que caracteriza os indivíduos deprimidos despoleta nos seus interlocutores. Neste caso estabelece-se um padrão interactivo do tipo inércia/crítica e rejeição, gerando um círculo vicioso que agrava a depressão.

O modelo de interacção recíproca pode ser classificado como causal ou etiológico quando se foca na sua vertente de predisposição; e como explicativo ao referir-se ao papel da interacção com os outros na precipitação, manutenção e agravamento do episódio depressivo.

O modelo *psicobiológico* integra os aspectos genéticos e neuroquímicos, considerando os dados cognitivos e biológicos como diferentes lados de uma mesma moeda. Se, por um lado, uma sensibilidade orgânica pode conduzir a uma interpretação envezada negativamente, podendo um desequilíbrio biológico despoletar alterações a nível da qualidade do pensamento, por outro, qualquer interpretação tem sempre uma correspondência neurofisiológica. A integração dos aspectos fisiológicos,

cognitivos, afectivos e comportamentais da depressão reconhece a possibilidade de, quer a nível do desenvolvimento, quer a nível do tratamento da depressão, estes aspectos estarem inter-relacionados. Neste sentido poderemos considerar que este modelo tem uma faceta descritiva.

Finalmente, o modelo *evolutivo*, a que Beck (1987) dá bastante relevância, pressupõe que se pode compreender a génese, o desenvolvimento e a manutenção da depressão como fazendo parte de um mecanismo ou programa ancestral de inibição de acção em situações adversas que terá sido adaptativo na vida selvagem, mas não o é actualmente. No entanto, segundo o autor, mantém-se o simbolismo das situações relacionadas com o despoletar da depressão, sendo a perda de estatuto ou a perda de ligação emocional compreendidas como ameaças às condições de sobrevivência e capacidade de obter alimentos e/ou protecção, fazendo, por isso, despertar no organismo os mecanismos necessários de auto-protecção pela diminuição de consumo energético e isolamento. Por este modelo pretender integrar os sintomas num mecanismo (evolutivo), classificamos este modelo como sendo do tipo explicativo.

Em síntese, o modelo cognitivo da depressão de Beck postula a existência de um conjunto de factores que contribuem para vulnerabilidade, precipitação e manutenção da depressão. O desenvolvimento de estruturas cognitivas depressogénicas - os esquemas - quer se devam a fragilidade genética, neuroquímica e/ou decorram de experiências de desenvolvimento em que a interacção com figuras significativas tem um papel central, tornam o indivíduo vulnerável. Estes esquemas mantêm-se latentes até serem activados posteriormente por acontecimentos que se assemelham ao seu conteúdo e a partir dessa activação todo o processamento de informação ocorre de um modo enviezado negativamente. As distorções ou erros cognitivos facilitam a confirmação das expectativas negativas e, assim, quer

os conteúdos, quer os produtos cognitivos que dominam a consciência tornam-se depressivos.

Modelos cognitivos clínicos da depressão: Conclusão

Ao integrar, neste trabalho, os modelos cognitivos clínicos da depressão, fizemo-lo de modo a abranger diferentes tipos de formulação que relacionam a sintomatologia depressiva com distorções cognitivas. No entanto, e apesar de partilharem esta característica, eles inscrevem-se em diferentes níveis na forma como abordam as alterações do funcionamento cognitivo.

Os modelos de Rehm (1977, 1982) e Bandura (1986) destacam-se por derivarem do paradigma do autocontrolo, incluindo um forte pendor comportamental. Estes dois modelos descrevem a depressão, acentuando as distorções cognitivas que os sujeitos deprimidos tendem a fazer nas suas interpretações dos acontecimentos, não sendo explícitas em relação a uma estrutura ou organização cognitiva que suporte estas distorções.

Pelo contrário, a teoria reformulada do desânimo aprendido (Alloy, Abramson, Metalsky & Hartlage, 1988) ou a teoria da desesperança (Abramson, Metalsky & Alloy 1987; Abramson, Metalsky & Alloy 1988a; Abramson, Metalsky & Alloy, 1988b); a perspectiva racional-emotiva da depressão (Ellis, 1987) e a teoria cognitiva da depressão de Beck (1967; 1976; 1985; 1987; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck & Clark, 1988) postulam, respectivamente, a existência de um estilo atribucional, de uma "filosofia absolutista" ou de uma organização cognitiva, que determinam as distorções cognitivas observadas na depressão.

Notemos, no entanto, que só o modelo de Beck (1976, 1985, 1987; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck & Clark, 1988) sustenta factores

etiológicos ou causais no desenvolvimento de uma estrutura cognitiva específica na depressão que diferencia entre indivíduos vulneráveis e não vulneráveis. Este é também o trabalho que melhor relaciona as perspectivas cognitivas com a psicopatologia, ao conceptualizar a operação dos esquemas e o processamento de informação típicos da depressão como decorrendo da activação de uma organização depressiva estável, condensando deste modo as propostas de vários modelos cognitivos teóricos e observações clínicas. O modelo de Beck tem ainda a qualidade de pretender explicar resultados da investigação experimental, estando na origem de muitos trabalhos que pretendem testar, tanto na + população clinicamente deprimida, como em normais a quem foi induzida a tristeza, algumas das suas proposições. Quer pelos reparos teóricos que tem provocado, quer em relação às investigações e estudos que surgiram no paradigma experimental cognitivo com que pode ser confrontado, este trabalho está particularmente presente na literatura sobre depressão. Por todas estas razões, o modelo de Beck não pode ser considerado apenas um modelo cognitivo clínico. E se todas as classificações estabelecem fronteiras artificiais, neste caso poderíamos afirmar que a sua integração nos modelos cognitivos clínicos da depressão não o exclui dos modelos derivados da "ciência cognitiva".

Tendo sido sujeito a grande avaliação, o modelo cognitivo da depressão de Beck deu origem a várias críticas. Algumas das críticas, reelaboraões ou extensões surgem de "dentro", isto é, não põem em causa os princípios sobre que assenta, mas apontam as limitações e elaboram-no, tornando-o mais complexo. É, por exemplo, o caso do trabalho de Segal (1988), que explora a noção de auto-esquema na depressão.

Outras críticas são "externas", questionando os princípios básicos dos modelos cognitivos tal como derivados do modelo de esquema, como a primazia cognitiva, ou a existência de um só nível de conhecimento (semântico), pondo em causa o próprio modelo de organização do conhecimento sobre que se baseiam (e.g., Teasdale & Barnard, 1993).

Sendo a terceira parte desta dissertação especialmente voltada para as alternativas ao paradigma racionalista, as próximas páginas apresentarão os diferentes trabalhos de investigação dentro do paradigma cognitivo experimental que procuram descrever os conteúdos e processos cognitivos específicos na depressão.

A compreensão dos resultados destes estudos levanta questões acerca do modo como o conhecimento está organizado na depressão, por exemplo, os mecanismos que facilitam o acesso a informação com conotação emocional negativa; ou as circunstâncias em que estes conceitos se tornam centrais na vida dos sujeitos a quem se diagnostica a depressão. Abordaremos, portanto, as conceptualizações que têm vindo a aprofundar e complexificar a questão da organização do conhecimento na depressão sem, contudo, sair do paradigma teórico sobre o qual nos temos vindo a debruçar.