

# Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada?

Behavior-analytical therapy of depression: An old or a new applied science?

PAULO ROBERTO ABREU<sup>1</sup>

## Resumo

**Contexto:** A história dos estudos comportamentais no campo da depressão é apresentada. **Objetivo:** Apresentar e analisar os avanços das terapias analítico-comportamentais. **Método:** Analisaram-se 37 referências relacionadas a estudos conceituais, de pesquisa de base e aplicada, todos publicados no período de 1961 a 2006. Os preceitos teóricos e metodológicos adotados foram considerados, e o impacto das aplicações propostas, foi discutido. **Resultados:** Tradicionalmente, os modelos analítico-comportamentais de Ferster e Lewinsohn priorizam a baixa frequência de comportamentos contingentes ao reforçamento positivo como variável crítica na determinação do repertório depressivo. Ainda que essa variável estivesse de fato assim relacionada, pouca atenção foi dada às intervenções voltadas aos enfrentamentos dos eventos aversivos supressores das respostas reforçadas positivamente. Dentro desse impasse pragmático-conceitual, o modelo cognitivo-comportamental de Beck surgiu e logo foi aclamado como o tratamento psicossocial de excelência na depressão. Contudo, pesquisas recentes sinalizaram as lacunas da conceituação cognitiva, permitindo novamente que a atenção fosse redirecionada aos modelos analítico-comportamentais iniciais. Jacobson, então, revisitou o modelo de Ferster, criando uma nova proposta de terapia chamada de ativação comportamental (BA). **Conclusão:** O fenômeno da depressão maior foi palco do nascimento da terapia cognitivo-comportamental de Beck e coincidentemente pode estar sendo a força motriz que veio resgatar a importância da ênfase contextual das análises comportamentais clínicas.

**Palavras-chave:** Terapia cognitivo-comportamental, terapia comportamental, condicionamento operante, depressão maior, ativação comportamental.

## Abstract

**Background:** The present review addresses the history of behavioral studies in depression. **Objective:** To present and analyze the advances in behavior-analytical therapies. **Methods:** 37 references reporting conceptual, basic and applied studies, all of them published between 1961 and 2006, were examined. The theoretical and methodological features are considered and their implications are discussed. **Results:** The behavior-analytic models of Ferster and Lewinsohn propose that the low frequency of positive reinforcements is a critical variable related to depressive repertoires. In spite of this plausible announcement, little attention was paid

**Recebido:** 16/03/2006 – **Aceito:** 13/06/2006

<sup>1</sup> Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialista em terapia comportamental e cognitiva pela Universidade de São Paulo (USP).

Endereço para correspondência: Paulo Roberto Abreu. Rua Rio Grande do Sul, 199, ap. 14 A. – 80620-080 – Curitiba, PR. Fone/fax: (41) 3244-6653. E-mail: pauloabreu\_ufpr@yahoo.com.br

to the interventions directed to modifying the coping strategies to aversive events that may suppress positive reinforcements. Within this pragmatic-conceptual impasse, Beck's cognitive-behavioral model was further developed and turned out to be a gold standard in the psychological management of depression. However, recent studies have illustrated the limitations of the cognitive conceptualization, yielding the reconsideration of behavior-analytical models. Jacobson revisited the Ferster's model creating a new proposal

of therapy called behavioral activation (BA). Conclusion: Beck's cognitive-behavioral models addressed primarily the treatment of depression. Nevertheless, certain psychological manifestations of major depression not fully covered by Beck's model may be better understood by behavior-analytical approaches.

Key-words: Cognitive-behavioral therapy, behavior therapy, operant conditioning, major depression, behavioral activation.

## Introdução

A ciência do comportamento, filosoficamente embasada na filosofia do behaviorismo radical de Skinner (1976), apresenta uma proposta de psicologia preocupada em avaliar e especificar contextualmente os comportamentos-problema ao longo de suas relações com o ambiente, dentro de um histórico de mútua influência (Jacobson, 1997; Hayes *et al.*, 1998). Dentro de uma proposta pragmática de controle e previsão de comportamento (Skinner, 1976), a análise do comportamento preocupou-se também em promover um entendimento sólido para os fenômenos clínicos visando à criação de intervenções eficazes.

As terapias analítico-comportamentais apresentam hoje propostas de intervenção com larga aplicação e validação empírica (Dougher, 1993; 1994; 2000). Como exemplos, citam-se a terapia de aceitação e compromisso (ACT) de Hayes *et al.* (1999) e a psicoterapia analítica funcional (FAP) de Kohlenberg e Tsai (2004).

A ACT tem como meta principal tratar a esquiua emocional, o número excessivo de respostas literais ao conteúdo cognitivo e a incapacidade de assumir e manter compromissos com a mudança comportamental (Hayes, 1987; Hayes *et al.*, 1999). Segundo seus criadores, os clientes normalmente chegam à clínica com queixas que apresentam claramente a tentativa de controlar os supostos determinantes de seu sofrimento, ou seja, a eliminação de emoções negativas, lembranças, impulsos etc. A ACT estaria centrada na quebra do controle de estímulo problemático, abrindo possibilidade de contato com fontes alternativas de reforçamento.

A FAP, por seu turno, utiliza a relação terapêutica como meio primário para modificar os comportamentos clinicamente relevantes do cliente. O entendimento central da FAP pontua que o cliente se comporta em relação ao terapeuta semelhantemente ao modo como se comporta com outras pessoas significativas em sua vida (Kohlenberg e Tsai, 2004). Logo, mudanças de comportamento em sessão teriam grande probabilidade de ser generalizadas para outras situações sociais.

Embora a ACT e a FAP sejam terapias não específicas ao tratamento da depressão maior, verificam-se estudos de pequenas proporções sobre sua aplicação (Kohlenberg e Tsai, 1994; Kohlenberg *et al.*, 2002; Zettle e Hayes, 1986; Zettle e Rains, 1989).

Entender as variações comportamentais observadas nos clientes depressivos implica necessariamente a investigação das variáveis que estariam instalando e mantendo os sentimentos de disforia ao longo da história do indivíduo, o que seria alcançado com a especificação das contingências “depressoras”, em última análise, com o mapeamento dos eventos antecedentes e conseqüentes aos comportamentos depressivos de interesse. Em conjunto, os comportamentos-problema e os eventos antecedentes e conseqüentes dos quais aqueles são função formariam a unidade de análise denominada de tríplice contingência (Skinner, 1965). O enfoque analítico-comportamental parte dessa ferramenta de análise para entender os contextos em que os repertórios depressivos aparecem e, a partir disso, arquiteta possibilidades de intervenções clínicas, a exemplo das intervenções em *setting* de consultório, ou aplicadas, como os contextos hospitalares em psicologia da saúde e/ou medicina comportamental.

O objetivo do presente artigo será promover uma revisão histórica do estudo comportamental da depressão, discutindo as características e as repercussões dos principais modelos criados.

## Discussão

Em sua gênese, o estudo da depressão foi impulsionado pelo histórico artigo de Charles Ferster (1973) publicado no periódico *American Psychologist*. Nele, o autor propõe uma análise funcional dos comportamentos depressivos a partir do conhecimento cumulativo crescente alcançado pelos estudos de base (Ferster, 1967; Ferster *et al.*, 1979; Ferster e Skinner, 1997). Embora outros autores já tivessem publicado seus trabalhos alguns anos antes (Lazarus, 1968; Lewinsohn e Libet, 1972; Lewinsohn *et al.*, 1969; Seligman e Maier, 1967; Seligman *et al.*, 1968), relega-se ao trabalho de Ferster a matriz conceitual que orientou a maioria dos estudos relativos à avaliação funcional e à intervenção na depressão.

### O modelo para a depressão de Charles Ferster e as suas implicações históricas

O modelo de Ferster (1973) afirma que as características marcantes das pessoas deprimidas seriam as perdas

de certos tipos de atividade associadas ao aumento de comportamentos, como queixas, choro excessivo, irritabilidade e autocritica. As variáveis que influenciariam dado repertório comportamental seriam a baixa frequência de reforçamento positivo associada ao aumento da frequência do reforçamento negativo (Ferster, 1973). É notável que os estímulos que reforçam positivamente uma classe comportamental eliciam respostas corporais condizentes com os relatos verbais de sensações corporais tidas como “agradáveis” ou “prazerosas”. O fato é que o reforçamento positivo pode trazer como efeito, além do aumento da frequência dos comportamentos que foram seguidos pela apresentação de tal estimulação no passado, a eliciação reflexa de sensações corporais ditas “agradáveis”, e que por isso teriam o efeito “antidepressivo” argumentado pelo autor.

O autor centrou seu modelo principalmente nos comportamentos de fuga e esquiva causados por condições aversivas que impedem a emissão dos comportamentos controlados por reforçamento positivo. As esquivas podem ser evidenciadas, por exemplo, em situações nas quais os indivíduos dormem excessivamente. O dormir excessivo pode estar permitindo ao indivíduo evitar entrar em contato com eventos relacionados à resolução dos problemas, aos pensamentos ou aos assuntos aversivos, ou ainda, à realização de algum trabalho tedioso ou extremamente desafiador (Jacobson *et al.*, 2001).

Entre as outras hipóteses levantadas para os determinantes da baixa frequência do reforçamento positivo, despontam a mudança repentina de ambiente e o custo de resposta exigido em contingências sob esquema de reforçamento em razões fixas altas, o que caracterizaria as pausas no responder entre a apresentação do reforço e o recomeço das respostas, efeito este conhecido na literatura como abulia. Mudanças repentinas de ambiente podem ser constatadas em situações em que os indivíduos mudam de cidade, de residência, onde não possuem uma rede social já formada que pudesse operar como fonte de reforçamento positivo. Já um alto custo de resposta exigido para que se obtenha o reforçamento pode ser observado em situações profissionais nas quais o indivíduo precisa necessariamente trabalhar muito para que atinja sua meta (seja ela a remuneração simples ou as conseqüências relativas ao término da tarefa). Após a finalização desta, normalmente ocorre uma demora no responder à próxima tarefa. Se o seu trabalho for constituído de grandes esforços inevitáveis, então é provável que se verifique no indivíduo a abulia mencionada.

Embora a análise funcional da depressão elaborada por Ferster tenha influenciado os conceitos de muitos pesquisadores e terapeutas, não houve o acompanhamento de pesquisas ou propostas de intervenções que validassem seus pressupostos teóricos (Kanter *et al.*, 2004).

As lacunas empíricas seriam preenchidas pelas pesquisas conduzidas por outro grande cientista do

comportamento, Peter Lewinsohn. Este autor adotou em grande parte o modelo de Ferster acrescentando achados significativos com suas pesquisas ulteriores (Blaney, 1981, Lewinsohn *et al.*, 1976).

### O modelo para a depressão de Peter Lewinsohn e as suas implicações históricas

O modelo de Lewinsohn, similarmente ao de Ferster, preconizava que os sentimentos de disforia da pessoa com depressão seriam resultado da redução na taxa de respostas contingentes ao reforçamento positivo (Lewinsohn *et al.*, 1976). Segundo o autor, existiriam três modos pelos quais as baixas taxas de respostas contingentes ao reforçamento positivo poderiam ocorrer (Lewinsohn *et al.*, 1976): 1) perda na efetividade reforçadora dos eventos que outrora serviam como reforçadores positivos; 2) mudança no ambiente do indivíduo, de modo que os antigos reforçadores não estariam mais disponíveis (aqui, novamente, nota-se uma similaridade de raciocínio com Ferster); 3) os reforçadores continuariam disponíveis no ambiente, porém o indivíduo não teria em seu repertório habilidades suficientes para conseguir acessar os reforçadores ou até mesmo não os possuiria.

Lewinsohn avançou mais ao propor um tratamento estruturado para a depressão. O tratamento teria como objetivo restaurar a taxa de respostas contingentes ao reforçamento positivo a um nível adequado. Para isso, teria de alterar a frequência, a qualidade e a quantidade das atividades e das interações sociais do indivíduo. As principais técnicas de avaliação e intervenção criadas para esse fim foram o uso de escalas para caracterização e medição dos sintomas, a observação *in loco* do padrão comportamental interpessoal na residência do indivíduo, o treinamento de habilidades sociais e o uso da agenda diária com propostas de atividades prazerosas. Talvez sua principal contribuição tenha sido, de fato, a criação da “agenda dos eventos prazerosos” (MacPhillamy e Lewinsohn, 1982). Nela, o indivíduo deveria escolher 160 opções de eventos prazerosos numa lista de 320 previamente listados. A opção pela lista foi motivada pelo fato de os depressivos normalmente apresentarem listas muito breves de atividades prazerosas quando incentivados a fazê-lo. Então, depois de efetuadas, as escolhas deveriam ser graduadas em uma escala de três pontos. Os indivíduos deveriam também relatar diariamente as atividades que foram contempladas em um *check list* no qual designariam adjetivos para o estado de humor correspondente ao período do registro (Lubin, 1965). Após a finalização de trinta dias de atividades registradas, seriam então escolhidas para exploração posterior as dez atividades com efeito significativamente correlacionado às mudanças no humor. Essas atividades seriam alvo para a promoção do reforçamento positivo e de seus efeitos “antidepressivos”.

Ao longo de sua trajetória, o autor deu ênfase também ao desenvolvimento de pesquisas sobre habilidades sociais em depressivos pensando na possibilidade da falta de repertório para a obtenção de reforçamento

social (Libet e Lewinsohn, 1973). Os estudos correntes culminariam na criação de um programa de terapia de grupo para o desenvolvimento das habilidades (Lewinsohn *et al.*, 1970). Com o uso da técnica de *role-playing*, os desempenhos eram diferencialmente reforçados pela modelagem e modelados por meio da demonstração de modelos de conduta mais efetivos.

Logo a terapia de Lewinsohn virou sinônimo de tratamento comportamental para depressão como consequência do grande número de pesquisas realizadas com os componentes da intervenção proposta (Shaw, 1977). Entretanto, alguns estudos começaram a sinalizar que somente aumentar as atividades prazerosas não seria suficiente no tratamento da depressão. Duas pesquisas foram conduzidas mostrando nenhuma mudança significativa nos comportamentos depressivos do grupo composto pelo grupo de sujeitos instruídos a utilizar a agenda dos eventos prazerosos em comparação com os grupos instruídos a se engajarem em comportamentos característicos de situações-controle (Dobson e Joffe, 1986; Hammen e Glass, 1975).

No entanto, quais seriam as variáveis que estariam contribuindo para a lacuna no programa, uma vez que em muitas outras pesquisas ele já havia sido empiricamente validado (Blaney, 1981)? Do ponto de vista analítico-comportamental, alguns autores argumentaram que seria mais interessante avaliar as consequências dos comportamentos tendo como referência o caráter ideográfico de cada sujeito do que determinar consequências ambientais arbitrariamente às expensas de uma análise contingencial mais acurada (Jacobson *et al.*, 2001).

### Ascensão da clínica cognitivo-comportamental

Na década de 1970, iniciou-se a revolução cognitiva na psicologia, e a clínica teve seu campo gradativamente dominado pelo iniciante e promissor modelo cognitivo-comportamental para tratamento da depressão de Aaron Beck (Beck, 1963; 1970; Beck *et al.*, 1961; 1979).

A terapia de Beck para depressão foi inicialmente intitulada pelo autor como terapia cognitiva para depressão, passando a conceituação e as técnicas cognitivas a ser aplicadas anos depois em outras patologias psiquiátricas (Beck, 1984). Talvez a terapia cognitiva tenha historicamente sido chamada de terapia cognitivo-comportamental pela utilização das técnicas comportamentais no início de seu tratamento para depressão. Essa discussão foge ao escopo deste ensaio e por isso, aqui, os termos “terapia cognitiva” e “terapia cognitivo-comportamental” serão usados como sinônimos.

O modelo de Beck afirmava que os indivíduos depressivos desenvolveriam esquemas cognitivos (referidos como crenças centrais) na tenra infância que os predisporiam a interpretações negativas dos eventos vivenciados cotidianamente (referidas como distorções cognitivas ou pensamentos automáticos). As interpretações negativas distorcidas, por seu turno, levariam a pessoa a se engajar em comportamentos depressivos (Beck *et al.*, 1979).

Portanto, os sintomas depressivos seriam função das interpretações distorcidas dos eventos cotidianos causadas por esquemas cognitivos disfuncionais. A eficácia da terapia cognitivo-comportamental para a depressão foi gradativamente sendo reconhecida (Jacobson e Hollon, 1996), sobretudo quando associada à medicação (Elkin, 1994), passando a ser largamente empregada nas décadas seguintes por clínicos e pesquisadores. Grande parte dos analistas do comportamento interessados na depressão começou a incluir conceituações cognitivas em seus estudos ou a distorcer os modelos analítico-comportamentais iniciais (Kanter *et al.*, 2004). Gradativamente, a análise do comportamento foi abandonando o aprimoramento conceitual da depressão, chegando a haver quase a extinção das publicações. Mesmo os periódicos mais famosos de terapia comportamental, como o *Behavior Therapy* e o *The Behavior Analyst*, tiveram frequência quase irrisória de publicações analítico-comportamentais nos anos seguintes. Uma exceção seria o artigo de Dougher e Hackbert (2003).

### Um retorno às raízes analítico-comportamentais e ao behaviorismo radical

No final da década de 1990, as atenções da comunidade científica se voltaram novamente para as raízes analítico-comportamentais em virtude da pesquisa conduzida por Jacobson *et al.* (1996) com uma amostra de 150 sujeitos diagnosticados com depressão maior moderada. Os resultados da pesquisa foram publicados na sessão *Special Feature* do *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Os autores analisaram os componentes em isolamento da terapia cognitivo-comportamental trazida no manual de Beck *et al.* (1979), dividindo a amostra randomicamente entre as situações experimentais. Para tanto, o protocolo terapêutico de Beck foi fracionado em três partes, a saber:

- 1) Ativação comportamental (BA, do inglês *behavioral activation*, componente comportamental, assim denominado pelos autores), em que era focada primeiramente a identificação de problemas cotidianos específicos com o objetivo de se proporem atividades semi-estruturadas aos sujeitos que aumentariam a probabilidade do contato com reforçadores naturais do ambiente. Para tanto, os terapeutas encorajariam os participantes a monitorarem as atividades diárias, acessando o grau de seu “domínio e prazer” em cada atividade, discutiriam com os depressivos as situações problemáticas e ainda fariam contato com os reforçadores potenciais. O termo “domínio” refere-se a um sentimento de gratificação durante o desempenho de uma tarefa específica e o termo “prazer” é o sentimento de apreciação, entretenimento ou diversão a partir de uma dada atividade. A BA trazida no livro de Beck *et al.* (1979) foi adaptada das intervenções já comentadas de Lewinsohn (Lewinsohn *et al.*, 1976), embora o primeiro autor quase não faça referência ao segundo em seu manual;

- 2) A BA e a modificação dos pensamentos disfuncionais (AT, do inglês *automatic thoughts*), em que inicialmente seria conduzida a fase BA para, a seguir, progredir para identificação e modificação dos pensamentos disfuncionais ocorridos em situações específicas relacionadas aos comportamentos depressivos. Aqui, os terapeutas utilizariam técnicas como a recordação do pensamento disfuncional, o exame de sua validade e base, o seu teste empírico e a prática de respostas mais apropriadas quando de seu aparecimento;
- 3) A terapia cognitiva propriamente dita (CT, do inglês *cognitive therapy*), que começaria com a condução do procedimento BA, seguiria para a fase AT e então evoluiria para a identificação e a modificação das crenças centrais que seriam presumivelmente assumidas como a causa dos pensamentos disfuncionais e das reações depressivas. Foram conduzidas no total vinte sessões em cada situação terapêutica.

Os resultados foram surpreendentes, não mostrando diferença estatisticamente significativa na melhora dos sujeitos expostos às três condições terapêuticas testadas. Dentro do percentual dos sujeitos que completaram o tratamento ( $n = 137$ ), 62% da amostra submetida ao BA apresentou resultados no Beck Depression Inventory (BDI), que não mais lhe qualificou como tendo depressão maior ( $BDI < 8$ ), na situação AT, 64,1% apresentavam resultados semelhantes e, na terapia cognitiva plena, 70,8%. Também nenhuma diferença significativa foi encontrada no estudo *follow-up* realizado dois anos após a conclusão das terapias (Gortner *et al.*, 1998). Esse fato questionou a conceitualização cognitiva de que a melhora real do quadro clínico seria atingida mediante a modificação das crenças centrais, o que levaria muitos a hipotetizar que as mudanças substanciais somente ocorreriam após a passagem de um significativo período de tempo que lhes permitisse tanto (Jacobson e Gortner, 2000). Dado o conjunto de evidências alcançadas com ambos os estudos, Jacobson *et al.* (2001) concluíram que não haveria necessidade de intervenções cognitivas no tratamento da depressão.

Algumas críticas não publicadas foram feitas em relação à competência do terapeuta cognitivo-comportamental (Keith Dobson) que supervisionou os terapeutas na pesquisa (Jacobson e Gortner, 2000). A despeito da fomentação óbvia de críticas com os polêmicos resultados, o fato é que o próprio Aaron Beck reconheceu, em uma carta endereçada a Neil Jacobson (11 de novembro de 1998), a qualidade da terapia cognitiva conduzida, a habilidade de Keith Dobson como supervisor e a metodologia adequada empregada nos estudos (Jacobson e Gortner, 2000).

### O aprimoramento da BA como tratamento na depressão

Após os resultados das pesquisas, Jacobson *et al.* (2001) lançaram um manual contendo uma nova proposta

de tratamento para depressão, chamada também de ativação comportamental (BA). O manual criticava o protocolo de tratamento de Lewinsohn, pontuando que somente aumentar o número das atividades prazerosas não seria suficiente, pois seria preciso antes analisar o contexto em que os comportamentos relativos às dadas atividades ocorriam. Segundo os autores, “a afirmativa de que qualquer atividade pode ser capaz de colocar o cliente em contato com o reforçamento positivo não deveria ser sacramentada até o momento em que se observassem mudanças no humor ou no comportamento do cliente” (Jacobson *et al.*, 2001, p. 37). Concluíram pontuando que “por algum motivo, os problemas na vida das pessoas resultariam de elas não mais se engajarem em comportamentos reforçados positivamente e, conseqüentemente, não exercerem controle sobre seu ambiente” (Jacobson *et al.*, 2001, p. 26).

A filosofia central da BA seria promover atividades que levariam à resolução dos problemas e, com isso, à promoção do aumento das possibilidades do contato com contingências de reforçamento positivo. Neste ponto, a nova BA diferia muito da BA componente da terapia cognitivo-comportamental de Beck *et al.* (1979). Caberia então ao terapeuta tentar mapear quais contingências estariam mantendo os comportamentos depressivos do cliente e, assim, alterá-las. A terapia de Jacobson *et al.* (2001) resgatou o caráter funcional da análise contingencial esquecida nas análises cognitivistas correntes. Na BA, não somente o terapeuta conduziria análises funcionais dos comportamentos-problema do cliente, como também este seria incentivado e ensinado a fazê-lo. Juntamente às análises funcionais, o terapeuta utilizaria ainda técnicas como acesso de progresso, registros de domínio e prazer (similarmente aos utilizados por Lewinsohn e Beck), manejo de contingências situacionais, ensaio comportamental e modelagem de estratégias de ativação, ensaio verbal das tarefas propostas etc.

O novo tratamento analítico-comportamental teria de ser testado para concretizar sua validade perante a comunidade científica. Assim, em 1999, iniciou-se um novo delineamento de pesquisa que cruzaria a BA, a terapia cognitivo-comportamental e a paroxetina (Dimidjian *et al.*, no prelo). O principal objetivo do estudo seria apresentar a BA como uma alternativa aos modelos teóricos e aplicados dominantes na depressão, representados pelos defensores das “teorias biológicas” e das “teorias do pensamento” (Jacobson e Gortner, 2000).

A pesquisa foi uma das maiores já conduzidas, contando com uma amostra de 241 sujeitos. Antes dela, foi realizado um estudo pela agência norte-americana National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP) com 250 sujeitos com depressão unipolar, cruzando terapia comportamental-cognitiva, imipramina mais manejo clínico, terapia interpessoal e pílulas placebo-controle (Jacobson e Hollon, 1996).

É interessante frisar que, em virtude das críticas informais tecidas (Jacobson e Gortner, 2000), procurou-se preencher todas as expectativas da comunidade cognitivista e dos adeptos da farmacologia. Com esse propósito em vista, empregaram-se na pesquisa terapêuticas cognitivo-comportamentais que já haviam tido treinamento direto no Center of Cognitive Therapy in Philadelphia, de Aaron Beck. Dos três terapeutas convidados, dois haviam sido treinados neste centro e o terceiro ainda continuava seus estudos. Também foram utilizadas pílulas placebo no grupo-controle com o objetivo de serem evitadas as possíveis críticas normalmente direcionadas aos estudos comparativos entre terapias e medicação (Jacobson e Hollon, 1996).

Os resultados mostraram que todos os três tratamentos apresentaram resultados por tempo de tratamento estatisticamente semelhantes no BDI e na escala de avaliação para depressão de Hamilton (HRSD) em sujeitos com depressão leve [BDI,  $F(2,60) = 0,47$ ,  $p = 0,63$  e HRSD,  $F(2,144) = 0,05$ ,  $p = 0,95$ ], mas a BA teve resultados por semana de tratamento significativamente superiores à terapia cognitiva em sujeitos com depressão moderada-para-severa [BDI,  $t(81) = 2,23$ ,  $p = 0,029$  e HRSD,  $t(188) = 2,09$ ,  $p = 0,038$ ]. Semelhantemente, os participantes submetidos à medicação tiveram melhor resultado por semana de tratamento do que os participantes tratados com terapia cognitiva [BDI,  $t(81) = 2,76$ ,  $p = 0,007$  e HRSD,  $t(188) = 2,31$ ,  $p = 0,022$ ]. Não houve diferenças nas taxas de melhora entre os participantes tratados com a BA e a paroxetina [ $t(81) = 0,245$ ,  $p = 0,80$  e HRSD,  $t(188) = 0,04$ ,  $p = 0,97$ ]. Conjuntamente, em adição a esses dados, foi encontrada uma grande taxa de recaída nos sujeitos submetidos à situação “medicação” quando da sua descontinuidade (Dimidjian *et al.*, no prelo).

Ainda que os resultados obtidos não assegurem que as mudanças na cognição não sejam o real mediador na remissão dos sintomas, eles apresentam forte evidência de que os métodos comportamentais são adequados e suficientes no tratamento da depressão maior. Contudo, ressalta-se a importância das pesquisas ulteriores no mapeamento dos reais mecanismos de ação da terapia citada, pois, conforme pontuaram Jacobson *et al.* (2001), os resultados na melhora dos depressivos pode ser tanto função da mudança direta na cognição, de acordo com o modelo Beck *et al.* (1979), como função

das mudanças contingenciais que, por sua vez, propiciariam as mudanças de pensamento.

Os autores resgataram o modelo de Ferster restituindo a importância das contingências de fuga e esquiva observadas nos comportamentos de ruminação, esquiva social, autocrítica, reclamação e autoculpabilização observados nos depressivos. A BA pontua que esses comportamentos seriam reforçados negativamente, o que impediria que comportamentos reforçados positivamente fossem emitidos. Seria, portanto, primordial no tratamento da depressão o enfrentamento das situações aversivas para a resolução dos problemas.

O enfrentamento somado ao caráter funcional contextual da metodologia adotada pôs a BA ao lado das novas terapias analítico-comportamentais, como a terapia de aceitação e compromisso, de Hayes *et al.* (1999), e a psicoterapia analítica funcional, de Kohlenberg e Tsai (2004).

## Conclusão

Jacobson refere-se ao contextualismo como a “terceira onda” na psicologia clínica (Jacobson *et al.*, 2001). Inicialmente, no fim da década de 1950 e no começo da de 1960, o cenário foi dominado pela terapia comportamental, impulsionada sobretudo pelo trabalho de Wolpe (1961). A seguir, no fim da década de 1960 e no início da de 1970, o movimento cognitivo-comportamental tomou força total em meio à revolução cognitiva, impulsionado pela terapia cognitiva para depressão de Beck *et al.* (1979). O início da década de 1990 assistiu ao retorno dos esforços analítico-comportamentais à cena científica clínica, principalmente com os trabalhos de Hayes *et al.* (1999) e de Kohlenberg e Tsai (2004).

O sucesso do projeto de Beck para o fenômeno da depressão foi o gatilho para o início da revolução cognitiva nas terapias. O interessante é que esse mesmo fenômeno está promovendo a restituição da importância da análise do comportamento e do behaviorismo radical na psicologia clínica ao questionar o modelo cognitivista de Beck em seus alicerces mais sólidos. A BA, por ser empiricamente validada e filosoficamente congruente, mostra-se como uma alternativa viável aos tratamentos cognitivo-comportamentais e farmacoterápicos hoje vigentes no tratamento da depressão.

## Referências bibliográficas

- BLANEY, P.H. - The effectiveness of cognitive and behavioral therapies, In: Rehm, L.P. (ed.) *Behavior therapy for depression: present status and future directions*. Academic Press, New York, pp. 1-32, 1981.
- BECK, A.T. - Thinking and depression: idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry* 9: 324-333, 1963.
- BECK, A.T. - Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy. *Behav Ther* 1: 184-200, 1970.
- BECK, A.T. - Cognition and therapy. *Arch Gen Psychiatry* 41: 1112-1114, 1984.
- BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMORY, G. - *Cognitive therapy of depression*. Guilford, New York, 1979.
- BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAGH, J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-571, 1961.
- DIMIDJIAN, S.; HOLLON, S.D.; DOBSON, K.S.; SCHMALING, K.B.; KOHLENBERG, R.J.; ADDIS, M. *et al.* - *Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy,*

- and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. No prelo.
- DOBSON, K.S.; JOFFE, R. - The role of activity level and cognition in depressed mood in a university sample. *J Clin Psychol* 42 (2): 264-271, 1986.
- DOUGHER, M.J. - Introduction. *Behav Anal* 16: 269-270, 1993.
- DOUGHER, M.J. - Introduction. *Behav Anal* 17: 287-288, 1994.
- DOUGHER, M.J. - *Clinical behavior analysis*. Context Press, Reno, 2000.
- DOUGHER, M.J.; HACKBERT J.A. - Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Rev Bras Ter Comp e Cogn* 5 (2): 167-184, 2003.
- ELKIN, I. - The NINH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are, In: Garfield, S.; Bergin, A. (eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, pp. 114-139, 1994.
- FERSTER, C.B. - Transition from animal laboratory to clinic. *Psychol Rec* 145-150, 1967.
- FERSTER, C.B. - A functional analysis of depression. *Am Psychol* 28: 857-870, 1973.
- FERSTER, C.B.; CULBERTSON, S.; BOREN, M.C.P. - *Princípios do comportamento*. 2.ed. HUCITEC, São Paulo, 1979.
- FERSTER, C.B.; SKINNER, B.F. - *Schedules of reinforcement*. Copley Publishing Group, Acton, 1997.
- GORTNER, E.T.; GOLLAN, J.K.; DOBSON, K.S.; JACOBSON, N.S. - Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *J Cons Clin Psychol* 66 (2): 377-384, 1998.
- HAMMEN, C.L.; GLASS, D.R. - Depression, activity, and evaluation of reinforcement. *J Abnorm Psychol* 54 (6): 718-721, 1975.
- HAYES, S.C. - A contextual approach to therapeutic change, In: Jacobson, N.S. (ed.) *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives*. Guilford Press, New York, pp. 327-387, 1987.
- HAYES, S.C.; HAYES L.J.; REESE, H.W. - Finding the philosophical core: a review of Stephen C. Pepper's world hypotheses. *J Exp Anal Behav* 50: 97-111, 1998.
- HAYES, S.C.; STROSAHL, K.D.; WILSON, K.G. - *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. Guilford, New York, 1999.
- JACOBSON, N.S. - Can contextualism help? *Behav Ther* 28 (3): 435-443, 1997.
- JACOBSON, N.S.; DOBSON, K.; TRUAX, P.A.; ADDIS, M.E.; KOERNER, K.; GOLLAN, J.K. et al. - A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Cons Clin Psychol* 64 (2): 295-304, 1996.
- JACOBSON, N.S.; GORTNER, E. - Can depression be de-medicalized in the 21st century: Scientific revolutions, counter-revolutions and magnetic field of normal science. *Behav Res Ther* 38: 103-117, 2000.
- JACOBSON, N.S.; HOLLON, S.D. - Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy: now that the jury's returned its verdict, it's time to present the rest of evidence. *J Cons Clin Psychol* 64: 74-80, 1996.
- JACOBSON, N.S.; MARTELL, C.R.; ADDIS, M.E. - *Depression in context: strategies for guided action*. W. W. Norton, New York, 2001.
- KANTER, J.W.; CALLAGHAN, G.M.; LANDES, S.J.; BUSH, A.M.; BROWN, K.R. - Behavior analytic conceptualization and the treatment of depression: traditional models and recent advances. *Behav Anal Tod* 5 (3): 255-274, 2004.
- KOHLBERG, R.J.; TSAI, M. - Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy. *Behav Anal* 17: 305-319, 1994.
- KOHLBERG, R.J.; TSAI, M. - *Psicoterapia analítica funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. ESEtec, Santo André, 2004.
- KOHLBERG, R.J.; KANTER, J.W.; BOLLING, M.; PARKER, C.R.; TSAI, M. - Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: treatment guidelines and empirical findings. *Cogn Behav Pract* 9: 213-229, 2002.
- LAZARUS, A.A. - Learning theory and the treatment of depression. *Behav Res Ther* 6: 83-89, 1968.
- LEWINSOHN, P.M.; BIGLAN, A.; ZEISS, A.S. - Behavioral treatment of depression, In: Davidson, P.O. (ed.) *The behavioral management of anxiety, depression and pain*. Brunner/Mazel, New York, pp. 91-146, 1976.
- LEWINSOHN, P.M.; LIBET J. - Pleasant events, activity schedules and depression. *J Abnorm Psychol* 79: 291-295, 1972.
- LEWINSOHN, P.M.; WEINSTEIN, M.S.; ALPER, T. - A behavioral approach to the group treatment of depressed persons: a methodological contribution. *J Clin Psychol* 26 (4): 525-532, 1970.
- LEWINSOHN, P.M.; WEINSTEIN, M.S.; SHAW, D.A. - Depression: a clinical research approach. In: Rubin, R.D.; Franks, C.M. (eds) *Advances in behavior therapy*. Academic, New York, pp. 231-240, 1969.
- LIBET, J.M.; LEWINSOHN, P.M. - Concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *J Cons Clin Psychol* 40 (2): 304-312, 1973.
- LUBIN, B. - Adjective checklists for the measurement of depression. *Arch Gen Psychiatry* 12: 57-62, 1965.
- MACPHILLAMY, D.J.; LEWINSOHN, P.M. - The pleasant events schedules: studies in reliability, validity, and scale intercorrelation. *J Cons Clin Psychol* 50: 363-380, 1982.
- SELIGMAN, M.E.P.; MAIER, S.F. Failure to escape traumatic shock. *J Exp Psychol* 74: 1-9, 1967.
- SELIGMAN, M.E.P.; MAIER, S.F.; GEER, J.M. - Alleviation on learned helplessness in the dog. *J Abnorm Psychol* 73: 256-262, 1968.
- SHAW, B.F. - Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *J Cons Clin Psychol* 45 (4): 543-551, 1977.
- SKINNER, B.F. - *Science and human behavior*. Free Press/Collier Macmillan, New York, London, 1965.
- SKINNER, B.F. - *About behaviorism*. Vintage Books, New York, 1976.
- WOLPE, J. - *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press, Stanford, 1961.
- ZETTLE, R.D.; HAYES, S.C. - Dysfunctional control by client verbal behavior. The context of reason-giving. *Anal Verb Behav* 4: 30-38, 1986.
- ZETTLE, R.D.; RAINS, J.C. - Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *J Clin Psychol* 45 (3): 436-445, 1989.