

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARISTÓTELES. Ética a Nicômaco. São Paulo, Abril Cultural, 1984. (Os Pensadores).

_____. Metafísica. São Paulo, Abril Cultural, 1984 (Os Pensadores).

_____. Tratado de Política. s.l. Publicações Europa-América, 1977. (Coleção Livros de Bolso Europa-América, 158).

HABERMAS, Jürgen. Conhecimento e Interesse. In: Textos escolhidos. 2. ed. São Paulo, Abril Cultural, 1980. (Os Pensadores).

HARTMANN, Nicolai. Metafísica del conocimiento. Buenos Aires, Losada, 1957.

HORKHEIMER, Max. Teoria tradicional e teoria crítica. In: Textos escolhidos. 2. ed. São Paulo, Abril Cultural, 1980. (Os Pensadores).

MARCUSE, Herbert. Sobre o caráter afirmativo da cultura. In: Cultura e Sociedade. Lisboa, Ed. Proença, 1970. (Coleção Perspectivas, 25).

RICŒUR, Paul. Interpretação e ideologias. Rio de Janeiro, F. Alves, 1977.

Considerações sobre a Depressão

Terezinha de Jesus Damasceno FERREIRA
Psicóloga e Pedagoga, professora assistente IV atuando junto ao Departamento de Psicologia Clínica da UPPA.

1 DEPRESSÃO

Há autores que dizem ser a depressão o "resfriado" da Psicopatologia. A depressão, geralmente, é um estado de tristeza, cansaço por qualquer coisa, perda de senso de humor. Pode até atingir a habilidade motora. E há casos em que apresenta distúrbios psicossomáticos.

Para algumas pessoas, esse estado é rápido. Para outros é bastante prolongado, até duradouro. Para a maioria, no entanto, é raro e de curta duração. Cada um de nós, em algum momento de nossas vidas, já apresentou os sintomas de depressão. Falam alguns estudiosos que ao menos 12% da população adulta teve ou terá um episódio de depressão suficientemente grave para justificar um tratamento (BECK, 1982, p. 15). Há pessoas em que esse estado de ânimo é periódico, difuso e pode chegar até a ser de intensidade letal. A pessoa deprimida apresenta um forte sentimento de autodepreciação, sente-se inútil e culpada por suas deficiências, acredita que nada pode fazer para melhorar o seu estado. Podem ocorrer crises de choro, perda de peso, insônia, inapetência, falta de excitação sexual. Às vezes aparecem idéias de suicídio que podem até se concretizar. A depressão grave traz grande sofrimento.

2 TIPOS DE DEPRESSÃO

Há dois tipos importantes de depressão: endógenas

e reativas.

2.1 DEPRESSÕES ENDÓGENAS

As depressões endógenas constituem resposta a algum processo interno ou endógeno, desconhecido. São, geralmente, cíclicas. Podem ser bipolares ou unipolares. As bi-polares são também chamadas de manias depressivas. A pessoa passa de um estado de depressão para um estado de mania. Antigamente se pensava que toda mania levava à depressão e vice-versa. Hoje sabe-se não ser bem assim. Poderá haver depressão sem haver mania e vice-versa. A depressão endógena unipolar consiste em uma alternância regular entre desânimo profundo e neutralidade, sem ocorrência de mania.

Esses tipos de depressão respondem, com frequência, ao tratamento com drogas anti-depressivas e a choques eletro-convulsivantes. Podem ser de natureza hormonal e podem ser por predisposição genética. Geralmente são mais graves que as depressões reativas. Entretanto, há dificuldade em serem diagnosticadas, pois tanto as endógenas quanto as reativas possuem muito em comum.

2.2 DEPRESSÕES REATIVAS

As depressões reativas não apresentam ciclos regulares, não respondem às terapias físicas, são mais leves que as endógenas e não são causadas nem por predisposições físicas nem por problemas endógenos. As depressões reativas são as mais comuns. 75% das depressões encontradas nos Estados Unidos são classificadas como reativas, ou seja, são reações a algum acontecimento externo (SECUNDA, 1974). São depressões aprendidas. E, segundo SELIGMAN (1977, p. 9) é o desamparo adquirido que leva à depressão.

Esse tipo de depressão já foi estudado e confirmado experimentalmente em laboratório, desde Pavlov em 1928. Esse estudo foi confirmado também com pessoas.

SELIGMAN, (1977, p. 5-6) relata o caso de uma

senhora de meia idade que o procura para psicoterapia. "Cada dia é uma luta", diz ela, "pois mal consigo ficar de pé". Chora muito, não consegue sair de casa e de noite ainda está com o pijama da noite anterior, a comida por fazer. Mesmo quando bem disposta, é assaltada por idéias de fracasso e autodepreciação. Fazer compras ou vestir-se lhe parecem tarefas acima de suas forças. Quando lhe disse que era uma mulher atraente, que saísse e comprasse um vestido novo, ela respondeu: "isso está acima de minhas forças. Teria que cruzar a cidade inteira de ônibus e certamente iria me perder. Mesmo que chegasse até à loja, dificilmente encontraria um vestido que desse em mim. Aliás, de que me serviria, se sou tão feia e desajeitada?"

Ela fala e anda lentamente, relata SELIGMAN, com expressão sempre triste. Até o semestre passado era uma pessoa viva, ativa, presidente da Associação de Pais e Mestres do bairro, esplêndida anfitriã, boa jogadora de tênis, poetisa nas horas vagas. Então seus filhos gêmeos saíram de casa para cursar a faculdade, o marido foi promovido na firma a uma tarefa de maior responsabilidade, que lhe exigia sair de casa bastante tempo. Agora, ela passa horas matutando se vale a pena viver, e chegou a pensar em tomar um vidro inteiro de pílulas antidepressivas de uma só vez.

SELIGMAN (1977, p. 12) comprovou através de experimentos com animais e com humanos, ser a depressão resultado de desamparo. Segundo ele, o desamparo é um estado psicológico que sucede, frequentemente, como resultado de eventos incontroláveis. O evento é incontrolável quando nada podemos fazer a seu respeito. Por exemplo: você acorda com sua filha chorando. Ela está com febre alta e a perna inchada. Notam-se vergões vermelhos em volta da ferida. Você a conduz a toda a pressa ao pronto socorro de um hospital. Fica esperando durante três horas, enquanto enfermeiras, atendentes e médicos passam por você ignorando-a inteiramente. Sua filha continua a chorar e a suar. Frustrada,

o senhor agarra um residente que passa a começar a lhe contar o problema. Ele não a escuta e sai, pedindo-lhe que seja paciente. Você vai à portaria. Acontece que os formulários que você havia preenchido se extraviaram e você precisa preencher outros. Finalmente, às sete horas, sua filha é atendida por um médico. O médico lhe diz que aplicou uma injeção e sem mais explicações, sai para atender outro cliente. Dentro de horas sua filha está recuperada. Nesta cena, a maioria de suas ações não teve qualquer utilidade ou serventia. O pessoal do hospital não ouviu sua queixa, perdeu seus formulários, ignorou seu pedido de explicações. Sua filha se recuperou sem que você tivesse influência sobre isso. O curso de eventos foi incontornável. O resultado final foi independente de cada uma de suas respostas voluntárias.

Na Teoria da Aprendizagem Social, teoria em que se baseia parte da Terapia Comportamental, houve primeiro estudos colocando que a aprendizagem somente ocorreria quando uma resposta fosse seguida imediatamente por recompensa ou por punição. Posteriormente, outros estudos comprovaram que poderia ocorrer aprendizagem quando você emite uma resposta e nada acontece como consequência (extinção). Por exemplo: você aperta o botão do elevador e ele não vem, pois está com defeito. SKINNER, (1938) na década de 30, estudou o reforço parcial ou intermitente. Exemplo: você apertou o botão do elevador e ele pode variar no tempo de corrido até chegar. Ou ainda, é possível que haja ocorrência de consequências, mesmo quando não houve respostas. Você vai tomar o elevador e ele se encontra no andar, sem precisar você apertar o botão para chamá-lo.

Mas há respostas que não controlam as consequências. Recordar-se o exemplo da mulher com a filha no hospital. O rato pode emitir muitas respostas dentro de uma gaiola e acabar levando um choque: É aí que ocorre o desamparo. Uma pessoa ou um animal estão desamparados em relação a uma consequência, quando esta

ocorre independente de qualquer de suas respostas voluntárias. Isso foi comprovado experimentalmente por SELIGMAN (1977, p. 19-20). Logo é possível haver aprendizagem em situações em que as consequências estão fora do controle dos organismos. Muitos tipos de perturbações comportamentais, cognitivas e emocionais são consequências da incontornabilidade da resposta. SELIGMAN, (1977, p. 21) descreve experiências com cães, ratos e homens que se tornaram passivos diante de traumas, sendo incapazes de resolver problemas de discriminação, apresentando, às vezes, úlceras estomacais, dificuldades de coordenar movimentos, etc. Demongrou ainda que alunos de faculdade tornaram-se menos competitivos após terem sido confrontados com situações de incontornabilidade (SELIGMAN & MAYER, 1967, p. 1 - 9). Experimentos de laboratório demonstram que quando um organismo sofre experiências de um trauma que não pode controlar, sua motivação para responder quando diante de traumas posteriores, fica enfraquecida. Quando o homem se defronta com eventos nocivos sobre os quais não tem controle, acontece com o homem o que acontece com cães, gatos, ratos, etc. Sua motivação para responder sofre drástica redução (p. 24). HURD (1974, p. 187 - 93) replicou o experimento dos cães com universitários, verificando que grupos de pessoas que já passaram por situações de incontornabilidade, submetidos a ruído intenso e desagradável, mas que poderia ser desligado com um simples movimento de mãos, ocorreu que a maioria dos sujeitos simplesmente se submetia ao ruído intenso e desagradável, sem apresentar qualquer tipo de resposta que buscase evitar o som desagradável.

O desamparo é um desastre para os organismos que não capazes de aprender que são desamparados.

Três tipos de distúrbios são causados pela incontornabilidade, no laboratório:

- a) a motivação para responder é corroída;
- b) a capacidade para perceber o sucesso é minada;
- c) a emocionalidade é aumentada.

Esses efeitos se mantêm em várias espécies e em grande variedade de circunstâncias. São proeminentes no *Homo Sapiens* (SELIGMAN, 1977, p. 29).

A Teoria do desamparo foi confirmada por SELIGMAN, (1977, p. 31 - 43), explicando as três facetas do distúrbio, ou seja, a perturbação da motivação, da cognição e da emoção. Toda teoria deve ser verificável, e esses aspectos foram verificados, em vários experimentos com animais e com sujeitos humanos.

Ela deve e pode ser aplicada fora do laboratório.

A pessoa, ao responder, poderá ter êxito. Quando a situação for traumática e não ocorrer êxito, isso poderá levar à depressão. Homens e animais aprendem a relação entre respostas e consequência. Mas aprendem igualmente a independência que pode existir entre respostas e consequência e com isso, criam expectativas. A expectativa é a condição causal da insuficiência motivacional cognitiva e emocional que acompanha o desamparo. Tanto a controlabilidade real como a incontrolabilidade real podem produzir expectativas. O determinante crítico do desamparo é a expectativa (SELIGMAN, 1977, p. 47).

2.2.2 Distúrbio Motivacional

O incentivo para iniciar respostas voluntárias em situações traumáticas, tem uma origem primária: a expectativa de que o responder produzirá alívio (SELIGMAN & MAYER, 1967, p. 1 - 9). Na ausência desse incentivo, as respostas voluntárias terão sua probabilidade diminuída. Mas quando o animal ou o homem percebem que o alívio é independente de sua resposta, a expectativa de que o ato de responder produzirá alívio, é abolida. E a consequência será o declínio da iniciativa para responder. Há muita discussão em cima dessa posição. Os teóricos da Aprendizagem Social perguntam qual o motivo que faz com que um organismo que acredita que a consequência é independente de sua

resposta, deveria parar de responder? Por que os organismos efetuam respostas voluntárias? Aristóteles achava ser o natural dos corpos o repouso, sendo necessário um agente externo para que se movessem, enquanto Galileu achava que o natural é o responder. Em relação aos organismos, na concepção de Galileu, o estado natural dos animais é o responder voluntário. Não existe o estado do não responder. Um animal passivo estará assim, por que optou por não responder. Logo, um animal que tenha um referencial de que o responder é inútil, se torna passivo. Ser passivo é mais reforçador. Do ponto de vista Aristotélico, o responder voluntário requer incentivo e, na ausência do incentivo não existe resposta voluntária. Daí, ou os animais estão empenhados em responder ou então preferem nada fazer. Para que as respostas ocorram, é necessário que haja um incentivo de que o responder pode dar certo. SELIGMAN (1977, p. 48) adota o ponto de vista aristotélico e acha que nos seus experimentos 60% dos animais não responderam "mesmo em situações em que o choque era evitável", porque achavam não poder ter controle sobre o choque, devido a experiências anteriores (p. 49).

2.2.2 Distúrbios Cognitivos

Quando se aprende que uma consequência é independente de uma resposta, fica mais difícil, posteriormente, aprender que certas respostas produzem aquelas consequências. Exemplo: um cão que, apesar de suas respostas, levava choques, quando, posteriormente, era colocado na gaiola alternativa onde bastava pular uma barreira para evitar o choque, ele não conseguiu discriminar isso. Esse cão passou a sofrer os choques totalmente passivo. Ao passo que um outro cão, ingenuo, ao pular a barreira e como o choque foi desligado, passou a emitir frequentemente essa resposta de saltar. SELIGMAN, 1977, p. 49).

A deficiência cognitiva é um fator que implica

em desamparo. A dificuldade em perceber que o responder traz efeito eficaz, isso interfere no posterior aprendizado de dependência.

2.2.3 Distúrbios Emocionais

Da primeira vez que ocorre, um evento traumático causa um estado de emocionalidade que pode, sem muito rigor, ser chamado de medo. Esse estado persiste até que aconteça uma entre duas coisas: se o sujeito aprende que é capaz de controlar o trauma, o medo é reduzido, podendo até desaparecer. Ou, se o sujeito aprende que não é capaz de controlar o trauma, o medo acaba e é substituído pela depressão. (HIKOTO, 1974, p. 187 - 93).

Não existe um só sintoma comum a todos os depressivos, uma vez que a depressão é um rótulo, um diagnóstico prático que abrange um conjunto de sintomas. Ex: os depressivos se dizem tristes, mas nem todos os depressivos apresentam tristeza. Podem apresentar retardo verbal ou motor, mas o retardo motor pode também não ser necessário. Há depressivos que são agitados. Muitos choram e emagrecem. Outros apresentam sintomas psicossomáticos.

3 SINTOMAS DE DEPRESSÃO E DESAMPARO ADQUIRIDO

Em resumo podem ser:

Dificuldade na iniciação de respostas voluntárias. Tanto animais como homens que passaram por situações de incontrollabilidade, exibem uma redução na iniciação de respostas voluntárias. Geralmente suas atividades são reduzidas. Ex: - X, isolado e retraído, prefere ficar sozinho a maior parte do tempo, e ficar na cama.

Tendência cognitiva negativa - Animais e homens desamparados têm dificuldades em aprender que respostas produzem consequências.

Curso temporal - o desamparo pode se dissipar

com o tempo.

Redução da agressividade - iniciam respostas agressivas e competitivas em menor escala e seu status de dominância pode cair.

Perda de apetite - animais e homens desamparados, geralmente comem menos, perdem peso, são deficientes do ponto de vista social e sexual.

Alterações fisiológicas - foi comprovado que animais apresentam depressão da noradrenalina e hiperatividade colinérgica (SELIGMAN, 1977, p. 77).

3.1 INATIVIDADE DA VONTADE

A inatividade da vontade é um aspecto marcante da depressão grave. Em casos graves, nota-se muitas vezes, uma completa paralisação da vontade. A pessoa não tem vontade de fazer nada, nem mesmo coisas que são essenciais à sobrevivência (BECK, 1982, p. 28).

Os depressivos geralmente são mais lentos do que as pessoas normais quando submetidos a tarefas psicomotoras com tempo de reação. Somente esquizofrênicos crônicos são tão lentos quanto os depressivos.

A deficiência no iniciar respostas pode ser igualmente responsável pelas chamadas deficiências intelectuais dos depressivos. Já foi comprovado que o QI de pessoas em crises de depressão apresenta-se mais baixo e sua capacidade de memorizar definições de palavras novas declina. A crença no próprio desamparo pode produzir aparente deficiência intelectual em depressivos, através da redução da motivação. Isso ocorre com os negros americanos que sempre se acreditam mais desamparados que os brancos. Em testes de QI, houve uma diferença de 15 pontos acima, no QI de brancos, em relação ao QI de negros. (PAYNE, 1961, p.193-261).

O baixo nível de iniciação de respostas observado na depressão, se manifesta em deficiências no trato social. FOMANN & FRIESEN (1974) filmaram pacientes depressivos, verificando gestos adaptativos e gestos

ilustrativos. Comprovaram que logo que o paciente chega ao hospital, seus gestos predominantes são os adaptativos (miúdos, semelhantes a tiques). Quando melhoram, sua motivação volta e os pacientes passam a apresentar mais gestos ilustrativos, amplos e conscientes. Quando alguém cumprimenta um depressivo, ele demora a responder e levará mais tempo ainda para dizer: "E você, como vai?" A dificuldade na iniciação de respostas voluntárias que define o desamparo adquirido está universalmente presente na depressão. Esta dificuldade gera passividade, retardo psico-motor, lentidão intelectual e apatia social. E, na depressão extrema, pode levar ao estupor. (LEWINSOHN, 1974)

3.2 TENDÊNCIA COGNITIVA NEGATIVA

Ex: a paciente que se acha incapaz de comprar um vestido novo.

As pessoas deprimidas são muito mais ineficazes do que realmente parecem ser. BECK (1973, p. 24 - 25) considera essa tendência cognitiva negativa como um indicador universal de depressão. Um terapia testada por SELIGMAN (1977, p. 80) para curar depressão foi a chamada terapia de tarefas progressivas. A instrução é: tenho aqui algumas tarefas que gostaria que você fizesse. Ex: um homem de meia idade que ficou chorando quando se disse a ele que tinha uma tarefa a cumprir. Os sujeitos não deprimidos acreditam que suas respostas são importantes na execução de tarefas de habilidades e os sujeitos seprimidos não acreditam nisso.. MILLER & SELIGMAN (1973, p. 62 - 73) comprovaram, através de experimentos, que a depressão produz as mesmas deficiências que o desamparo adquirido em laboratório. Confirmaram a tendência cognitiva negativa, afirmando que a depressão não é só um pessimismo generalizado mas é antes, um pessimismo dirigido especificamente para os efeitos das próprias ações.

3.3 CURSO TEMPORAL

A morte de pessoas queridas pode levar indivíduos à depressão. Mas geralmente o tempo acaba por curar tais situações. Quando há catástrofes, o desempenho das pessoas costuma ser bom na hora da catástrofe. Logo depois entram em depressão e, posteriormente, voltam ao normal. Nas depressões endógenas, o humor passa por ciclos regulares (WALLACE, 1956). Nas depressões reativas, o humor é autodelimítante e é importante do ponto de vista terapêutico que o paciente saiba que seu desânimo desaparecerá se esperar o tempo bastante.

No caso de indivíduos depressivos que tentam o suicídio, quando este é controlado no instante, pode suceder que o indivíduo, passada a crise, não tente novamente o suicídio. Ou seja, o gesto está em correlação com o instante em que ocorre. O suicídio geralmente tem suas raízes na depressão e a depressão para com o tempo. (SELIGMAN, 1977, p. 83).

3.4 FALTA DE AGRESSIVIDADE

Pessoas deprimidas são destituídas de agressividade contra outras pessoas. Freud fez disso a base de sua teoria sobre a depressão. Na visão de Freud. (1925, p. 243 - 58) o depressivo, ao perder o objeto do amor, fica furioso e essa hostilidade introjetada provoca a depressão. Para os teóricos da Aprendizagem Social, a falta de agressividade é a crença que as pessoas têm no desamparo, crença essa que causa a depressão.

Foi comprovado em laboratório que as pessoas deprimidas são menos competitivas. (SELIGMAN, 1977, p. 84). Ex: estudantes universitários quando já tiveram contato com problemas insolúveis, são menos competitivos. Foi realizado um experimento com estudantes deprimidos, e com outro grupo de pessoas não deprimi-

das. O resultado foi que as pessoas deprimidas foram menos competitivas. Isso comprova que tanto o desamparo natural quanto o induzido por incontabilidade, reduzem a competição à passividade. Ex: filhotes de macaco colocados em uma toca escura, e a quem era passada a comida, tiveram como resultado deficiência na sua sociabilidade, na agressividade e retardo na iniciação de respostas. (MILLER, 1975, p. 347-57)

3.5 PERDA DA LIBIDO E DO APETITE

Foi comprovado experimentalmente que as pessoas gravemente deprimidas em geral comem pouco, geralmente emagrecem e pouco se interessam por sexo.

Pode ocorrer ainda que haja impotência sexual, como consequência da depressão que se instala. Esses sintomas correspondem às deficiências de apetite e às carências sexuais e sociais observadas em animais desamparados. (SELIGMAN, 1977, p. 85)

3.6 DEPLEÇÃO NORADRENÉRGICA E ATIVIDADE COLINÉRGICA

A hipótese mais importante sobre a origem fisiológica da depressão é denominada hipótese das catecolaminas (SCHILDKRANT, 1965 p. 509). Segundo essa hipótese, os níveis de noradrenalina se acham rebaixados em locais específicos do sistema nervoso central de depressivos. A confirmação é indireta: dois tipos de drogas antidepressivas, os inibidores da monoamino-oxidase (MAO) e os compostos tricíclicos, têm em comum a propriedade de manter os níveis de noradrenalina disponíveis no cérebro. (COLE, 1964 p. 448 - 55). Outra droga, a reserpina, ocasionalmente causa depressão e também completa a noradrenalina, entre outros efeitos. A droga AMPT, depletor bastante específico de noradrenalina, produz isolamento social e outros comportamentos de tipo depressivo em macacos e, no rato, prejudica a resposta de fuga ao choque. Outro caso é quando se administra a fisostigmina, uma

droga que ativa o sistema colinérgico, surgem os sintomas de depressão em poucos minutos. Se essas pessoas receberam injeções de atropina, os sintomas desaparecem rapidamente e os sujeitos voltam ao normal. Isto pode corresponder à descoberta de que atropina injetada na área septal de gatos, cura o desamparo adquirido. (SELIGMAN, 1974, p. 85 - 6)

4 ETIOLOGIA DA DEPRESSÃO E DO DESAMPARO ADQUIRIDO

O desamparo adquirido origina-se da aprendizagem de que responder é independente do reforço. O modelo sugere que a causa da depressão reativa é a crença de que toda ação é inútil. (SELIGMAN, p. 87). Que eventos desencadeiam depressão reativa? Insucesso no trabalho e na escola, morte de um ente querido, rejeição ou separação de amigos, doenças, dificuldades financeiras, confronto com problemas insolúveis, envelhecimento. (WEISS, 1968, p. 251 - 60)

O depressivo acredita ou aprendeu que não tem controle sobre os elementos de sua vida que poderiam aliviar seu sofrimento, trazer satisfações ou prover sustento. Ele se crê desamparado. (SELIGMAN, 1977, p. 87)

A depressão endógena, embora não seja desencadeada por um evento que explicitamente provoque desamparo, pode também envolver a crença no desamparo.

Ninguém se sente deprimido sem pensamentos deprimidos. Ninguém tem pensamentos deprimidos sem se sentir deprimido. As cognições de desamparo são a causa central da depressão. Muitos teóricos vêem as coisas assim. Entre eles BIBRING (1953, p. 13-48) MELGES & BOWLBY (1969, p. 690) vêem também causas semelhantes. Os teóricos behavioristas como FERSTER (1966, p. 345) e KAUFMAN & ROSENBLAUM (1967, p. 1030) e LEWIN-SOHN (1974) acreditam que a depressão seja causada pela perda de reforçadores ou extinção do responder. Mas, a depressão pode instalar-se mesmo em situações em que ocorre o reforço, desde que o reforço ocorra

independentemente da resposta. (LIBERMAN, 1972, p. 515-23) A Teoria do Desamparo de SELIGMAN (1977, p. 89 - 90) discute que a causa da depressão não é a perda de reforçadores, mas a perda do controle sobre os reforçadores. Daí existir a depressão após o sucesso. Nos Estados Unidos, alguns jovens de famílias ricas, que nunca tiveram experiências de trabalho árduo, entraram em depressão. Ao serem indagados sobre o que lhes teria provocado a depressão, eles relataram estarem preocupados com a injustiça social, com a guerra do Vietnã, etc. (p. 91) Será essa a verdadeira causa de sua depressão? A recompensa de trabalho árduo seguida da presença de reforçadores, foi sempre muito pequena para eles. De onde se tira a sensação de poder, de valor, de autoestima? Não é do que se possui, mas sim de uma longa experiência em que se observa as próprias ações modificarem o mundo. A depressão não deve ser causada apenas por traumas, mas sim também por eventos positivos, não contingentes. (p. 91) Há pessoas que ficam deprimidas logo ao chegarem ao ápice da glória ou da fama, como é o caso de inúmeros artistas do cinema ou candidatos eleitos após árdua disputa. O que produz a autoestima e a sensação de competência que protege contra as depressões não é apenas a qualidade absoluta da experiência, mas a percepção de que foram as próprias ações que controlaram as experiências. Na proporção em que ocorrem eventos incontroláveis, traumáticos ou positivos, haverá predisposição para a depressão e a força do ego sofrerá desgastes. (p. 92)

5 CURA DE DEPRESSÃO

Embora tenha havido grande avanço na quimioterapia da depressão, não há prova de que a incidência da depressão tenha diminuído. E as estatísticas demonstram que o número de suicídios tem aumentado nestes últimos anos. Por outro lado, o desamparo também cessa com o tempo.

A depressão responde por 75% de todas as hospitalizações psiquiátricas nos Estados Unidos segundo SECUNDA (1974). Geralmente, 15% das pessoas de 18 a 75 anos podem sofrer de sintomas depressivos (BECK, 1982, p.15). A psicoterapia para a depressão é bastante indicada em vários graus e formas (BECK, 1982, p. 16). Drogas antidepressivas têm a vantagem de serem menos dispendiosas que a psicoterapia. Porém, apresentam inúmeras desvantagens. Nem todos os pacientes deprimidos respondem a tais medicações (BECK, 1982, p. 16). Já foi comprovado por pesquisas que apenas 65% se beneficiam com esses tratamentos (BECK, 1973). Muitos dos doentes que respondem à quimioterapia, rejeitam os remédios, por isso não os tomam. Os efeitos colaterais podem atrapalhar muito o tratamento. Em geral, os pacientes tratados por drogas esperam tudo dos remédios e não desenvolvem mecanismos para enfrentar a sua depressão (SHAPIRO, 1978). A droga não imuniza o doente para futuras crises depressivas nem para futuras ameaças de suicídio (BECK, 1982, p.17). Mas há casos de depressão que devem ser acompanhados por uma psicoterapia ao mesmo tempo em que devem ser prescritos remédios. Ex: depressivos por causas hormonais, depressivos com grandes riscos de suicídio.

A psicoterapia, sem dúvida, é bem mais benéfica, visto que o cliente pode aprender, com sua psicoterapia. Os métodos experimentais são uma série de experimentos destinados a testar a validade das hipóteses ou idéias do cliente acerca de si mesmo. A medida que o cliente observa que suas idéias negativas são contraditórias, e que vê, através de seus experimentos, tal contradição, ele comprova sua validade e fica motivado a tentar o desempenho de atribuições mais complexas.

As técnicas terapêuticas derivadas de um modelo estritamente behaviorista ou de condicionamento, são limitadas, em função da restrição ao comportamento observável e da exclusão seletiva de informações, cren-

ças e pensamentos. Para o terapeuta behaviorista, a modificação do comportamento é uma função em si mesma, enquanto que para outros terapeutas, (incluindo alguns adeptos da Teoria Comportamental), a modificação do comportamento é apenas um meio para atingir determinada finalidade. Em relação à terapia para depressivos, a mudança cognitiva é muito importante. Por isso, adeptos da Teoria Comportamental, tais como SELIGMAN (1977, p. 93), MILLER et al (1975), optaram por aderir a algumas técnicas cognitivas e aliá-las às técnicas comportamentais.

A terapia cognitiva é uma abordagem ativa, diretiva, estruturada e de prazo limitado, no tratamento de uma variedade de distúrbios psiquiátricos (depressões, fobias, ansiedades, etc) (BECK, 1982, p. 19). Fundamenta-se em uma base lógica subjacente, segundo a qual o afeto e o comportamento do indivíduo são largamente determinados pelo modo como ele estrutura o seu mundo.

Não existe uma panacéia cientificamente estabelecida para a cura da depressão. Há terapias úteis na depressão e compatíveis com o desamparo adquirido. É bom lembrar que a depressão pode se curar espontaneamente. O choque eletroconvulsivante é eficaz em alguns tipos de depressão. A atropina injetável na área septal de gatos curou o desamparo manifesto. Mas há outros tipos de terapia. O objetivo terapêutico na depressão seria, com a ajuda do terapeuta, o cliente acreditar que suas respostas produzem a gratificação que ele deseja, isto é, que ele é um ser humano eficaz.

Uma das terapias aceitas pelos teóricos da Aprendizagem Social é a Terapia Cognitiva de BECK (1982, p. 20). O objetivo principal da terapia é mudar a tendência cognitiva negativa. Através da reflexão, o terapeuta leva o cliente a acreditar que ele é capaz de, com suas respostas, produzir as consequências desejadas. Um exemplo disso é o plano Tuscaloosa de um hospital de administração de veteranos, no Alabama, que

coloca os pacientes gravemente deprimidos em uma sala denominada de "antidepressiva". Eles são submetidos a uma atitude de "firmeza gentil". Recebem ordem para lixar um pedaço de madeira e logo são repreendidos porque lixaram contra o veio da madeira. Quando lixaram a favor do veio, são novamente repreendidos. Ou então recebem ordem para contar cerca de um milhão de pequenas conchas espalhadas pela sala. Esse tormento continua até que o paciente fique irritado e venha a dizer "chega, não me amole". Quando ele emitir comportamentos de raiva, deverá ser fortemente reforçado. Já foi comprovado que isso pode eliminar a depressão por longos períodos de tempo. (SELIGMAN, 1977, p. 94)

5.1 TERAPIA DE TREINAMENTO ASSERTIVO

O paciente representa ativamente o desempenho de respostas sociais assertivas. Enquanto o terapeuta faz o papel de patrão a quem ele diz tudo o que pensa, ou de esposa dominadora que se arrepende e pede perdão, aqui o paciente emite respostas que têm efeitos consideráveis. É um tratamento eficaz em depressões leves, levando o paciente a desempenhar tarefas que antes não realizava (LAZARUS, 1968, p. 83-9). Por exemplo, devolver mercadorias defeituosas à loja, reclamar ao açougueiro por não cortar a carne do jeito que ele quer. Em situações de trabalho, a exposição gradual às contingências resposta-reforço, reforça comportamentos ativos e pode ser eficaz na depressão. (SELIGMAN, 1977, p.94)

5.2 TRATAMENTO POR TAREFAS PROGRESSIVAS

BURGESS (1968, p. 193 - 99) fazia com que seus pacientes, inicialmente, emitissem uma unidade mínima de comportamento, como, por exemplo, fazer uma chamada telefônica. Nessa terapia, é fundamental que se comece com tarefas fáceis, nas quais o paciente seja bem sucedido. Os requisitos das tarefas são aumenta-

dos pouco a pouco, sendo o paciente reforçado com atenção e com o interesse do terapeuta a cada tarefa realizada. BURGESS (1968, p. 195) chama a atenção para aquilo que ele denominou de "ganho secundário na depressão". Assevera-se que os depressivos frequentemente usam seus sintomas como um instrumento para angariar simpatia, atenção e afeição. Por exemplo, quando um homem deprimido fica o dia inteiro na cama, chorando, pode fazer com que sua volúvel esposa lhe preste mais atenção e pode até mesmo reconquistar o amor dela. O ganho secundário pode irritar o terapeuta (SELIGMAN, 1977, p. 95). O terapeuta pode tentar a retirada, eliminando as recompensas que o mantém. O ganho secundário, embora constitua um obstáculo prático à terapia, é um sinal auspicioso na depressão. Significa que há, pelo menos, alguma resposta, mesmo que passiva, que o paciente acredita que pode desempenhar ativamente. A passividade do paciente pode provir de várias fontes: podem ser passivos por questões instrumentais. Ficar deprimido lhe traz simpatia, amor e atenção. Ou porque acredita que nenhuma de suas respostas será eficaz no controle do ambiente. Pacientes que usam sua depressão para controlar os outros têm um prognóstico melhor do que aqueles que desistem de tudo. Exemplo: SELIGMAN, (1977, p. 95) BINIK, SCHUYLER e BRILL trabalharam com 24 doentes depressivos, hospitalizados. Tinham que cumprir tarefas verbais de dificuldade crescente em sessões de uma hora, duas vezes por semana, e eram elogiados a cada tarefa completada com êxito. 1 - tinham que ler um parágrafo em voz alta; 2 - ler outro parágrafo em voz alta e com expressão; 3 - ler outro parágrafo com voz alta, expressão, interpretando com suas próprias palavras o que foi lido; 4 - leitura em voz alta, expressão, interpretação e defesa do ponto de vista do autor; sobre os três tópicos lidos simultaneamente; 5 - Depois, se pedia que ele escolhesse um dos 3 tópicos e fizesse um discurso de improviso sobre o tema escolhido. Todos os 24 pacientes chegaram à etapa do discurs-

so. 19 dos 24 melhoraram seu humor. Isso foi medido através de uma escala de humor. (p. 96)

5.3 O PLANEJAMENTO DE ATIVIDADES

Os pacientes depressivos apresentam cognições autodepressivas e pessimistas quando se encontram física e socialmente inativos. Justificam seu afastamento social dizendo que são incapazes, são fardos para os outros, etc (BECK, 1982, p. 125). Afundam-se numa passividade e isolamento social crescentes. Avaliam sua inatividade como prova de sua inadequação e abandono. Geralmente, o paciente depressivo apresenta dificuldade para completar tarefas, sobretudo tarefas complexas. Para de tentar logo que encontra um obstáculo. O emprego de tarefas de atividade, serve para contrabalançar a perda da motivação. A técnica específica de controlar o tempo do paciente hora a hora, tenta manter um certo ímpeto e prevenir novos deslizes para a inabilidade.

O foco em tarefas específicas, orientadas para objetivos, fornece ao paciente e ao terapeuta dados concretos para se fazer uma avaliação realista da capacidade de funcionamento do paciente. O terapeuta pode pedir ao paciente que participe de um experimento para determinar se a atividade reduz suas preocupações e melhora seu ânimo. Os dois, terapeuta e paciente, montam um programa de tarefas específicas. O terapeuta pede que o paciente anote suas cognições, enquanto realiza suas tarefas.

Se o paciente apresenta resistência, o terapeuta pode analisar com o cliente: "o que você tem a perder ao tentar?" O terapeuta pode fornecer ao cliente uma tabela na qual planeje antecipadamente suas atividades ou anote efetivamente as atividades realizadas durante o dia. Uma hierarquia gradual de tarefas pode ir aumentando, indo das mais simples para as mais complexas. O paciente gravemente deprimido relata o "ir fazendo", sem muito objetivo. O relatório que o

cliente traz para o terapeuta:

- a) demonstra se o cliente está atingindo os objetivos previamente planejados;
- b) inclui suas autoavaliações, em termos de mestria e prazer (BECK, 1982, p. 126).

O terapeuta explica que as pessoas geralmente funcionam melhor quando têm um programa. Se há objeção do cliente, ele propõe que eles montem em conjunto esse programa. O objetivo imediato é seguir a programação e não buscar alívio sintomático. Há princípios que devem ser colocados ao paciente antes do planejamento das atividades.

1 - ninguém realiza tudo o que planeja; não se sinta mal se não concretizar todos os seus planos;

2 - "ao planejar, estabeleça que tipo de atividade você vai realizar e não o que você vai conseguir; o que vai conseguir dependerá, frequentemente, de fatores externos, além de sua possibilidade de planejamento ou até de certos fatores internos tais como a fadiga, a concentração e a motivação".

3 - "mesmo que você falhe, lembre que tentou seguir os planos. Isso é o passo mais importante, que fornece informações úteis para o estabelecimento do objetivo seguinte".

4 - "reserve um espaço de tempo para planejar o dia seguinte. Escreva seu plano para cada dia e para cada hora, na tabela". (BECK, 1982, p. 126 - 29)

A programação de atividades diárias induz o paciente a tomar conhecimento das atividades que trouxeram ao menos um ligeiro alívio do sentimento de depressão. Quando o paciente se sente incapaz de programar, o terapeuta sugere vários projetos possíveis que ele poderia gostar de realizar. Após a seleção, a programação é escrita para ser cumprida e os planos são anotados no formulário de Programação de Atividades, nos horários adequados. (BECK, 1982, p. 130)

5.4 TÉCNICAS DE MESTRIA E DE PRAZER

Muitos pacientes depressivos empenham-se em tarefas, mas delas extraem pouco prazer. Esse malogro em obter gratificação, frequentemente resulta de:

- a) tentativas em atividades que não eram agradáveis antes da depressão;
- b) predomínio das cognições negativas que eliminam qualquer sentimento potencial de prazer;
- c) desatenção seletiva face à sensação de prazer. (BECK, 1982, p. 132)

O terapeuta tem que tentar prescrever determinado número de tarefas agradáveis, por um número determinado de minutos, todos os dias, solicitando ao cliente que anote as mudanças de ânimo ou a diminuição de pensamentos negativos. Pede que o paciente anote o grau de mestria (M) e de prazer (P) numa escala de 0 a 5, de nenhum prazer ou mestria (0) ao máximo de mestria e prazer (5). Isso leva o paciente a admitir sucessos parciais. Isso tende a contradizer seu raciocínio de tudo ou nada. É valioso e até certo ponto necessário explicar ao paciente a técnica de mestria (M) e de prazer (P). O grau de desempenho deve ser de acordo com seu grau de dificuldade atual e não em relação ao seu desempenho ideal. Atingir um objetivo mínimo poderá surtir um grande efeito. Prazer é um sentimento de deleite, alegria ou divertimento, derivado de uma atividade. A mestria é o sentimento de realização, diante de determinada tarefa. A mestria e o prazer podem ser independentes. Deve o paciente encarar qualquer mestria como um passo a frente, mesmo que não possua qualquer prazer. Ex: (BECK, 1982, p. 133 - 134). E destacar sempre que é preciso não perder de vista o que ele conseguiu realizar e não o que não foi alcançado.

O terapeuta levanta as discrepâncias entre o que foi realizado e o que foi sentido. O terapeuta solicita que o cliente avalie se fosse outra pessoa a realizar aquela tarefa. Com isso, o cliente começa a

perceber sua atenção seletiva para falhas mínimas e começa a reavaliar os dados reais da situação (BECK, 1982, p. 132).

5.5 PRESCRIÇÃO DE TAREFAS GRADUAIS (BECK, 1982, p.136)

Após completar com sucesso uma série de tarefas, os pacientes deprimidos geralmente experimentam alguma melhora, ainda que transitória, em seu estado de ânimo. Sentem-se motivados para abordar tarefas mais difíceis, desde que o terapeuta esteja vigilante para detectar e contrapor-se à inclinação do paciente a depreciar suas realizações.

Um exemplo de Prescrição de Tarefas Graduadas foi descrito por GOLDFRIED (1976), que chegou a essa técnica de forma totalmente independente. Mas a fundamentação lógica era em tudo semelhante aquela utilizada pelo grupo de pesquisadores liderados por BECK. GOLDFRIED faz essa comunicação em longo relato apresentado por BECK (1982, p. 136). As tarefas graduadas partem de tarefas simples para tarefas mais complexas.

As características da prescrição de tarefas graduadas são:

- 1 - Definição do problema, p. ex., a crença do paciente de que ele é incapaz de atingir as metas que lhe são propostas;
- 2 - formulação de um projeto: atribuição de tarefas passo a passo, das mais simples para as mais complexas;
- 3 - observação imediata e direta, pelo paciente, de estar conseguindo atingir um objetivo específico; (desempenhar uma tarefa que lhe foi prescrita); o feedback contínuo fornecerá ao paciente novas informações corretivas sobre sua capacidade funcional;
- 4 - discussão das dúvidas do paciente, suas reações céticas e seu desmerecimento das realizações pessoais;

- 5 - encorajamento da avaliação realística do paciente sobre o seu desempenho real;
- 6 - ênfase no fato de que o paciente atingiu o objetivo, como resultado de seu próprio esforço e habilidade;
- 7 - planejamento de tarefas novas e mais complexas, em colaboração com o paciente. (BECK, 1982, p. 136)

Após realizar tarefas no consultório, o terapeuta indica tarefas a serem realizadas em casa, pelo paciente. Se o terapeuta percebe que talvez o paciente não virá a ter sucesso, procura dividir em tarefas menores. Mesmo um fracasso poderá ser utilizado de forma positiva pelo terapeuta. O importante não é o terapeuta mostrar que o cliente realizou a tarefa com o máximo de habilidade, mas sim que, simplesmente, ele conseguiu realizar a tarefa proposta. (BECK, 1982, p. 137 - 38)

5.6 ENSAIO COGNITIVO

O depressivo apresenta dificuldades em desempenhar tarefas conhecidas. Vários fatores poderão dificultar o seu repertório comportamental normal como a dificuldade de concentração, a dificuldade de formular ou executar comportamentos automáticos ou habituais, etc. Uma dona de casa vai até à cozinha buscar um copo de água e esquece. Isso demonstra que esquece não por estar com amnésia e sim porque está tão perdida com pensamentos negativos que não se concentra. E há a crença de que há algo errado em sua mente.

A expressão "ensaio cognitivo" refere-se à técnica de solicitar ao paciente que imagine cada etapa sucessiva na sequência que conduz à execução total de uma tarefa. Isso faz o paciente procurar manter a atenção nos detalhes essenciais da atividade e neutralizar a tendência de sua mente vaguear. Ainda mais: isso leva o paciente a ter um sistema pré-programado para desempenhar tarefas. (BECK, 1982, p. 139)

Outro objetivo do ensaio cognitivo é a identi-

ficação de bloqueios potenciais (cognitivos, comportamentais ou ambientais), que possam impedir a conclusão das tarefas. Alguns pacientes relatam que se sentiram melhor apenas com o planejar das tarefas mentalmente. (BECK, 1982, p. 139)

5.7 TREINAMENTO DE AUTO-AFIRMAÇÃO E REPRESENTAÇÃO DE PAPEIS

Centra-se em habilidades específicas e inclui técnicas como modelagem, ensaio comportamental, etc. Pode haver atribuição de um papel pelo terapeuta, pelo paciente, ou por ambos, assim como pode haver alguma seguinte interação social, baseado no papel atribuído.

O treinamento de auto-afirmação e o desempenho de papéis leva o terapeuta a esclarecer as crenças autodepreciadoras ou que causam interferências. O desempenho de papéis pode ainda ser utilizado para demonstrar ao paciente um ponto de vista alternativo (WOLFE & PODOR, 1975, p. 46 - 52). Ou para mostrar melhor os fatos que interferem na expressão emocional adequada. (BECK, 1982, p. 141)

É extremamente importante que o paciente compreenda a lógica das várias tarefas comportamentais. O terapeuta encontra nos pacientes deprimidos, um distorção considerável, uma vez que eles são propensos a distorcer, *post facto*, o objetivo das tarefas. É responsabilidade do terapeuta assegurar-se de que o paciente interprete os resultados de uma tarefa, desde o princípio (BECK, 1982, p. 142) dentro dos limites do objetivo inicial, objetivo esse que deve ficar.

As técnicas comportamentais são úteis na medida em que aprimoram o nível de funcionamento do paciente, neutralizam os pensamentos obsessivos, restituem atitudes funcionais e trazem um sentimento de conquista (BECK, 1982 p. 144). Pela observação de mudanças em seu próprio comportamento, o paciente pode tra-

çar-se mais acessível ao exame de seu autoconceito negativo. Uma melhora nesse autoconceito negativo conduz, em consequência, a uma motivação mais espontânea e a melhoras no ânimo. (LAZARUS, 1980, p. 100 - 4)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, N. O primeiro estágio pré-genital do ídigo. In: PAPÉIS coletivos sobre a psicanálise. New York, Basic Books, 1960 p. 243 - 79.
- BEÇA, Eugênia T. Psicose melancólica-depressiva e esquizofrenia: aspectos genéticos prévios e decorrentes do comportamento. Revista Brasileira de Psiquiatria, 20 (4): 325-38, 1981 jul/ago.
- BECK, A. T. Diagnóstico e manejo da depressão. Filadélfia, University of Pennsylvania Press, 1973.
- BECK, A. T. et al. Inferência cognitiva na depressão. Rio de Janeiro, Litter, 1982.
- BIRING, E. O decalógio da depressão. In: GREENBERG, F. ed. Depressão atípica. New York, International Universities Press, 1963. p. 13 - 38.
- BUENO, J. Ronaldo. Depressões: alterações neuroquímicas e mecanismos de ação dos anti-depressivos. Revista Brasileira de Psiquiatria, 15, (1): 73-8, fev. 1984.
- BURGE, L. P. A modificação dos comportamentos depressivos. In: RUBIN, R. D. & FRANKEL, C. M. ed. Avanços na terapia comportamental. New York, Academic Press, 1966. p. 133 - 59.

- CALIL, Helena M. Aspectos biológicos da doença afetiva neurotransmissoras e resposta medicamentosa. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 20 (5):587-92, set/out. 1981.
- COLE, J. O. Eficácia terapêutica das drogas anti-depressivas. Journal of the American Medical Association, 190: 649 - 55, 1964.
- EKMAN, P. & FRIESEN, W. V. Comportamento não verbal em psicopatologia. In: FRIEDMAN, D. J. & KATZ, M. M. A Psicologia da depressão: teorias contemporâneas e pesquisas. Washington, W. Wiley, 1974.
- FERSICK, C. B. Comportamento animal e doença mental. Psychological Record, (16): 195 - 50, 1968.
- FREUD, S. Lamentação e melancolia. In: Obras completas. Londres, Hogarth Press, 1945. p. 243 - 38.
- GOLDFELD, M. R. & DAVIDSON, G. C. Terapia clínica comportamental. New York, Holt, Rinehart, Winston, 1976.
- HIRSH, D. S. Locus de controle e desempenho aprendido. Journal of Experimental Psychology, 102: 189-93, 1974. (apud SELIGMAN, 1977, p. 29 - 30).
- KATZMAN, J. C. & ROSEBLOUM, I. A. Depressão em bebês nascidos separados de suas mães. Science, 155: 1703 - 31, 1967a.
- KLEIN, M. A. Contribuição para a psicopatologia dos estados anímicos depressivos. New York, Science House, 1969.
- LAZARUS, A. A. A teoria da aprendizagem e o tratamento

- do da depressão. Behavior Research and Therapy, (5): 85 - 9, 1968.
- _____. Terapia multimodal do comportamento: Atualização de terapia comportamental - São Paulo, Massé, 1980, v.1.
- LEWISOHN, F. Infância comportamental da depressão. In: FRIEDMAN, D. J. & KATZ, M. M. A Psicologia da depressão: teorias contemporâneas e pesquisas. Washington, W. Wiley, 1974.
- LIEBMAN, R. P. & RASKIN, D. E. Depressão, uma formulação comportamental. Archives of General Psychiatry, (24): 715 - 23, 1971.
- LOPES, José L. A Depressão como forma de adoecer psíquico. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 24 (5): 295 - 304, set/out. 1980.
- MADALERA, J. Cezusa. Notas sobre a natureza, definição e classificação dos estados depressivos. Revista de Psiquiatria Clínica, (4): 7-11, dez. 1980.
- MELGES, F. T. & BOWLBY, J. Tipos de desempenho no processo psicopatológico. Archives of General Psychiatry, (70): 690 - 99, 1969.
- MERRELLS, J. A Psicologia da depressão. New York, 1968, 1975.
- MILLER, W. & SELIGMAN, M. E. P. Depressão e a percepção do espaço. Journal of Abnormal Psychology, (82): 62 - 73, 1973.
- MILLER, W. et al. Desempenho aprendido, depressão e ansiedade. Journal of Nervous and Mental Disease, (161): 347 - 57, 1975.

- desseja efetivar uma revisão sobre as evidências. American Journal of Psychiatry, (112): 509-22, 1955.
- SECUNDA, et al. Da distúrbios depressivos: relatório. S.L. Instituto Nacional de Saúde Mental, 1974. (apud. BECK, 1973, p. 15).
- SEELIGMAN, M.E.P. Jeans (sobre depressão, desesperiamento e morte) São Paulo, Macizec, Idusp, 1977.
- SEELIGMAN, M.E.P. & MAYER, S.F. Procedimento para evitar um choque traumático. Journal of Experimental Psychology, (74): 1-9, 1957.
- SUAPIRO, A.A. & MORRIS, L.A. Tratado de técnicas médicas. In: GARFIELD, S.L. & BERGIN, E. A. Manual de psicoterapia e modificação de comportamento: um análise empírica. 2. ed. New York, Wiley, 1978.
- SKINNER, B.F. O comportamento dos organismos. 4. ed. Vera, Appleton Century Crofts, 1938.
- WEISS, J.M. Efeitos de resposta rápida no estresse. Journal of Comparative and Physiological Psychology, (65): 251-60, 1968.
- WOLPE, J. & FODOR, I. Um enfoque cognitivo-comportamental para modificação de comportamento assertivo em mulheres. The Counseling Psychologist, (5): 45-52, 1975.
- PAYNE, W. W. Anormalidades cognitivas. In: MARSH, de Psicologia Abnormal. New York, Ruslo, 1961.
- WIMM, D. C. & MASTERS, J. G. Terapia comportamental. 2. ed. São Paulo, Manole, 1983.
- SCHILDRANT, J. J. A hipótese das catecolaminas e os

Pathognostik: Um Encontro entre Filosofia e Psicanálise

Vera TOMAZ

Profa. Assistente do Departamento de Psicologia Clínica da UFPA. Pós-graduada em Filosofia Universidade de Dusseldorf, República Federal da Alemanha.

Estranho título este: Pathognostik! E qual a forma de se iniciar a apresentação desta produção que vem se desenvolvendo na Alemanha com uma linguagem "hermética" que constitui a sua marca enquanto produção filosófica?

Esta não é a primeira tentativa que faço de expor o pensamento pathognostico no Brasil. Outras já foram feitas tendo inclusive uma revista brasileira recusado sua publicação sob a alegação de que "a língua portuguesa se mostra incompreensível". De acordo. E assim fica iniciada a apresentação do Pathognostik: uma prática de pensar "incompreensível" (inclusive na língua em que é concebido).

Não pretendo, e muito menos conseguirei, transpor para o português o pensamento pathognostico de forma clara e inteligível. E se pensasse ter conseguido, o resultado estaria longe de ser reconhecido como Pathognostik. Pretendo falar gogo e isto significa não escrever (produzir) pathognosticamente. Mas o beco é sem saída pois corre-se o risco de ao invés de se ter a apresentação da coisa-pathognostik ter-se somente a sua "representação" e ao fim ter-se a sensação de que tudo o que foi escrito é completo e exatamente outra coisa, sem no entanto ser necessariamente falso.

Com esta colocação se aproxima do "a grosso modo" mas em última instância assim conhecido jargão científico: "a realidade não nos é de todo conhecida. O que a ciência pretende é cada vez mais se aproximar desta realidade". Isto é, a pesquisa empírica forma-