

Ativação comportamental: Apresentando um protocolo integrador no tratamento da depressão

Behavioral activation: Presenting an integrative protocol in the treatment of depression

Activación conductual: Presentando un protocolo integrador en el tratamiento de la depresión

Paulo Roberto Abreu✉

Instituto de Análise do Comportamento de Curitiba

Juliana Helena dos Santos Silvério Abreu✉✉

Instituto de Análise do Comportamento de Curitiba
Universidade de São Paulo

RESUMO

A Ativação Comportamental (BA), embora venha sendo reapresentada à comunidade de pesquisadores e clínicos como uma dentre as novas terapias comportamentais de terceira geração, desponta desde a década de 1960 com uma longa história de pesquisas e aprimoramentos. Atualmente, coexistem mais de um modelo de protocolo desse sistema de psicoterapia. O presente artigo apresenta um protocolo integrador de BA para o tratamento da depressão unipolar adotado em contexto de clínica escola. Nele, três tipos de depressão são apresentados desde a sua concepção funcional, como a determinada por punição, a determinada por extinção operante e, ainda, a determinada por estimulação aversiva não contingente. Para cada tipo, são apresentadas análises funcionais e intervenções baseadas em propostas de ativação simples e/ou complexas. Ao longo das intervenções propostas, são também apresentadas interfaces de integração com outras abordagens de terceira geração, como a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).

Palavras-chave: ativação comportamental; integração; depressão; psicoterapia analítica funcional; terapia de aceitação e compromisso.

ABSTRACT

Behavioral Activation (BA), although being re-introduced to the community of researchers and clinicians as one of the new third-generation behavioral therapies, has emerged since the 1960s with a long history of research and enhancements. Currently, more than one protocol model of that psychotherapy system coexists. The present article presents an integrative protocol of BA for the treatment of unipolar depression, adopted in the context of clinical school. Three types of depression are presented from their functional conception, as determined by punishment, determined by operant extinction, and determined by non-contingent aversive stimulation. For each type, functional analyzes and interventions based on simple and/or complex activation proposals are presented. Throughout the proposed interventions, integration interfaces with other third generation approaches are also presented, such as Functional Analytical Psychotherapy (FAP) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

Keywords: behavioral activation; integration; depression; functional analytical psychotherapy; acceptance and commitment therapy.

RESUMEN

La Activación Conductual (AC), aunque viene siendo presentada a la comunidad de investigadores y clínicos como una de las nuevas terapias conductuales de tercera generación, se desprende desde la década de los sesenta con una larga historia de investigaciones y mejoras. Actualmente coexisten más de un modelo de protocolo de ese sistema de psicoterapia. El presente artículo presenta un protocolo integrador de AC para el tratamiento de la depresión unipolar, adoptado en el contexto de la clínica escolar. Tres tipos de depresión se presentan, desde su concepción funcional, como la determinada por castigo, a determinada por extinción operante, y además la determinada por estimulación aversiva no contingente. Para cada tipo se presentan análisis funcionales e intervenciones basadas en propuestas de activación simples y / o complejas. A lo largo de las intervenciones propuestas, también se presentan interfaces de integración con otros enfoques de tercera generación, como la Psicoterapia Analítico Funcional (PAF) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Palabras clave: activación conductual; integración; depresión; psicoterapia analítico funcional; terapia de aceptación y compromiso.

De acordo com o modelo analítico-comportamental, as alterações de humor na depressão, em grande extensão, têm sido apontadas como sendo função de mudanças nas relações comportamentais que o indivíduo estabelece com o seu ambiente (Ferster, 1973). Assim, durante um episódio depressivo, alguns comportamentos do

indivíduo diminuiriam de frequência comparativamente com as frequências apresentadas em fases pré-mórbidas. Esses comportamentos, normalmente controlados por reforçamento positivo, são comportamentos com topografias características do repertório individual, como estudar, trabalhar, envolver-se em eventos

sociais – *happy hours*, encontros de família e festas –, atividades orientadas ao entretenimento ou mesmo ao esporte. Dadas atividades são importantes para a saúde psicológica, pois produziriam “efeito antidepressivo”.

Concomitantemente a essa mudança, comportamentos controlados por reforçamento negativo aumentariam de frequência. Esses comportamentos são hoje descritos por critérios diagnósticos do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* da Associação Americana de Psiquiatria, 5ª edição, em mais de um transtorno depressivo (e não somente no transtorno depressivo maior). A irritabilidade, os pensamentos recorrentes de morte ou os componentes operantes envolvidos no humor deprimido, como a falta de esperança, as ideações suicidas e as ruminações, são normalmente parte do repertório do depressivo (Martell, Addis, & Jacobson, 2001). Esses comportamentos são conceituados como sendo de fuga e esquiva passiva de eventos aversivos e, por isso, têm sido o foco das análises clínicas. Para um depressivo severo, por exemplo, pode ser aversivo ter que acordar pela manhã, pois o levantar-se pode colocá-lo em condições aversivas, como ter que interagir com familiares ou cumprir as demandas diárias.

A investigação das relações que o comportamento estabelece com o ambiente tem, na análise ABC, também referida como análise da tríplice contingência, sua principal ferramenta para a avaliação e manejo das contingências de reforçamento. Em uma análise ABC, ou análise funcional do comportamento (Skinner, 1956/1968), são relacionados funcionalmente o evento antecedente (A), o comportamento (B) e a consequência (C). Lewinsohn, Biglan e Zeiss

(1976) analisaram funcionalmente como ocorreria a redução na *taxa de respostas contingentes ao reforçamento positivo*, processo pelo qual seria causada a depressão. Segundo os autores, poderiam ter ocorrido mudanças nas contingências vigentes na vida do indivíduo, como a (1) interrupção da disponibilidade dos reforçadores (elo A), a (2) falta de repertório para produzir reforçadores (elo B) e a (3) perda da efetividade dos reforçadores (elo C).

Primeiramente, poderia ter ocorrido uma mudança no ambiente do indivíduo de modo que os antigos reforçadores não estariam mais disponíveis (Lewinsohn, Biglan, & Zeiss, 1976). Aqui, o foco pareceu recair na análise do controle de estímulos para o comportamento efetivo que produz o reforçamento, pois, por alguma mudança ambiental, não mais existiria ocasião para a sua emissão. Uma mudança de cidade da pessoa, situação em que os antigos reforçadores não estarão mais presentes, como suporte social de amigos ou família, e mesmo a morte de um ente querido poderiam explicar a redução na taxa de respostas contingentes ao reforçamento positivo. Isso ocorreria, em última instância, devido à perda das ocasiões para o responder efetivo.

Segundo, os reforçadores continuariam disponíveis no ambiente, porém o indivíduo não teria, em seu repertório, habilidades suficientes para conseguir produzi-los, ou até mesmo não as teria (Lewinsohn et al., 1976). Dentro da representação de tríplice contingência, uma atenção foi dada nesse ponto ao segundo elo: o comportar-se. A inserção em ambientes sociais, por exemplo, pode demandar do indivíduo habilidades complexas, como assertividade, empatia ou mesmo comportamentos vulneráveis, a exemplo da autorrevelação ou do “desabafo” (Cordova & Scott, 2001). Em síntese, o déficit comportamental de algumas habilidades

como as supracitadas, ou o excesso em outros comportamentos, como a agressividade dirigida ao outro, poderia dificultar a produção do reforço positivo.

Terceiro, poderia estar ocorrendo uma perda na efetividade reforçadora dos eventos que outrora serviam como reforçadores positivos (Lewinsohn et al., 1976). Nesse ponto, a análise dos autores parece dar ênfase ao terceiro elo da tríplice contingência, quando ressalta a diminuição do efeito reforçador positivo das consequências produzidas pelos comportamentos. Essa diminuição da suscetibilidade ao reforçador pode ser observada na falta de motivação do depressivo em iniciar e dar continuidade a certas atividades. O *DSM-5* traz como um critério diagnóstico para o transtorno depressivo maior a acentuada diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades na maior parte do dia (5th ed.; *DSM-5*; American Psychiatric Association, 2013). Assim, por exemplo, um depressivo não teria mais interesse em atividades rotineiras, ou mesmo não se engajaria com a mesma frequência, como sair com a família ou os amigos. Isso ocorreria pelo fato de as consequências produzidas pelo comportamento não depressivo perderem seu efeito reforçador.

A concepção clássica de depressão de Lewinsohn et al. (1976), fortemente influenciada por Ferster (1973), requer ainda outra observação sobre o efeito do reforçamento positivo. O motivo do contato com reforçadores positivos não é porque resulte em experiências múltiplas de prazer, o que pode levar a se pensar em um mundo hedonista como sendo o componente antidepressivo para os sofrimentos humanos. Mas, antes, é o contato com fontes estáveis e diversas de reforçamento que, em última instância, manteria repertórios estáveis de

saúde psicológica – aqui entendidos como sendo compostos por comportamentos guiados por valores de vida (Kanter, Bush, & Rusch, 2009).

A análise funcional dos comportamentos pautada na perda da efetividade do reforçador, na interrupção da sua disponibilidade e na falta de repertório impulsionou a criação de intervenções igualmente originais. A principal técnica utilizada por Lewinsohn et al. (1976) para restituir as taxas de respostas contingentes ao reforçamento positivo foi a Agenda dos Eventos Prazerosos (Lewinsohn & Graf, 1973). Nela, o indivíduo deveria escolher 160 opções de eventos prazerosos dentre uma lista de 320 eventos previamente listados. As opções de atividades incluíam áreas como excursão, entretenimento, interações sociais, esportes e jogos, educação, hobbies, atividades domésticas, saúde, dentre outras. Para medição do efeito das atividades orientadas, os clientes preenchiam ainda escalas para a medição dos sintomas. Ao fim, eram selecionadas as dez atividades que tivessem efeito reforçador positivo mais expressivo e, portanto, exercessem efeito antidepressivo. Essa intervenção é o principal componente da terapia comportamental para a depressão, com algumas modificações, como as sugeridas mais recentemente por Martell, Addis e Jacobson (2001) e Lejuez, Hopko e Hopko (2001). Na década de 90, a psicoterapia orientada pela agenda de atividades ganhou o nome de Ativação Comportamental (BA), dado por Jacobson et al. (1996), em um estudo de análise de componentes com o objetivo de isolar o efeito desse componente comportamental no protocolo de terapia cognitiva para depressão de Beck, Rush, Shaw e Emory (1979).

No tratamento da depressão, a BA tem demonstrado eficácia comprovada em ensaios

clínicos randomizados (Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996; Hopko, Lejuez, LePage, Hopko, & McNeil, 2004; Porter, Spates, & Smitham, 2004) e em delineamentos inter-sujeitos (Hopko, Armento, Hunt, Bell, & Lejuez, 2005). Uma meta-análise de 16 pesquisas com 760 participantes demonstrou que as intervenções utilizando a agenda de atividades como primeira atividade produziram efeito terapêutico significativo comparável às condições de terapia cognitiva (Cuijpers, Van Straten, & Warmerdam, 2007). Outra meta-análise avaliando 34 pesquisas com 2.055 participantes demonstrou igualmente que não há diferença significativa entre a eficácia da terapia cognitiva e da BA no tratamento da depressão (Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009). Hoje, a BA possui forte suporte de pesquisa no tratamento da depressão segundo a Divisão 12 da Associação Americana de Psicologia (*Depression Treatment: Behavioral activation for depression*, n.d.), figurando em algumas instituições de saúde como opção de primeira linha (Parikh et al., 2016).

A BA, embora venha sendo reapresentada à comunidade de pesquisadores e clínicos como uma dentre as novas terapias comportamentais de terceira onda, desponta com uma longa história de pesquisas e aprimoramentos (Martell et al., 2001). Atualmente, coexistem mais de um modelo de protocolo desse sistema de psicoterapia, sendo os mais estudados a Terapia Comportamental para Depressão de Lewinsohn et al. (1976), a Ativação Comportamental de Martell et al. (2001) e a Ativação Comportamental Breve no Tratamento da Depressão de Lejuez et al. (2001). Outro protocolo da BA, de Kanter, Bush e Rusch (2009), desponta pela relevância e contribuições dadas à área, embora ainda não tenha sido testado em ensaios clínicos randomizados.

O presente artigo pretende apresentar um protocolo integrador de BA adotado na clínica escola do Instituto de Análise do Comportamento de Curitiba (IACC)¹. Nele, apresenta-se um detalhamento dos tipos de depressão mais comuns, conceituados dentro de um paradigma analítico-comportamental, e a prescrição de possíveis intervenções.

INICIANDO A TERAPIA DE ATIVAÇÃO COMPORTAMENTAL

O protocolo proposto não prescreve um número fixo de sessões iniciais, ou mesmo um total necessário para um tratamento integral. O número de sessões pode ser reavaliado de momento a momento de acordo com os efeitos das intervenções sobre os comportamentos do cliente. Contudo destaca-se que esse cuidado só é possível por se tratar de um protocolo que segue sem a urgência dos prazos institucionais. Para tratamentos de aproximadamente 12 sessões, os autores do artigo recomendam a leitura do protocolo de Lejuez et al. (2001).

Conforme prescrevem Martell et al. (2001), o uso de escalas para medição do grau e severidade dos sintomas depressivos é um recurso útil para o registro inicial e acompanhamento da evolução do caso. No IACC, é adotado o Inventário Beck de Depressão (BDI II, Beck, Steer, & Brown, 1996), que consiste em um questionário de 21 grupos de informações que abarcam comportamentos como tristeza, desânimo, falta de prazer, ideias suicidas, choro, irritação, dificuldades de tomada de decisão, dentre outros. A pontuação total do inventário vai de 0 a 63. Escores até nove pontos

¹ Parte do protocolo foi publicado inicialmente como “Abreu, P. R. & Abreu, J. H. S. S. (2015). Ativação comportamental. In J. P. Gouveia, L. P. Santos, & M. S. Oliveira (Eds.). *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais* (pp. 406-439). Novo Hamburgo: Sinopsys”.

sugerem formas subclínicas de depressão; em adolescentes, podem sinalizar depressão leve. Escores de 20 a 29 atestam depressão moderada, e escores de 30 a 39 apontam para depressão severa. Escores iguais ou acima de 40 requerem hospitalização do cliente devido ao risco de suicídio.

Embora o inventário não seja utilizado como única ferramenta diagnóstica, ele permite ao terapeuta ter uma ideia dos comportamentos correntes no repertório do cliente, os quais devem ser melhor investigados por meio de perguntas feitas durante a entrevista clínica em sessão. Aplicações adicionais do inventário são realizadas sempre quinzenalmente ao modelo de Lejuez et al. (2001). Em nossa experiência, o modelo semanal prescrito por Martell et al. (2001) muitas vezes não funciona, visto que clientes brasileiros ainda têm dificuldades de aderir às tarefas de casa, especialmente as que se repetem.

Na primeira sessão, somada ao BDI II, é apresentada a racional da BA no que se refere ao modelo etiológico de depressão e ao mecanismo de tratamento. Além da explicação em sessão, também é utilizado um texto explicativo trazendo a racional da BA conforme Martell et al. (2001).

Utilizando a Agenda Diária de Atividades

A Agenda Diária de Atividades deve ser adotada (referida também como Agenda dos Eventos Prazerosos de Lewinsohn), se possível, semanalmente. Ela é utilizada na avaliação inicial do repertório de entrada e para comparação posterior, ponto a ponto, dos avanços do cliente ao longo das semanas. Na agenda, utilizamos escalas de domínio e prazer, conforme orientam Beck et al. (1979). A escala de domínio refere-se a uma gradação que pode ir de 0 a 5 (ou de 0 a 10),

representativa de grau em que o cliente conseguiu desempenhar bem uma determinada tarefa. A escala de prazer, também aferida em um *continuum* de 0 a 5 (ou de 0 a 10), representa o grau de prazer em ter se engajado nas atividades agendadas. Em última instância, as pontuações registradas nas escalas são indicativos das consequências de curto (e.g., escala de prazer) e de longo prazo (e.g., escala de domínio) produzidas pelos comportamentos envolvidos nas atividades (Kanter et al., 2009). A Tabela 1 apresenta um modelo de Agenda Diária de Atividades aplicada à cliente A.

A utilização da agenda é interessante para a identificação dos contextos em que ocorrem as esquivas passivas, para a programação dos enfrentamentos orientados e para o enriquecimento com atividades positivamente reforçadoras, conforme prescrevem Lewinsohn et al. (1976). Importante afirmar que as escalas são normalmente sensíveis aos registros de atividades e a seus contextos antecedentes, além dos sentimentos eliciados (e.g., clientes preenchem a colunas com informações sobre o que fizeram, onde fizeram e o sentimento que tiveram). Por esse motivo, elas não esgotam as informações necessárias, necessitando de perguntas adicionais para a formulação das análises funcionais de cada comportamento alvo, a exemplo de uma análise de consequências dos comportamentos relatados.

Diferentemente de Lewinsohn et al. (1976), que prescrevem uma lista de 320 atividades potencialmente reforçadoras, durante a intervenção de enriquecimento de agenda, elegemos atividades relacionadas aos valores de vida do cliente. Esse cuidado com comportamentos orientados por valores foi inicialmente proposto por Hayes, Strosahl e Wilson (1998) como componente do protocolo terapia de aceitação e compromisso

(ACT). Para os autores, valores são conseqüências globais de vida construídas verbalmente. Nesse sentido, dentro da concepção comportamental, são regras aprendidas na história do indivíduo, e o seu seguimento pode produzir contato com

contingências de reforçamento positivo em médio e longo prazo. O cliente é convidado a listar, em uma tabela, os valores pessoais em que esteve envolvido ou nos quais gostaria de se envolver.

Tabela 1

Atividades desenvolvidas pela cliente durante a fase de intervenção

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Manhã	Vai para o salão de beleza da mãe. Vontade de ficar em casa. P -3 D -5	Vai para o salão de beleza da mãe. Interage para se distrair. P- 5 D-5	“Ressaca boa da festança” de ontem no salão. P-5 D-5	Levanta de bom humor. Vai ao mercado. P-3 D-5	Levanta de bom humor. Vai ao salão. Por vezes, sente tristeza. P-3 D-5	Não vai ao salão, mas se sente bem pela primeira vez. P-3 D-3
Tarde	Tenta muito interagir com as pessoas do salão. Briga contra o sono. P-3 D-5	Interage no salão. Passa uma tarde agradável. Sentimento de agonia às vezes. P-5 D-5	Terapia. Afirma que está se redescobindo. P-5 D-5	Dorme em casa. P-0 D-0	Tenta muito interagir com as pessoas do salão. Briga contra o sono. P-5 D-5	Assiste aos jogos da copa. Dá uma cochilada. P-2 D-2
Noite	Irmão janta na casa da cliente. P-5 D-5	Interagindo com as pessoas do salão. Sentimento de agonia e ansiedade às vezes. P-3 D-5	Sai com a mãe para devolver produtos na loja. P-5 D-5	Dorme em casa. Quando acorda, sente euforia e aperto no coração. P-0 D-0	Assiste à TV com o irmão e vai dormir na hora certa. P-5 D-5	Sai para jantar com a mãe e padrasto. P-1 D-1

As seguintes áreas são abordadas, de acordo com a versão adaptada de Kanter et al. (2009): (1) relacionamentos familiares (e.g., que tipo de irmão/irmã, filho/filha, pai/mãe você gostaria de ser? Quais qualidades são importantes nos relacionamentos com essas pessoas na sua família?); (2) relacionamentos sociais (e.g., o que seria um relacionamento ideal para você? Quais áreas poderiam ser melhoradas nos relacionamentos com os seus amigos?); (3) relacionamentos íntimos (e.g., qual é o seu papel em um relacionamento íntimo? Você está atualmente envolvido em um tipo de relacionamento íntimo, ou gostaria de estar?); (4)

educação/treinamento (e.g., você gostaria de se engajar em algum tipo de curso ou receber algum treinamento especializado? O que você gostaria de aprender melhor?); (5) emprego/carreira (e.g., que tipo de trabalho você gostaria de ter? Que tipo de profissional você gostaria de ser?); (6) hobbies/recreação (e.g., há algo especial que você gostaria de fazer, ou novas atividades que você gostaria de tentar?); (7) serviço voluntário/caridade/atividades políticas (e.g., quais contribuições você gostaria de dar a comunidade mais ampla?); (8) atividades físicas/hábitos de saúde (e.g., você gostaria de mudar a sua dieta, rotina de sono ou fazer exercícios?); (9)

espiritualidade (e.g., o que a espiritualidade representa para você? Você está satisfeito com essa área da sua vida?); (10) questões psicológicas/emocionais (e.g., quais são os seus objetivos para esse tratamento? Existiriam outras

questões além da depressão que você gostaria de tratar?).

A Tabela 2 representa o modelo adotado de Formulário de Avaliação de Valores.

Tabela 2

Formulário de avaliação de valores

Área	Listar valor	Grau de importância (0-10)	O quanto seus comportamentos foram consistentes com esse valor na última semana? (0-10)
Relacionamentos familiares			
Relacionamentos sociais			
Relacionamentos íntimos			
Educação/treinamento			
Emprego/carreira			
Hobbies/recreação			
Serviço voluntário/caridade/atividades políticas			
Atividades físicas/hábitos de saúde			
Espiritualidade			
Questões psicológicas/emocionais			

Acessar os valores pessoais do cliente é interessante, pois as atividades de ativação por eles orientadas manterão o cliente se comportando sob o controle de consequências de médio e longo prazo, o que é incompatível com os comportamentos de esquiva passiva reforçados em curto prazo. Outrossim, atividades orientadas por valores trazem um significado maior para o cliente, servindo como operação motivadora para o engajamento na ativação.

O PAPEL DO CONTROLE AVERSIVO NA DIMINUIÇÃO DAS TAXA DE RESPOSTAS CONTINGENTES AO REFORÇAMENTO POSITIVO

Segundo Ferster (1973), entender os contextos que impedem que o comportamento positivamente reforçado aconteça tem como implicação analisar também a interferência das contingências de controle aversivo. Nessa empreitada, três tipos de controle aversivo merecem ser destacados: a

punição, a perda da efetividade do comportamento operante e a extinção operante.

Em nosso protocolo, a análise e intervenção, em contextos de punição, da perda da efetividade do comportamento operante e da extinção operante seriam até mais importantes do que a ativação simples com enriquecimento de agenda com reforçadores positivos. Isso ocorre porque o contato com estímulos aversivos – e a redução dos reforçadores positivos – confere aversividade para muitas das circunstâncias de vida do cliente. No contato com as contingências de controle aversivo, o cliente acaba desenvolvendo comportamentos de esquiva passiva que são incompatíveis com os comportamentos não depressivos reforçados positivamente. Então, embora a ativação simples seja conduzida junto ao cliente, as intervenções orientadas para o enfretamento das situações aversivas devem ser priorizadas na Agenda Diária de Atividades.

PUNIÇÃO

A punição acontece nas interações sociais devido ao seu rápido efeito supressivo sobre o comportamento que se deseja punir. O problema da punição mediada socialmente é que o agente punidor, representado por uma ou mais pessoas (e.g., uma instituição escolar), normalmente é também o detentor de reforçadores positivos relevantes para o indivíduo depressivo – dos quais muitas vezes ele depende. Depreende-se daí a necessidade da convivência social com regularidade a despeito das relações de punição. Relações problemáticas no casamento ou no trabalho ilustram essa característica. Uma esposa intransigente que pune é ao mesmo tempo quem ajuda no trabalho doméstico, ou que dá atenção ao marido sob algumas circunstâncias. O trabalho que

tem chefes ou colegas punidores é o mesmo que garante o salário no final do mês. Como evento ou sequência de eventos determinantes do repertório depressivo passivo, a punição acontece com a apresentação mediada de um estímulo aversivo (punição positiva), ou com a retirada mediada de um reforçador (punição negativa), sempre contingente a um dado comportamento (Skinner, 1953/1968).

A punição, no entanto, tem como efeitos colaterais o eliciamento de respondentes incompatíveis, o estabelecimento dos comportamentos e circunstâncias a ela associadas como fonte adicional de estimulação aversiva e a instalação de qualquer operante de fuga e esquiva (Skinner, 1953/1968). Por esses motivos, produz sentimentos de disforia característicos de quadros depressivos.

Consequências punitivas podem ocorrer em dois momentos temporais distintos durante o episódio depressivo: como evento ou sequência de eventos sociais críticos na instalação de um episódio depressivo e/ou como mantenedora das esquivas passivas aprendidas (Abreu & Santos, 2008). No primeiro momento, o papel social é preponderante para o desenvolvimento do repertório depressivo. Desqualificações verbais nas relações dentro da escola, nos relacionamentos de amizade ou de amor podem ser exemplos de eventos punitivos. A retirada do afeto, por muitas vezes pouco notada, frequentemente é outro tipo de punição com deletérios efeitos sobre a pessoa punida (Linehan, 1993). Já em um segundo momento, após o início do episódio depressivo maior, por generalização, o indivíduo pode passar a esquivar não somente as pessoas punidoras, mas todas as circunstâncias a elas associadas. Mesmo outras atividades não correlacionadas podem se tornar aversivas. Assim, uma dona de casa que desenvolveu uma depressão

de moderada a severa por ocasião das traições do marido pode vir a não mais conseguir se engajar nos trabalhos de casa, mesmo essas circunstâncias não sendo diretamente correlacionadas.

Normalmente, a intensificação dos estados depressivos ocorre gradativamente. Aos poucos, o indivíduo pode começar a faltar ao trabalho, ou a evitar um grupo de pessoas que lhe são aversivas. O indivíduo aprende um repertório de fuga e esquiva dos eventos aversivos, sinalizados pela presença de estímulos pré-aversivos condicionados (e.g., circunstância em que ocorreram as punições). A esquiva tende a diminuir a intensidade, postergar ou evitar a produção de estímulos aversivos (Sidman, 1989). Embora a esquiva não seja a causa da depressão, acaba mantendo o indivíduo cronicamente enfermo, pois, em última instância, priva-o do contato com reforçadores positivos. Quando, por exemplo, um devoto passa a evitar alguns membros hostis da igreja, ele acaba se privando ao mesmo tempo dos reforçadores positivos únicos providos por essa instituição.

Em circunstâncias em que é inevitável o contato com o estímulo aversivo da punição sem possibilidade de esquiva, a exposição anterior ao estímulo pré-aversivo passa a eliciar a ansiedade, conforme pontuam Estes e Skinner (1941). A impossibilidade da esquiva poderia ocorrer, por exemplo, com clientes diagnosticados com câncer que precisam se submeter a tratamentos invasivos. Pode ocorrer também na impossibilidade de um adolescente se desligar da família devido à dependência financeira. No primeiro caso, o contato com o estímulo pré-aversivo da sala de quimioterapia poderia já eliciar a ansiedade, e, no segundo caso, o lar em que vigora violência parental. Circunstâncias como essas parecem justificar a alta comorbidade entre transtornos

depressivos e ansiosos (5th ed.; *DSM-5*; American Psychiatric Association, 2013).

Intervenções propostas

A esquiva passiva é reforçada por diminuir a intensidade, postergar ou evitar a produção dos estímulos aversivos. Embora em curto prazo ela produza também a diminuição dos sentimentos de disforia associados ao evento aversivo, em médio e longo prazo a esquiva não seria efetiva, pois não eliminaria definitivamente a fonte aversiva. Essa relação comportamento-consequência deve ficar clara para o cliente.

O uso e o ensino da análise funcional podem ser interessantes nesse ponto por possibilitar ao cliente ter consciência das consequências produzidas em curto, médio e longo prazo. Martell et al. (2001) sugerem o ensino de uma análise funcional modificada, com base em reações respondentes, baseadas no uso de acrônimos TRAP (relacionado ao comportamento de esquiva passiva) e TRAC (relacionado aos padrões de enfrentamento alternativos). Na adaptação para a língua portuguesa, foram adotados os acrônimos GEE1 e GEE2. Neles, o GEE1 representaria a esquiva passiva, e o GEE2 a esquiva ativa. A Tabela 3 ilustra o uso adaptado para o idioma português.

Dentro de uma concepção funcional, ambos GEE1 e GEE2 envolvem comportamentos negativamente reforçados. As designações ativa e passiva se referem aos dois tipos de esquiva. Conforme já exposto, a esquiva passiva diminuiria a intensidade, postergaria ou evitaria temporariamente o contato com a fonte de estimulação aversiva. Já a esquiva ativa modificaria de forma relevante o ambiente, social ou não, muitas vezes eliminando permanentemente a fonte aversiva. Considere como exemplo de

esquiva passiva um depressivo que passa a maior parte do tempo envolvido com rumações e que, por isso, não precisa agir sobre a fonte de seus problemas. Na esquiva ativa, esse mesmo

indivíduo poderia alternativamente tentar agir sobre a fonte dos problemas, seja sendo assertivo com seu chefe ou negociando a visita semanal dos filhos com sua ex-esposa.

Tabela 3

Acrônimos TRAP e TRAC adaptados para o idioma português

GEE 1 (TRAP)	GEE 2 (TRAC)
<u>G</u> atilho (S ^D e CS)	<u>G</u> atilho (S ^D e CS)
<u>E</u> moção negativa (comportamento respondente)	<u>E</u> moção negativa (comportamento respondente)
<u>E</u> squiva (comportamento de esquiva “passiva”)	<u>E</u> nfrentamento (comportamento de esquiva “ativa”)

Ainda, na representação proposta, o elemento G (gatilho) possui função de estímulo discriminativo (S^D) para o comportamento de esquiva passiva ou ativa e função de estímulo condicional para a resposta respondente relacionado ao sentimento de disforia. A análise funcional com base em respondentes é útil, pois o sentimento de disforia produzido é de fácil discriminação para os clientes, servindo como termômetro para a mudança de comportamento.

Somados à agenda dos eventos, sugere-se abordar as faltas de habilidades para o enfrentamento ativo, caso necessário. As habilidades podem ser sociais ou não sociais, como as acadêmicas ou profissionais. Adotamos algumas questões úteis para a avaliação do repertório de habilidades do cliente sugeridas por Kanter et al. (2009). São elas: (1) “Você já fez antes esse tipo de coisa com sucesso, ou o que é realmente novo para você?”; (2) “Você tem alguma ideia do que precisa para começar?”; (3) “Que tipos de coisas você planeja para dar conta dessa atividade?”; (4) “Você já começou a se engajar na resolução do problema e de repente emperrou? Se sim, em que ponto?”. Essas perguntas podem ser interessantes para

identificar a falta de habilidade acadêmica em um cliente desempregado que deseja dar um *upgrade* em sua carreira, ou para um cliente igualmente desempregado que deseja aprender a administrar melhor as finanças da casa.

Em caso de habilidades sociais, para além do treinamento simples de habilidades (Lewinsohn et al., 1976), temos integrado a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) para a modelagem *in vivo* das novas habilidades. A FAP é um sistema de psicoterapia orientado para a modelagem de repertórios sociais do cliente. Ela enfatiza o ambiente terapêutico como sendo fundamental, pois, nele, o terapeuta pode reforçar diferencialmente os pequenos avanços rumo aos comportamentos finais de melhora (Kohlenberg & Tsai, 1991).

A FAP enfatiza três classes de resposta como sendo de interesse no tratamento de clientes com dificuldades de relacionamento. Os comportamentos clinicamente relevantes 1, ou CRB1s, são os comportamentos-problema, normalmente esquivas, que ocorrem na sessão. Os comportamentos clinicamente relevantes 2, ou

CRB2s, são os progressos do cliente que ocorrem também na sessão. Já os comportamentos clinicamente relevantes 3, ou CRB3s, são as interpretações do comportamento segundo o cliente (Kohlenberg & Tsai, 1991).

Na depressão, a FAP pode ser bastante útil quando o cliente tem algum déficit ou excesso comportamental social que interfere com a ativação (Kanter et al., 2009). Esse cuidado com o trabalho direto com as contingências sociais naturais certamente é bem-vindo, visto que o relatar os comportamentos em terapia nunca é o mesmo do que o comportar-se em contexto (Kohlenberg & Tsai, 1991). Um cliente com comportamentos inassertivos (CRB1) – por exemplo, que, mesmo com a sua limitada assertividade, consegue pedir um abatimento no valor da sessão (CRB2) – pode ter seu comportamento reforçado contingentemente pelo terapeuta. Um cliente com comportamento depressivo passivo que sempre deixa o terapeuta escolher os assuntos do dia (CRB1) pode ser reforçado pelo terapeuta por escolher um assunto de sua preferência (CRB2). Ainda, um depressivo que começa a apresentar comportamentos abertos de ruminar (CRB1) e pode ser interrompido pelo terapeuta que lhe ajuda a analisar a inadequação desse comportamento para o andamento da sessão (CRB3).

Com relação ao tradicional treinamento de habilidades sociais (Lewinsohn et al., 1976), a FAP traz algumas vantagens. A primeira, já citada, é a possibilidade de o terapeuta reforçar os pequenos avanços. Em ambientes extraconsultório os pares do cliente usualmente reforçam apenas os desempenhos finais habilidosos. Outra vantagem relevante é a possibilidade da modelagem em uma interação natural. Essa característica pode

umentar a chance de generalização das novas habilidades para outros relacionamentos. A probabilidade de generalização maior ocorre também devido ao seguimento pelo cliente das interpretações funcionalmente-orientadas ou CRB3. O formato FAP permitiria ao terapeuta modelar CRB3s que são mais consistentes com a interação que acabou de ocorrer em sessão, além de ser dada ao terapeuta a possibilidade de reforçar o seguimento do CRB3 modelado ao longo da terapia (Abreu, Hübner, & Lucchese, 2012).

Intervenções propostas sobre a esquiva passiva experiencial

Muitas vezes, em nosso protocolo, integramos a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Semelhanças fundamentais entre as terapias ocorrem por serem ambas embasadas na filosofia do funcionalismo contextual e na ciência da análise do comportamento (Bush, Manos, Rush, Bowe, & Kanter, 2010).

Segundo a concepção da ACT, muitas classificações psicopatológicas incluem a esquiva das experiências privadas negativas, ainda que as características relevantes variem de síndrome para síndrome. A forma da esquiva pode variar. Assim, uma pessoa que bebe para suprimir a ansiedade pode ser um alcoolista, e uma pessoa que foge, pelas mesmas razões, pode ser agorafóbica. Segundo Hayes et al. (1996), portanto, a esquiva experiencial pode ser um fator funcionalmente importante na etiologia e manutenção de vários padrões psicopatológicos.

Para Hayes et al. (1996) a esquiva experiencial é, em grande extensão, controlada por regras aprendidas na cultura. As regras sociais, como a “se sentimento ou pensamento ruim, então vida ruim” ou a “se sentimento ou pensamento positivo,

então vida boa”, relacionam arbitrariamente estímulos verbais. A priori, pensamentos e sentimentos ruins não teriam qualquer correlação com uma vida ruim, pois a presença de pensamentos negativos não constitui indicativo incontestável de uma vida ruim. Mas, sob pistas verbais contextuais, humanos habilidosos podem apresentar essa relação arbitrária. Então, sob um contexto verbal antecedente como a sentença “sentido da vida”, os estímulos verbais podem ser relacionados na regra se “sentimento ou pensamento ruim”, então “vida ruim” e em se “sentimento ou pensamento positivo”, então “vida boa”. As funções de estímulo de um estímulo verbal aprendido na experiência (e.g., sentimento ou pensamento positivo) poderiam alterar a função de estímulo do outro estímulo verbal não aprendido diretamente, mas relacionado ao primeiro (e.g., vida ruim). O indivíduo pode, então, vir a responder sob o controle de um estímulo verbal como se fosse outro, no caso, responder “a vida ruim” como se fosse o “sentimento ou pensamento ruim”. Não somente funções operantes podem ser transferidas ou alteradas, mas também as funções respondentes. Assim, as mesmas emoções de disforia eliciadas pelo “sentimento ou pensamento ruim” poderiam passar a ser eliciadas pelo estímulo verbal “vida ruim”. O indivíduo passaria, portanto, a responder a um estímulo com relação a outro. Esse comportamento relacional foi chamado por Hayes et al. (1996) de “responder relacional derivado” e é originado por um histórico de reforçamentos, ou seja, pela exposição prévia a múltiplos exemplares arbitrariamente relacionados por contingências dispostas socialmente.

Na ACT, para haver a mudança comportamental, ou seja, para que o cliente depressivo passe a se comportar alternativamente – não mais emitindo comportamentos de esquiva passiva experiencial –,

é necessário antes acontecer a quebra do contexto de literalidade do controle pela regra. A ACT favorece a perda das classes do responder relacional derivado e, assim, ajudaria o estímulo direto a competir com o estímulo derivado. Ou seja, no exemplo citado, a “vida ruim” perderia as propriedades funcionais relacionadas ao “sentimento ou pensamento ruim”. Com isso, seriam abertas possibilidades de o cliente emitir comportamentos de enfrentamento a despeito dos pensamentos e dos sentimentos negativos evocados durante o enfrentamento dos problemas (Hayes et al., 1996). Em última instância, o depressivo estaria aprendendo que os sentimentos e os pensamentos ruins seriam um produto natural de se resolver problemas, e não um indicativo de uma vida miserável. Com isso, o cliente desistiria da esquiva passiva, entrando em contato com as contingências, muitas das quais de reforçamento positivo.

O terapeuta BA, alternativamente, trabalha para que o cliente se comporte de acordo com objetivos para a mudança comportamental a despeito de como se sente (Martell et al., 2001). A ACT difere da BA no ponto em que a ACT prescreve a necessidade da quebra do contexto da literalidade das regras, ou seja, da quebra das relações estabelecidas arbitrariamente. Esse processo seria um elo intermediário necessário antes de engajar o cliente na mudança comportamental. Já a BA assume que os clientes podem mudar diretamente por meio do engajamento em atividades orientadas (Martell et al., 2001).

Contudo alguns clientes não desistem da esquiva experiencial, dando razões (*reason giving*), tentando formular insights sobre as causas de sua depressão (Martell et al., 2001). Muitas dessas explicações dadas pelo cliente constituem regras

que controlam as esquivas experienciais (e.g., “não consigo preencher a agenda pois minha tristeza não permite”). Para esses quadros, optou-se pela integração da BA com a ACT no sentido de promover a quebra do contexto da literalidade e, assim, conseguir a adesão às atividades de ativação.

Intervenções propostas sobre o comportamento depressivo mantido por reforçamento apresentado pela família

É comum, durante o curso da depressão, haver uma transposição entre os controles dos comportamentos de esquiva passiva. Sob algumas circunstâncias, os comportamentos depressivos, como os de passividade e evitação generalizada de demandas externas, podem passar ao controle de consequências apresentadas pela família. Essa característica tem sido conceituada como ganho secundário do sintoma (Kanter et al., 2009). Assim, uma família pode dar mais atenção ao depressivo ou mesmo dispensá-lo das tarefas domésticas cotidianas, como a execução da faxina ou as compras no supermercado.

Uma intervenção que normalmente empregamos nesses casos, segundo Kanter et al. (2009), é o manejo de contingências. Junto à família, damos orientações de como lidar com o cliente, ou seja, como reforçar diferencialmente os pequenos avanços, e não reforçar o comportamento depressivo dando atenção ou dispensando o cliente de demandas da casa.

APRESENTAÇÃO NÃO CONTINGENTE DE ESTÍMULOS AVERSIVOS

Historicamente, a análise do comportamento preocupou-se em estudar o efeito da apresentação de estimulação aversiva contingente a uma dada

resposta, ou o efeito da retirada de algum reforçador também contingente (Sidman, 1989). Mas, conforme Hunziker (2003), a apresentação não contingente de estimulação aversiva também produz efeito em uma aprendizagem posterior.

Maier e Seligman (1976) desenvolveram um experimento empregando três grupos de cachorros. Dois dos três grupos seriam primeiramente expostos a uma condição de tratamento em que receberiam choques como estímulos aversivos. Nessa condição de tratamento, o primeiro grupo de cachorros foi submetido a uma situação de choques incontroláveis, o segundo de choques controláveis, e o terceiro, pertencente ao grupo controle, não foi submetido aos choques. Ainda, quando algum cachorro do grupo controlável suspendia o seu choque pressionando um painel com o focinho, ele também suspendia o choque do cachorro do grupo da condição de choque incontrolável.

Passadas 24 horas da exposição à condição de tratamento, os três grupos eram então expostos a uma condição de teste para uma resposta de fuga de choques. Os resultados mostraram que os cachorros do grupo submetido à situação do choque controlável, bem como os cachorros do grupo controle, aprenderam a resposta de fuga na condição de teste (Maier & Seligman, 1976). Os cachorros do grupo de choque incontrolável não aprenderam a resposta de fuga. O efeito da não aprendizagem das respostas de fuga, devido ao histórico com incontrolabilidade de estímulos aversivos, foi chamado de desamparo aprendido.

O desamparo aprendido tem sido referenciado como um bom modelo animal de depressão, visto que explicaria a etiologia, a sintomatologia, as alterações biológicas subjacentes e os tratamentos efetivos (Hunziker, 2003). Atualmente, a maioria

dos laboratórios utiliza ratos no desenvolvimento do modelo. Hoje, já se sabe que, na etiologia, semelhantemente ao que ocorre com humanos diagnosticados, uma história de impossibilidade de controle sobre eventos aversivos pode levar a episódios depressivos (Willner, 1984). Na sintomatologia, a passividade, a baixa frequência de respostas e a baixa sensibilidade ao reforço são representativos de comportamentos listados nos critérios diagnósticos (Hunziker, 2003). As alterações neuroquímicas verificadas na depressão em humanos, como as variações de noradrenalina, dopamina e serotonina, e as variações do sistema imunológico também ocorrem no organismo dos animais (Hunziker, 2003). Por último, observa-se a resposta aos tratamentos por drogas antidepressivas e reforço positivo (Hunziker, 2005).

Para discussão das similaridades nas contingências envolvidas no desamparo aprendido e na depressão em humanos, cumpre dividir didaticamente o procedimento experimental em dois momentos (Abreu & Santos, 2008): primeiramente na condição do tratamento com choques incontroláveis e, segundo, na condição caracterizada pela fase de teste. Na primeira situação, o clínico poderia receber em seu consultório um cliente que está correntemente exposto à estimulação aversiva incontrolável. Isso ocorreria em situações de violência doméstica, por exemplo, seja entre marido e mulher ou entre pais e filhos. A impossibilidade de fuga e esquiva do agredido é preponderante. Nessa situação, o indivíduo não teria disponível oportunidade para o responder efetivo, repertório habilidoso (e.g., de fuga e/ou esquiva efetiva) ou mesmo consequência reforçadora.

Na segunda condição, outro cliente poderia, em sua vida, já ter passado por esse histórico de experiências traumáticas, mas correntemente não mais vivenciar ambientes de incontrolabilidade. Se nenhuma nova aprendizagem incompatível com o comportamento passivo tiver ocorrido entre a experiência com a incontrolabilidade e o momento atual de vida, será provável que o cliente ainda esteja sob o efeito do desamparo (Hunziker, 2003). Nessa condição, o indivíduo normalmente apresentaria passividade evidente e autorregras muito restritas relacionadas à impossibilidade de controle (Rehm, 1977).

Caso o cliente já tenha passado pela incontrolabilidade e esteja experienciando em sua vida uma fase semelhante à fase de teste, é possível que ele não tenha consciência das consequências produzidas por seus comportamentos. Por esse motivo, é possível que ele se engaje pouco nas atividades de ativação prescritas por regras (ou autorregras), como as da Agenda Diária de Atividades. Por não se comportar, a pessoa não produz – ou é sensibilizada pelos reforçadores presentes no ambiente – e tampouco cria ocasiões para o responder efetivo.

Intervenções propostas

A condição de incontrolabilidade que caracterizaria a fase de tratamento, por definição, é caracterizada pela própria incontrolabilidade. Qualquer acréscimo de possibilidade de controle já descaracterizaria a necessidade de se adotar o desamparo aprendido como forma de entendimento do fenômeno em humanos. Determinada condição vem alertar o clínico para o fato de que, sob alguns ambientes, como onde vigora violência parental, a única intervenção possível talvez seja a retirada imediata do cliente. Mesmo intervenções

farmacológicas seriam de pouca serventia, pois, a despeito de o antidepressivo diminuir momentaneamente a suscetibilidade aos estímulos aversivos (Harmer, 2008), ainda assim o indivíduo precisaria aprender um repertório efetivo de fuga e/ou esquiva para ser reforçado (Abreu & Santos, 2008). Esse tipo de trabalho normalmente requer esforços interdisciplinares em que não somente psicólogos e psiquiatras, mas assistentes sociais e instituições jurídicas serão imprescindíveis para a restituição de um ambiente protegido.

Como intervenção nas circunstâncias relacionadas à fase de teste, pode-se utilizar o treinamento padrão de habilidades sociais de Lewinsohn et al. (1976). Contudo optou-se, mais uma vez, pelo uso da FAP. A modelagem *in loco* muitas vezes começa nas habilidades mais básicas, como em clientes “letárgicos” que precisam ser modelados a falar para que consigam desenvolver um repertório mínimo para o acompanhamento da entrevista clínica.

Os problemas de déficit na formulação e no seguimento de regras devem ser abordados em um segundo momento. Muito dos aprendizados iniciais com humanos começa sob o controle de regras. Mas, em depressivos, normalmente iniciativas verbalmente governadas acontecem em baixa frequência, como abordar uma pessoa e começar uma conversa, preencher a agenda de atividades, ou até de apresentar comportamentos de argumentar junto a outra pessoa em defesa de um ponto de vista. Nessas circunstâncias, o indivíduo pode se isolar e começar a ruminar, vivenciando sentimentos de tristeza. Para esses casos, o ensino e a aprendizagem da análise funcional do comportamento podem ser bastante úteis, semelhantemente ao que foi proposto na punição com o ensino de GEE 1 e GEE 2. A aprendizagem

da análise funcional pode levar o cliente a ter consciência dos seus pequenos avanços no sentido de levá-lo a perceber que suas ações podem, sim, produzir reforçadores positivos, não o deixando “refém do destino”.

EXTINÇÃO OPERANTE

A extinção operante ocorre quando uma relação funcional histórica entre comportamento e consequência é quebrada pela suspensão dessa consequência reforçadora. A extinção é definida como uma operação de controle aversivo que interfere nos comportamentos positivamente reforçados devido aos fatos de que ela (1) elicia respostas emocionais intensas e de que (2) ela confere função aversiva para as circunstâncias relacionadas à suspensão do reforçador (Skinner, 1953/1968).

A finalização de um curso de graduação, a aposentadoria, a partida dos filhos de casa ou o fim de um relacionamento ilustram circunstâncias nas quais a fonte do reforçamento positivo não estará mais disponível, não reforçando, portanto, a emissão dos antigos comportamentos. A extinção pode gerar sofrimento intenso, normalmente eliciado pelas circunstâncias relacionadas às perdas. Por esse motivo, o depressivo pode passar a esquivar determinadas circunstâncias, como um ex-namorado que passa a não mais ir ao cinema, atividade com que se envolvia frequentemente com a antiga parceira. Também, no intuito de descobrir um novo amor, uma viúva pode se sentir mal ao entrar em contato com outros homens.

A probabilidade de o indivíduo desenvolver um episódio depressivo, em casos em que vigora a extinção, cresce se for observada escassez de reforçadores alternativos, ou baixa taxa na sua produção. Considere uma dona de casa que tinha a maior parte do seu repertório orientada para a

criação dos filhos e que, na ausência desses, desenvolve depressão. Ainda, considere um homem recém-aposentado, sem hábitos alternativos, como hobbies, atividades religiosas, ou contato com amigos. Seria como se esses indivíduos não emitissem comportamentos alternativos que produzam reforçadores positivos. Dessa constatação, justifica-se o contato com fontes estáveis e diversas de reforçamento (Kanter et al., 2009), mesmo no sentido de prevenir a depressão.

Intervenções propostas

Uma característica única da depressão determinada pela extinção operante é a não existência de agentes sociais punidores relevantes no ambiente da pessoa. Em ambientes em que existe mediação social da punição, a título de comparação, ou em que vigora apresentação de estimulação aversiva não contingente, os comportamentos sociais de enfrentamento são mais complexos. Por se tratar de um fenômeno que envolve outra(s) pessoa(s), os enfrentamentos se configuram como verdadeiras iniciativas de contracontrole. Muito do jogo social é o resultado do contracontrole que os pares exercerão sobre as tentativas de contracontrole do cliente, daí uma possível justificativa para a cronificação de alguns quadros de depressão. Já na operação de extinção operante, nenhum comportamento de contracontrole deverá ser aprendido pelo cliente. Nesse sentido, o enfrentamento que visa à restituição de fontes alternativas de reforçamento pode ser, até certo ponto, de fácil manejo. Talvez essas situações possam explicar a duração limitada de um episódio depressivo maior que, mesmo sem tratamento, tem remissão espontânea em até 9 ou 12 meses (4th ed., text rev.; *DSM-IV-TR*; American Psychiatric Association, 2000).

Abreu e Santos (2008) recomendam a exposição aos estímulos eliciadores condicionados, mesmo a exposição a contextos verbais, como lembrar e aceitar a perda. Esse procedimento pode levar à habituação de muitos sentimentos negativos associados. Concomitantemente a isso, faz-se necessário o enriquecimento de atividades reforçadoras orientadas pelo Formulário de Avaliação de Valores, pois o cliente normalmente precisa reassegurar suas condutas orientadas por valores.

É interessante que o cliente também aprenda os acrônimos GEE1 e GEE2 para que possa analisar funcionalmente o seu comportamento. Esse procedimento tem o objetivo de facilitar a identificação e mudança dos padrões de esquiva passiva.

Por fim, o treinamento de novas habilidades, caso necessário, deve ser efetuado. Assim, clientes com depressão determinada pelo término de relacionamento de longa duração podem requerer treinamento de habilidades, como a de iniciar e manter uma conversa com pretendentes do sexo oposto, por exemplo. Lembrando também que a FAP pode ser adequada para o ensino de habilidades sociais.

DEPRESSÃO E INSÔNIA

Entre as principais alterações descritas nos problemas de sono durante a depressão, há uma prevalência da insônia, caracterizada como uma acentuada dificuldade de iniciar e/ou manter o sono e despertar precoce pela manhã (Ohayon, 2000; Vaughne D’Cruz, 2005). Evidências de pesquisa mostram que a insônia pode ser um critério diagnóstico, um fator de risco ou, ainda, pode perpetuar a depressão (Ng CL, 2015). Há, ainda, evidência de que clientes com depressão e

insônia, quando tratados para ambos os problemas com antidepressivo e terapia comportamental para insônia, apresentam desfechos positivos no tratamento da depressão (Watanabe et al., 2011). Nesse sentido, a integração de tratamentos comportamentais para a depressão e a insônia poderia também ser bem-vinda. Um tratamento concomitante para a insônia foi pioneiramente proposto na BA de Lewinsohn et al. (1976), mas, atualmente, foi subtraído sem justificativas de todos os protocolos recentes, a exemplo de Martell et al. (2001).

O protocolo de BA aqui proposto tem o objetivo de tratar a insônia concomitantemente com a depressão em clientes em que esses problemas tenham sido diagnosticados. A preocupação com o tratamento conjunto se justifica, sobretudo, visto que resultados de pesquisa atestam que distúrbios de insônia residual, mesmo após tratamento bem-sucedido da depressão, aumentam a probabilidade de um novo episódio depressivo maior (Dombrowski et al., 2007). Ao contrário do que se acreditava no passado, é comum a insônia residual após o tratamento efetivo da depressão. Como propostas de tratamento da insônia, são utilizados o treinamento de relaxamento progressivo (Jacobson, 1938) e a terapia de controle de estímulos (Bootzin, 1973).

Intervenções propostas

Atualmente, a técnica de relaxamento tem forte suporte de evidências no tratamento da insônia, segundo a Divisão 12 da Associação Americana de Psicologia (*Relaxation training for insomnia*, n.d.). O relaxamento progressivo clássico de Jacobson (1938), em especial, consiste em um método baseado na premissa de que a tensão muscular ocorre na ansiedade e que o relaxamento dos mesmos grupos musculares poderia auxiliar no seu

bloqueio. A técnica envolve a aprendizagem do monitoramento da tensão na contração de grupos musculares específicos. O cliente é solicitado a tensionar um grupo muscular por cinco a dez segundos para, ao final, relaxar. A atenção do cliente é então direcionada para a diferença sentida na mudança da relação tensão-relaxamento.

No presente protocolo, o tensionamento/relaxamento é conduzido iniciando pelas mãos, antebraços e bíceps. Segue para a frente e couro cabeludo. Depois boca e mandíbula, pescoço, ombros, peito, costas e barriga. Finaliza com as pernas, panturrilhas, pés direito e esquerdo. O treinamento do relaxamento é ensinado em consultório por meio de modelos e da modelagem. O cliente é depois orientado a treinar sempre antes da hora de dormir, tendo a atividade registrada na Agenda Diária de Atividades da BA.

A técnica de controle de estímulos tem também forte suporte de evidências no tratamento da insônia segundo a Divisão 12 da Associação Americana de Psicologia (*Stimulus control therapy for insomnia*, n.d.). O tratamento consiste no seguimento de algumas regras passadas pelo terapeuta em sessão.

O cliente é orientado a somente ir para a cama quando estiver de fato com sono. Se estiver por mais de 20 minutos na cama sem conseguir iniciar o sono, deve imediatamente sair do quarto. A cama deve ser utilizada somente para dormir e fazer sexo. As sonecas durante o dia são expressamente proibidas para não interferir com o ciclo sono/vigília do cliente. Mais importante, deve ser estabelecido um horário fixo de despertar durante a semana que deve ser criteriosamente respeitado.

Bootzin (1973), o idealizador da técnica, analisou funcionalmente o contexto que envolve o sono,

pontuando que o contexto do dormir pode servir como estímulo discriminativo para comportamentos incompatíveis com o iniciar o sono. Muitos clientes depressivos relatam que ficam ruminando a sua incapacidade de conseguir dormir no momento em que estão insistentemente tentando dormir na cama ou, ainda, ficam preocupados com os eventos do dia seguinte. Outra explicação para o funcionamento da técnica tem base em comportamentos respondentes. O contexto da cama seria um estímulo condicional aprendido, depois de pareado com os estímulos envolvidos no dormir. Caso o quarto seja pareado unicamente com estímulos condicionais que favoreçam respostas do dormir, então esse ambiente permanecerá preservado, daí a necessidade de o cliente parar de “rolar na cama” e sair do quarto, ou mesmo usar a cama somente para o sono e sexo, evitando atividades diurnas como trabalho e o uso de celular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo apresentou um protocolo brasileiro de ativação comportamental embasado em uma concepção contextual da depressão. Nele, três tipos de depressão foram apresentados, como os decorrentes dos contextos nos quais vigora a punição, a apresentação de estimulação aversiva não contingente e a extinção operante. Dividiu-se arbitrariamente nessas três possibilidades para fins de análise, mas vale atentar para o fato de que essas operações podem coocorrer no ambiente do depressivo, sugerindo criatividade ao clínico na adaptação das estratégias de tratamento. Foram discutidas algumas possibilidades de intervenção, sobretudo com interfaces de integração com técnicas consagradas (e.g., relaxamento e terapia de controle de estímulo na insônia) e outras abordagens de terceira onda, como a FAP e a ACT.

Espera-se que esse protocolo possa se constituir em uma ferramenta terapêutica útil aos terapeutas comportamentais e cognitivos que trabalham com a depressão.

REFERÊNCIAS

- Abreu, P. R., Hübner, M. M. C., & Lucchese, F. (2012). The role of shaping the client's interpretations in functional analytic psychotherapy. *The Analysis of Verbal Behavior*, 28, 151-157. doi:10.1007/BF03393117
- Abreu, P. R., & Santos, C. (2008). Behavioral models of depression: A critique of the emphasis on positive reinforcement. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 4, 130-145. doi:10.1037/h0100838
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC: Author.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emory, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory – II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bush, A. M., Manos, R. C. Rush, L. C., Bowe, W. M., & Kanter, J. W. (2010). FAP and behavioral activation. In J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Eds.), *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 65-82). New York: Springer.

- Bootzin, R. (1973). *Treatment of sleep disorders*. Paper presented at meeting of American Psychological Association, Montreal.
- Cordova, J. V.; Scott, R. L. (2001). Intimacy: A behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, 24, 75-86. doi:10.1007/BF03392020
- Cuijpers, P., Van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326. doi:10.1016/j.cpr.2006.11.001
- Cullen, J. M., Spates, C. R., Pagoto, S., & Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: A pilot investigation. *The Behavior Analyst Today*, 7, 151-165. doi:10.1037/h0100150
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670. doi:10.1037/0022-006X.74.4.658
- Division 12 of the American Psychological Association (n.d.). *Depression treatment: Behavioral activation for depression*. Retrieved from <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/depression/behavioral-activation-for-depression/>
- Division 12 of the American Psychological Association (n.d.). *Relaxation training for insomnia*. Retrieved from <https://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/relaxation-training-for-insomnia/>
- Division 12 of the American Psychological Association (n.d.). *Stimulus control therapy for insomnia*. Retrieved from <https://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/stimulus-control-therapy-for-insomnia/>
- Dombrovski, A. Y., Mulsant, B. H., Houck, P. R., Mazumdar, S., Lenze, E. J., Andreescu, C., ... Reynolds III, C. F. (2007). Residual symptoms and recurrence during maintenance treatment of late-life depression. *Journal of Affective Disorders*, 103, 77-82. doi:10.1016/j.jad.2007.01.020
- Estes, W. K., & Skinner, B. F. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29, 390-340. doi:10.1037/h0062283
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870. doi:10.1037/h0035605
- Hayes, S. C.; Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1998). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Harmer, C. J. (2008). Serotonin and emotional processing: Does it help explain antidepressant drug action? *Neuropharmacology*, 55, 1023-1028. doi:10.1016/j.neuropharm.2008.06.036
- Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., Bell, J. L., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 236-243. doi:10.1037/0033-3204.42.2.236
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Lepage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D.W. (2004). A brief behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification* 27, 458-469. doi:10.1177/0145445503255489

- Hunziker, M. H. L. (2003). *Desamparo aprendido* (Doctoral dissertation). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Truax, P. A., Addis, M. E.; Koerner, K., Gollan, J. K., ... Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304. doi:10.1037/0022-006X.64.2.295
- Kanter, J., Busch, A. M., & Rusch, L. (2009). *Behavior activation: distinctive features*. London: Routledge.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D., (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification 25*, 255-286. doi:10.1177 /0145445501252005
- Lewinsohn, P. M., Biglan, A., & Zeiss, A. S. (1976). Behavioral treatment of depression. In P. O. Davidson (Ed.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain*, (pp. 91-146). New York: Brunner/Mazel.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 261-268. doi:10.1037/h0035142
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General, 105*, 03-46. doi:10.1037/0096-3445.105.1.3
- Martell, C. R.; Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W. W. Norton.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 383-411. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01178.x
- Nierenberg, A. A.; Keefe, B. R.; Leslie, V. C.; Alpert, J. E.; Pava, J. A.; Worthington, J. J. 3rd., ... Fava, M. (1999). Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 221-225. doi:10.4088/JCP.v60n0403
- Ng, C. L. (2015). The relationships between insomnia & depression. *Journal of Family Medicine & Community Health, 2*(1), 1027. Retrieved from <https://www.jscimedcentral.com/FamilyMedicine/familymedicine-2-1027.pdf>
- Ohayon, M. M. (2000). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews, 6*(2), 97-111. doi:10.1053/smr.v.2002.0186
- Parikh, S. V., Quilty, L. C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., ... CANMAT Depression Work Group. (2016). Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Canadian Journal of Psychiatry, 61*(9), 524-539. doi:10.1177/0706743716659418
- Porter, J. F., Spates, C. R., & Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public mental health settings: A pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 297-301. doi:10.1037/0735-7028.35.3.297

- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804. doi:10.1016/S0005-7894(77)80150-0
- Sidman, M. (1989). *Coercion and its fallout*. Boston: Authors Cooperative.
- Skinner, B. F. (1968). *Science and human behavior*. New York/London: Free Press/Collier Macmillan. (Original work published 1953).
- Spates, C. R., Pagoto, S., & Kalata, A. (2006). A qualitative and quantitative review of behavioral activation treatment of major depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7, 508-518. doi:10.1037/h0100089
- Vaughn, B. V.; & D’Cruz, O. N. F. (2005). Cardinal manifestations of sleep disorders. In M. H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (Eds.). *Principles and Practice of Sleep Medicine* (pp. 594-601). Philadelphia: WB Saunders.
- Watanabe, N., Furukawa, T. A., Shimodera, S., Morokuma, I., Katsuki, F., Fujita, H., ... Perlis, M. A. (2011). Brief behavioral therapy for refractory insomnia in residual depression: An assessor-blind, randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 1651-1658. doi:10.4088/JCP.10m06130gry

Recebido em 28/08/2017
Revisado em 29/10/2017
Aceito em 04/11/2017