

**ENFRENTAMENTO NA DEPRESSÃO: ESTILO
EXPLANATÓRIO E TIPOS DE EXPERIÊNCIA DEPRESSIVA
DEPRESSÃO: TIPOS, ESTILO EXPLANATÓRIO E
ENFRENTAMENTO***

**COPING IN DEPRESSION: EXPLANATORY STYLE AND TYPES
OF DEPRESSIVE EXPERIENCES**

Vivian Hamann SMITH**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

Investiga relações entre a atitude verbal de enfrentamento, estilo explanatório e o tipo de experiência depressiva, em 43 adultos participantes de um grupo terapêutico aberto para transtornos de humor. Foi verificada a atitude verbal de enfrentamento predominante em 13 sessões e utilizou-se escalas de estilo explanatório e tipos de depressão. O estilo explanatório pessimista ocorreu especialmente no grupo com tipo misto de depressão. Todos os participantes com tipo introjetivo apresentaram atitude compreensiva e resolutive de enfrentamento. Tal atitude relacionou-se estatisticamente com explicações transitórias para bons eventos, enquanto indivíduos "queixosos" tenderam a acreditar na estabilidade causal para boas situações. A discussão focaliza os estudos sobre estilo explanatório e depressão, enfatizando a importância da intervenção clínica para o enfrentamento e desenvolvimento saudável.

Palavras-chave: *depressão anaclítica e introjetiva, enfrentamento, explicações.*

ABSTRACT

This study investigates the relationships between verbal coping attitude, explanatory style and types of depressive experiences. Subjects were 43 adult participants in an open therapeutic group for mood disorders. The prevalent

(*) Artigo derivado de dissertação de mestrado em Psicologia do Desenvolvimento, que contou com a orientação da Prof. Dr. Ângela Maria Brasil Biaggio e o apoio financeiro do CNPQ.

(**) Mestra em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS.

Endereço para correspondência: Rua Nossa Senhora de Lourdes, 612 - CEP 91920-040 - Porto Alegre - RS.
E-mail: vsmith@conex.com.br

verbal coping attitude was verified during 13 sessions. Scales were used for evaluating explanatory style and types of depression. The pessimistic explanatory style occurred, specially in the mixed type of depression. All participants with an introjective type of depression presented a comprehensive and resolute coping attitude, which was also statistically related to transitory explanations for good events. Instead, "complainers" tended to believe in the causal stability for good situations. The discussion focuses on explanatory style and depression studies, emphasizing the importance of clinical intervention for coping and healthy development.

Key words: *anaclitic and introjective depression, coping, explanations.*

INTRODUÇÃO

Esta investigação foi elaborada e conduzida num contexto clínico, no grupo terapêutico aberto do Serviço de Doenças Afetivas da Santa Casa. Surgiu da necessidade de compreender melhor o fenômeno individual e grupal do enfrentamento e da mudança terapêutica, num grupo de pessoas com uma forte auto-imagem de doentes e que fazem uso de medicação, buscando contribuir para uma melhor definição do papel da intervenção neste processo. Estudos sobre enfrentamento, como os de Kuyken e Brewin (1994) têm demonstrado que a experiência depressiva pode desgastar os recursos de enfrentamento, tornando as pessoas mais vulneráveis a novos episódios depressivos, num círculo vicioso.

Ao longo de dois anos de trabalho foi surgindo uma formulação dos objetivos específicos deste grupo: auxiliar o indivíduo depressivo a retomar o fluxo da vida, aprendendo a lidar com as descontinuidades e os conflitos inevitáveis sem adoecer. Ocorreu daí a necessidade de compreender melhor a psicopatologia não como um defeito de fabricação, mas com referência na continuidade do desenvolvimento da personalidade.

A fundamentação teórica deste trabalho focalizou: Depressão e sua prevalência; Tipos de Experiência Depressiva (Blatt, 1992; Blatt e colaboradores, 1982, 1990, 1992, 1995) numa abordagem da depressão como ênfase exagerada em uma dimensão do desenvolvimento;

Locus de controle, atribuição de causas e sua relação com a depressão, na teoria do Desamparo Aprendido (Seligman, 1977) e, mais recentemente, do Estilo Explanatório (Peterson & Seligman, 1984; Peterson, Maier & Seligman, 1993).

A depressão é um dos temas mais discutidos e estudados das últimas décadas, por sua altíssima prevalência: Nos Estados Unidos, o risco de desenvolver um transtorno depressivo maior é de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens, não importa qual a etnia, estado civil, nível de educação ou de salário, conforme o DSM-IV (1994). As conseqüências desta grande proporção de pessoas deprimidas são enormes: a diminuição ou paralisação da atividade destes indivíduos gera problemas econômicos e sociais, e a depressão e o suicídio, além do alcoolismo (associado à depressão) desencadeiam novos conflitos e perdas familiares que produzem maior vulnerabilidade a patologias.

Os sintomas da depressão abrangem aspectos afetivos, motivacionais, cognitivos e vegetativos, sendo descritos de forma consistentemente semelhante há mais de dois mil anos. Embora o aspecto afetivo apareça geralmente como o predominante, é difícil saber qual o componente primário da depressão. Ainda não se dispõe de respostas universalmente aceitas sobre o diagnóstico, causas, classificação e a natureza da depressão (Beck, 1975).

Blatt (1992) desenvolveu a concepção de que a depressão pode ser entendida como

manifestação de uma ênfase exagerada em uma determinada dimensão do desenvolvimento humano. Para explicar este ponto, foram extraídas as idéias principais de alguns artigos: Blatt (1992), Blatt & Blass (1990, 1992) e Blatt & Maroudas (1992).

O desenvolvimento da personalidade é concebido como ocorrendo em duas dimensões: interpessoal e de auto-definição. Tais dimensões são análogas a forças estudadas pela física e biologia, como a fusão e desintegração, e a integração e diferenciação. Em psicologia existem teorias sobre o desenvolvimento que enfatizam mais a dimensão da individuação, enquanto outras assinalam principalmente o valor da vinculação. Respalado por autores de visão mais integradora, Blatt defende que entre ambas as dimensões ocorre uma relação complementar, dialética e complexa. O desenvolvimento saudável acontece quando há um equilíbrio dinâmico entre esses dois pólos: da interação satisfatória com as pessoas significativas forma-se uma base afetiva, mas emergem também experiências de incompatibilidade que geram a necessidade de diferenciação, de individuação e também de outras referências interpessoais. À medida em que se desenvolvem novas habilidades físicas, cognitivas e afetivas, o nosso sentido de "eu" vai se transformando, favorecendo relações mais maduras e integradas com os outros, assim como o surgimento de novas metas pessoais. Assim é impulsionado o desenvolvimento humano, tanto na dimensão vincular como na formação da identidade e auto-definição. A história pessoal e a espiral de crescimento do indivíduo dependem do ritmo e do estilo em que ele oscila entre esses dois pólos do desenvolvimento. Na personalidade sadia é comum uma certa predominância de uma ou da outra dimensão, associada muitas vezes ao gênero e ao contexto cultural, assim como ao longo da vida ocorrem alternâncias entre épocas de maior ênfase na individuação e outras na vinculação.

As psicopatologias, entretanto, decorriam de uma ênfase exagerada em uma das

polaridades, interrompendo a dialética do desenvolvimento. Diante de eventos graves e repetidos, o indivíduo buscaria um reequilíbrio através de uma preocupação distorcida, conforme suas predisposições biológicas, fatores culturais, gênero, capacidades e vulnerabilidades básicas, padrões culturais e familiares.

Focalizando seus estudos principalmente na questão da depressão, Blatt concebe dois tipos de experiência depressiva (Blatt & Maroudas, 1992; Blatt & Blass, 1992):

- **Anaclítica ou Dependente:** Ocorre um exagero na dimensão interpessoal, em que o indivíduo manifesta medo de rejeição e abandono, uma forte necessidade de contato e proximidade com outras pessoas que chega até à aderência. Há um anseio em ser cuidado e protegido, em ter suas necessidades compreendidas e atendidas. A pessoa tende a ver as outras principalmente em termos do apoio ou afeto que delas recebe, e o processo depressivo se desencadeia especialmente quando se sente rejeitada ou desamparada, ou seja, por experiências ligadas à perda afetiva.

- **Introjetiva ou Auto-Crítica:** Uma preocupação exagerada focaliza-se na dimensão da auto-definição e no medo do fracasso. O indivíduo manifesta forte necessidade de auto-afirmação, de sentir-se competente e atingir metas pretendidas. Independente, deseja lutar sozinho, resolver com autonomia seus problemas, mostrando dificuldade em pedir ou aceitar auxílio. Vê o outro em função de como o seu próprio valor e desempenho será julgado ou avaliado, e tende a se deprimir quando se sente incompetente e sem valor.

O acesso ao tipo de depressão pode ser feito através da história clínica e de uma escala desenvolvida por Blatt, D' Afflitti e Quinlan (1976), utilizada no presente estudo, que avalia três fatores: anaclítico (dependência), introjetivo (auto-crítica) e eficácia.

O fator introjetivo alto está associado a sintomas típicos de transtornos depressivos, como auto-recriminação e sentimentos de cul-

pa e desvalia. O fator anaclítico elevado associa-se muitas vezes a sintomas de transtornos de ansiedade, com um sentimento de carência e apego desesperado. Indivíduos com ambos os fatores elevados e eficácia reduzida configurariam um tipo misto de depressão, tendendo a apresentar níveis mais altos e formas mais graves de depressão (Blatt et alii, 1982). Mais recentemente (Blatt & Maroudas, 1992), o tipo misto é mencionado como uma questão ainda em aberto, não sendo possível afirmar sua existência e significado.

Blatt (1992) verificou que indivíduos com tipo anaclítico e introjetivo se beneficiam diferentemente do processo terapêutico: suas mudanças iniciais ocorrem em direções diferentes, a focalização do tratamento é distinta e são também diferentes suas respostas (mais afetivas, focalizadas na relação, ou mais cognitivas e interpretativas). Os indivíduos anaclíticos têm dificuldade em abandonar sua posição fusional e enfrentar rupturas e incompatibilidades, enquanto os introjetivos manifestam dificuldade de entrega, confiança e vinculação. O processo terapêutico pode auxiliar na retomada da dialética entre as duas dimensões no desenvolvimento, favorecendo a integração e o equilíbrio dinâmico, ao invés do exagero de uma em detrimento da outra (Blatt, 1992). Tal concepção pode ajudar na indicação de diferentes abordagens terapêuticas, na focalização da psicoterapia breve e na previsão dos efeitos da medicação, conforme o tipo de preocupação predominante no indivíduo.

Rotter (1966) foi um dos primeiros a investigar a importância de fatores cognitivos para o comportamento, o que gerou a transformação do ambientalismo norte-americano em cognitivismo. Ele descobriu que a crença de que possuímos ou não o controle sobre os resultados do nosso comportamento é aprendida e tem um papel fundamental no nosso esforço e desempenho. A expectativa de que o controle sobre as circunstâncias depende de nós mesmos foi chamada de *internalidade* ou *locus de controle interno*, que vem sendo asso-

ciado a características que promovem o desenvolvimento, como um maior empenho para resolver problemas, interpretando fracassos como desafios, a busca de informações, um estado de alerta ou vivacidade e um senso de bem-estar (Lefcourt, 1991). Por outro lado, a *externalidade (locus de controle externo)* é a expectativa em perceber o que acontece como o resultado de forças incontroláveis, alheias ao próprio sujeito, sendo associada com uma menor capacidade para enfrentar experiências estressantes e vulnerabilidade à ansiedade e depressão (Lefcourt, 1991). Estudos de Griffin & Rabkin (1998) com indivíduos em estágios avançados da A.I.D.S. demonstraram que a percepção de controle sobre o curso da doença estava associada a níveis mais baixos de ansiedade sobre a morte e a menos sintomas de depressão. David & Suls (1999) encontraram relação entre uma baixa percepção de controle nos eventos e fatores como esperança e distração, catarse, aceitação e busca de apoio social, mas com menor uso de ação direta sobre os eventos. Shapiro & Astin (1998) explicam como a maior parte dos transtornos psicológicos e comportamentais podem ser definidos em termos da efetividade ou inefetividade das respostas de controle do indivíduo.

Seligman (1977) trouxe importantes contribuições para o início de um entendimento sobre a relação entre a percepção dos eventos como incontroláveis e a depressão. Ele verificou através de pesquisas em laboratório que animais colocados em situações aversivas incontroláveis desistiam, após repetidas experiências, de fazer qualquer tentativa para escapar, mesmo quando depois lhes era oferecida a possibilidade de controle. Os animais apresentavam sintomas cujo conjunto foi chamado de *desamparo aprendido*, muito semelhante à depressão humana, e desde então muitos estudos vêm sendo realizados com base nesta relação. Foi criado um instrumento para acessar o *estilo de atribuição* individual (Peterson et alii, 1982), depois chamado de *estilo explanatório* (Peterson & Seligman, 1984).

Estilo Explanatório é definido como a maneira mais ou menos estável com que cada indivíduo justifica os acontecimentos e o seu próprio desempenho. Conforme Peterson et alii (1993), o estilo explanatório parece emergir de forma definida na criança mais ou menos aos oito anos de idade, sendo possivelmente aprendido em grande parte através das verbalizações de atribuição dos adultos significativos.

O instrumento avalia como, e em que medida, o indivíduo tende a explicar o que acontece de bom e ruim: Tende a atribuir a causa a si mesmo (internalidade) ou aos outros, à sorte, às circunstâncias (externalidade)? Esta causa é vista como algo estável (estabilidade) ou passageiro (transitoriedade)? A causa percebida para a situação influencia apenas em áreas específicas (especificidade), ou se estende a todas as áreas da vida (globalidade)? O estilo explanatório tem sido verificado também através de análise de conteúdo de verbalizações, considerando as mesmas dimensões da escala.

As pesquisas têm apontado a seguinte relação entre o estilo explanatório e a depressão: Quanto mais o indivíduo tende a atribuir a si mesmo, de forma estável e global a causa de situações ruins, maior a perda na auto-estima, a cronicidade e a generalidade dos sintomas depressivos, pois configura-se um estilo explanatório pessimista e depressogênico ("Eu sou um fracassado, um incompetente"). Já as situações boas tendem a ser atribuídas a fatores externos, como a sorte ou outras pessoas, de forma transitória e específica (Peterson & Seligman, 1984). Segundo Skinner (1995), o que está associado à depressão é a acusação, tanto a si como aos outros, que gera passividade e prejuízo no desempenho. Tanto a internalidade quanto a externalidade seriam prejudiciais quando a preocupação focaliza a causa dos males, e não o seu enfrentamento, solução ou minimização dos seus efeitos negativos. De fato, depressão e atribuição de causas estão associados em pessoas que tendem a pensar predominantemente em termos de

causas para os eventos, o que não ocorre em indivíduos que tendem a atribuir eventos a causas múltiplas e complexas (Haaga et alii, 1995). Num estudo com mulheres divorciadas, Newman e Langer (1981) constataram que as mulheres que explicavam a separação em termos interativos (atribuições interativas) manifestaram enfrentamento mais eficaz após o divórcio do que as mulheres que justificavam a separação por um ou pelo outro parceiro (atribuições pessoais).

De qualquer forma, as mudanças no estilo explanatório estão fortemente associadas à melhora na depressão (Peterson & Seligman, 1984). Por isso, a intervenção psicoterápica pode auxiliar as pessoas a tomar consciência de suas crenças prejudiciais, para que possam desenvolver novos recursos cognitivos para interpretar e enfrentar de novas maneiras a vida e suas dificuldades.

Não foram encontrados estudos que relacionassem diretamente os tipos de depressão e o estilo explanatório, mas somente entre *locus* de controle e tipos de depressão (Luthar & Blatt, 1993). Nessa investigação, tanto indivíduos com escore alto no fator anaclítico como no introjetivo apresentaram predominantemente externalidade para explicar eventos em geral. Mas Luthar e Blatt (1993) citam uma pesquisa de Garrod (1991, em manuscrito) em que introjetivos demonstraram uma internalidade significativamente maior do que os anaclíticos para explicar situações ruins, tendendo também a apresentar maiores níveis de depressão.

Desta forma, a contribuição do presente estudo consistiu em investigar relações entre estilo explanatório e tipos de depressão, e entre esses dois construtos e a atitude de enfrentamento expressa nas verbalizações dos participantes do grupo terapêutico em questão. Estava prevista, como hipótese norteadora, uma associação entre a atitude queixosa de enfrentamento, o tipo anaclítico de depressão e uma atribuição externa de causas a situações boas e ruins, além de estabilidade e globalidade.

Por outro lado, era esperada uma relação entre a atitude de enfrentamento compreensiva e resolutiva, o tipo introjetivo de experiência depressiva e uma atribuição interna, transitória e específica para situações ruins.

MÉTODO

Sujeitos

O número total de sujeitos foi 43, sendo que 36 deles responderam aos dois questionários utilizados (ASQ e DEQ), 23 responderam aos dois e apresentaram também registro de verbalizações, cinco responderam somente ao DEQ e tiveram registro de verbalizações e dois responderam somente ao ASQ.

A amostra se caracteriza por uma predominância de participantes do sexo feminino (81,4%), casados (43,6%), com o primeiro-grau completo (35%) e uma média de 49 anos de idade. Quanto às profissões, encontram-se principalmente donas de casa (29,4%) e aposentados (17,6%). Em termos diagnósticos, metade do grupo (50%) possui registro de transtorno depressivo maior, 30% de transtorno bipolar, 12,5% de transtorno distímico, 5% de transtorno fóbico-obsessivo com depressão secundária e um participante com transtorno esquizoafetivo. 32% dos participantes têm registro de pelo menos uma internação anterior ao ingresso no serviço, e todos já fizeram uso de medicação antidepressiva, dos quais 90% ainda a utilizam, de forma contínua ou quando necessário.

Material

Foram utilizados três instrumentos na investigação:

- DEQ - Depressive Experiences Questionnaire (Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976, em Shaver & Brennan, 1991), que consiste em 66 afirmações relativas aos fatores anaclítico,

introjetivo e eficácia. O sujeito responde com concordância numa escala de 1 a 7.

- ASQ - Attributional Style Questionnaire (Peterson, Semmel, vonBaeyer, Abramson, Metalsky, & Seligman, 1982), constituído por 12 situações hipotéticas, metade favoráveis e metade desfavoráveis, em que o indivíduo deve escrever a principal causa para a situação exposta, seguindo-se três perguntas que se referem ao *locus*, estabilidade e globalidade da causa apontada, numa escala de 1 a 7.

As duas escalas acima são amplamente utilizadas nos Estados Unidos, e foram adaptadas para a língua portuguesa. Foram traduzidas pela autora do presente estudo, depois retraduzidas para o inglês por duas pessoas com bom conhecimento do idioma, para verificar possíveis inadequações à intenção dos autores das escalas. Por fim, foi avaliada a consistência interna numa amostra de 88 sujeitos, que resultou num Alfa de Crombach de 0,73 para o DEQ e 0,72 para o ASQ.

- Registro da Atitude de Enfrentamento - Consiste em duas categorias de verbalização, selecionadas a partir de uma longa observação do grupo estudado:

A1: Atitude Queixosa

Manifestação de sofrimento somático (dores no corpo, aumento de peso, etc.), ou psíquico, de ordem social (incompreensão dos familiares, abandono ou pressão) ou emocional (tristeza, desmotivação, sentimentos de culpa ou vergonha, falta de prazer, tédio e vazio). Focaliza principalmente as limitações e as dificuldades, os riscos e as perdas, as tragédias pessoais. Não há uma tentativa expressa de compreensão ou de resolução, demonstrando passividade e impotência diante do seu sofrimento e do alheio. Aos outros participantes, acrescenta exemplos de sofrimento, confirmando o quanto a vida é difícil, o quanto se é infeliz e frágil. Seus conselhos aos outros são no sentido do recuo, da evitação da mudança e da iniciativa.

A2: Atitude Compreensiva e Resolutiva

Expressa responsabilidade pela auto-ajuda e pelo direcionamento da própria vida. Manifesta desejo de entender o que lhe acontece, de estabelecer relações causais entre a experiência depressiva e fatores como as circunstâncias de vida, seus projetos e realizações e os relacionamentos interpessoais. Demonstra disposição para se impor sobre o seu sofrimento, para tomar decisões e abrir mão de algumas coisas em função de outras (sem enfatizar o martírio, o sacrifício). Diante das dificuldades colocadas por outros participantes, contribui com conselhos, sugestões e depoimentos de melhora e mudança devido a esforço pessoal.

Cada verbalização podia conter um dos tipos, ambos ou nenhum. As categorias foram validadas através de três avaliadores independentes, utilizando o registro escrito de três sessões, obtendo-se uma concordância satisfatória (79%).

Procedimento

As verbalizações foram registradas ao longo de 13 sessões do grupo, sendo duas delas gravadas em fita áudio-cassete e transcritas. A predominância das atitudes foi verificada dividindo-se o número de registros de verbalizações A 1 e A2 pelo número de sessões em que o participante teve registro.

Os questionários foram aplicados antes do início de cada uma das 13 sessões. Muitos participantes necessitaram levá-los para casa, por dificuldades de concentração, e foram orientados a responder sem auxílio alheio e devolvê-los na sessão seguinte.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando separadamente as variáveis estudadas, constatou-se que:

Quanto ao *tipo de experiência depressiva*, 25 dos 41 participantes que responderam ao

DEQ (60,97%) apresentaram escores elevados nos principais fatores. Esta alta proporção era esperada, em razão do tipo de população estudada. Seis deles tiveram um alto fator introjetivo (DEQ-I), nove apresentaram alto fator anaclítico (DEQ-A) e dez participantes manifestaram um tipo misto de experiência depressiva, com escores elevados nos dois fatores (DEQ-I e DEQ-A).

Considerando-se o *estilo explanatório*, o número de casos com escore elevado ficou entre 16 (41,02%) e 19 participantes (48,71%), em todos os três fatores (internalidade, estabilidade e globalidade), aplicados à situações positivas e negativas.

Em termos de *atitude de enfrentamento*, predominou uma atitude compreensiva e resolutiva (A2) em 19 dos 28 participantes com registro verbal (70,37%), enquanto que oito deles (29,63%) manifestaram principalmente uma atitude queixosa (A 1) e um deles revelou equivalência entre A1 e A2. Esta proporção pode indicar que o grupo vem funcionando com eficácia em seus objetivos terapêuticos, no sentido do fortalecimento da capacidade de enfrentamento. Seria interessante repetir futuramente o mesmo tipo de registro, com a finalidade específica de avaliação da evolução da capacidade de enfrentamento do grupo ao longo do tempo.

Considerando as hipóteses levantadas inicialmente, foram obtidos os seguintes resultados:

Quanto à relação entre Atitude de Enfrentamento e Estilo Explanatório, foi previsto que uma atitude predominantemente queixosa (A1) tenderia a estar associada a um estilo explanatório externo, estável e global, e que a atitude compreensiva e resolutiva (A2) estaria relacionada a um estilo explanatório interno, transitório e específico. O teste estatístico do Chi-Quadrado confirmou que os indivíduos com atitude queixosa (A1) manifestaram uma alta estabilidade para explicar situações positivas,

enquanto que os participantes com atitude compreensiva e resolutiva (A2) tenderam a uma baixa

estabilidade (transitoriedade) para explicar as mesmas situações.

Tabela 1 - Fatores do ASQ X Atitude (Chi-Quadrado) (N=23)

Fatores do ASQ		A1	A2	X2
Internali. Posit.	Baixa	3	12	1,5009 (p = 0,22)
	Alta	5	7	1,5009 (p = 0,22)
Internali. Negat.	Baixa	5	10	0,222 (p = 0,63)
	Alta	3	9	0,222 (p = 0,63)
Estabili. Posit.	Baixa	1	11'	4,1015 (p < 0,05)
	Alta	5'	6	4,1015 (p < 0,05)
Estabili. Negat.	Baixa	5	9	1,7198 (p = 0,18)
	Alta	1	8	1,7198 (p = 0,18)
Globalid. Posit.	Baixa	2	10	1,7407 (p = 0,18)
	Alta	6	9	1,7761 (p=0,18)
Globalid. Negat.	Baixa	2	11	1,7761 (p=0,18)
	Alta	4	6	

* = estatisticamente significativo

Na literatura, a depressão é associada a um estilo explanatório no qual o indivíduo atribui a si mesmo a causa de situações ruins, de forma estável e global, enquanto explica situações favoráveis e de sucesso através de causas alheias a si mesmo, vistas como transitórias e específicas àquela área. Entretanto, essa relação vale somente para a configuração dos três fatores. A estabilidade na atribuição não é tratada separadamente, seja para explicar situações boas ou ruins. Pode-se sugerir que talvez uma atribuição não-estável proporcione a flexibilidade necessária para que os participantes compreensivos e resolutivos julguem que não podem contar sempre com um mesmo fator causal que os auxilie, seja ele o seu próprio esforço ou a sorte. Por outro lado, a estabilidade na atribuição de causas a eventos positivos pode dificultar, para os indivíduos queixosos, o reconhecimento e a aceitação de mudanças, gerando uma expectativa irrealística e facilmente desconfirmável de que sempre podem contar com os mesmos recursos - pessoais ou alheios - para obter benefícios e coisas boas. Pode-se pensar que a estabilidade na atribui-

ção pode ser um fator de rigidez cognitiva, associado a uma baixa complexidade atribucional que tem sido relacionada à depressão (Haaga et alii, 1995).

Pode-se enriquecer a discussão com o caso de uma participante do grupo estudado. M., 49 anos, sexo feminino, casada, com um filho, dona de casa com primeiro grau completo. Com o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, toma medicação antidepressiva, possui registro de internação psiquiátrica anterior e frequenta o serviço ambulatorial há cinco anos.

Predomina em suas verbalizações uma atitude queixosa de enfrentamento, expressando principalmente um sentimento de perda e abandono. Chora a morte de um filho no parto há 23 anos, revivida no último dia das mães, focalizando seu sofrimento inconsolável e frustração. Relata a perda que sentiu quando o filho vivo foi morar com a namorada: "Eu sempre ficava olhando prá cama dele, que ficou armada por mais de dois anos". Quanto ao estilo explanatório, apresentou internalidade, estabilidade e globalidade para explicar eventos posi-

tivos, e globalidade para situações negativas. Não foi possível captar nas verbalizações a estabilidade para eventos positivos. Entretanto, embora não apareça nos escores do ASQ, revela verbalmente estabilidade para explicar situações ruins (“Meu problema, a depressão, vem dessa época em que o meu guri morreu”), estendendo e cronificando o seu sofrimento.

A segunda hipótese enfocava a relação entre tipo de experiência depressiva e tipo de atitude de enfrentamento, prevendo que os indivíduos com um tipo introjetivo de experiência depressiva apresentariam uma atitude de enfrentamento compreensiva e resolutiva, enquanto que os participantes com um tipo

anaclítico de experiência depressiva manifestariam principalmente uma atitude queixosa.

Embora não tenham sido obtidos resultados que apontem relações estatisticamente significativas entre os fatores introjetivo e anaclítico e a atitude de enfrentamento, constatou-se que todos os cinco indivíduos que tinham unicamente o fator introjetivo elevado expressaram em suas verbalizações, de fato, uma atitude principalmente compreensiva e resolutiva. Os outros participantes com escores elevados no DEQ-A ou nos dois fatores ficaram distribuídos de forma mais equilibrada entre a atitude queixosa e a atitude compreensiva e resolutiva.

Tabela 2 - Tipo de Experiência Depressiva X Atitude de Enfrentamento (N = 25)

Tipo Exp. Depressiva	Casos Observados	A1	A2	A1 e A2	Sem Registro
Introjetiva	6	0	5	0	1
Anaclítica	9	2	4	1	2
Mista	10	3	5	0	2

A literatura revista propõe que o tipo introjetivo de experiência depressiva tende a ocorrer em pessoas com maior capacidade de reflexão e auto-crítica, voltadas para a autonomia e busca de identidade, e que se beneficiam mais dos aspectos compreensivos da psicoterapia. Com metas pessoais elevadas, os participantes introjetivos são provavelmente exigentes também em relação ao trabalho terapêutico, colocando-se dispostos a buscar informações do grupo e da equipe, doando aos outros seu exemplo e seus conselhos, atendendo a uma forte necessidade de afirmação pessoal. Valorizam uma atitude de enfrentamento, independência e individuação, de cuidar de si mesmos, esforçando-se para explicar e compreender sua própria situação e estabelecendo metas terapêuticas, de mudança. Tomam para si mesmos a tarefa da mudança, sentindo-se pessoalmente comprometidos com ela.

O caso que ilustra esta discussão é o de P., 60 anos, de sexo feminino, viúva e sem

filhos, com primeiro grau incompleto, comerciante aposentada que faz trabalhos voluntários em grupos de auto-ajuda. Há quatro anos em tratamento ambulatorial no serviço, seu registro diagnóstico é de transtorno depressivo bipolar I com transtornos de ansiedade, toma medicação antidepressiva e não tem histórico de internação psiquiátrica.

No DEQ revelou tipo introjetivo de experiência depressiva, com alta eficácia. Sua atitude de enfrentamento foi predominantemente compreensiva e resolutiva. Nas verbalizações no grupo, expressa uma superafirmação da sua independência (“não sou nenhuma menina, nenhuma donzela, sei o que é melhor para mim”, “ele quer casar, mas eu não quero (...) jamais sairia do meu apartamento para morar em outra casa (...) não vou perder minha pensão por uma aventura (...) Ele é sozinho, a idade vai chegando, eu tenho meu trabalho, quase não páro em casa”). Focaliza sua capacidade

de enfrentamento, de aceitar desafios: “Ninguém pode dizer ‘não posso’. A gente só testa a capacidade na hora em que abraça (uma tarefa)”. Parece ver também a dimensão interpessoal em termos de competência, para diversão (“Momentos felizes é o que a gente tem, então tem que curtir ao máximo aquele momento”), para doação (“sou daquelas pessoas depressivas que fica com vontade de conversar, não de me isolar, gosto de me doar”) e para sua auto-valorização (“Nunca aconteceu de eu ser tão importante para uma pessoa como estou sendo hoje”). Estranha seu próprio desequilíbrio e abalo emocional diante de uma situação de perda de um familiar, evidenciando assim sua forte necessidade de controle e competência e sua ênfase exagerada na dimensão introjetiva, em detrimento da interpessoal.

A terceira hipótese relacionava tipos de experiência depressiva e estilo explanatório, prevendo que os participantes introjetivos revelariam internalidade para explicar situações ruins, enquanto que os anaclíticos tenderiam a explicar tanto situações boas como ruins por fatores externos. Contrariamente ao esperado, foi encontrada uma relação entre o fator anaclítico elevado em 15 participantes e internalidade para explicar eventos negativos. Entretanto, destes 15, sete também apresentaram o fator introjetivo alto, caracterizando um tipo misto de experiência depressiva. Destes sete participantes com tipo misto, houveram cinco escores altos em internalidade, cinco em estabilidade e seis em globalidade para explicar eventos negativos. Foram também encontrados cinco escores elevados em globalidade para explicar eventos positivos.

Tabela 3 - Tipo Misto X Fatores do ASQ (N = 7)

	Internal. Negativo	Estabil. Negativo	Globalid. Negativo	Globalid. Positivo
Tipo Misto: altos	5	5	6	5
DEQ-A e DEQ-I				
%	71,4	71,4	85,7	71,4

Tais resultados, embora obtidos a partir de uma amostra reduzida, poderiam levantar a possibilidade de que indivíduos com os dois tipos de preocupação (interpessoal e de auto-definição) tendam a um estilo explanatório pessimista (interno, estável e global) para justificar possíveis situações de fracasso, que tem sido altamente relacionado à depressão (Peterson et alii, 1993). Pessoas com um tipo misto de experiência depressiva manifestaram num estudo anterior formas mais graves e níveis mais altos de depressão clínica, quando tinham uma baixa eficácia (Blatt et alii, 1982). Esta dupla ênfase, de acordo com estes autores, pode criar um dilema difícil de resolver, em que depender do outro provoca um senso de fraqueza pessoal e fracasso, que pode inviabilizar a aproximação interpessoal.

O tipo de conflito descrito aparece, por exemplo, nas verbalizações de MA, 25 anos, sexo feminino, casada e com um filho. Ela tem segundo-grau incompleto e é dona de casa. Está em atendimento ambulatorial no serviço há dois anos, toma antidepressivos e tem registro de internação psiquiátrica, com o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar I com sintomas conversivos. No DEQ, apresentou um tipo misto de experiência depressiva, com eficácia regular. No ASQ, tendeu a explicar situações negativas com alta internalidade e globalidade.

Em suas verbalizações no grupo, predomina uma atitude compreensiva e resolutiva, mostrando com clareza o conflito entre o pólo da auto-definição e o relacional. Por um lado, tem uma grande necessidade do outro, para não se sentir sozinha, manter-se motivada e se

comunicar: “Cubro muito dos outros que fiquem *perto de mim*, me *sinto muito só*”; “Quando tem alguém perto de mim, sinto mais vontade de lavar, passar”; “Não consigo mostrar para as pessoas minha insatisfação, preciso de pessoas de fora, converso, aí melhora. A família não adianta, e sim outra pessoa que eu vou procurar, que me entenda”. Por outro lado, sente um distanciamento íntimo, uma diferenciação em relação às pessoas com quem convive, quando a alegria dos outros não a contagia, manifestando também auto-crítica e desejo de melhorar, de não ser tão dependente: “Quando está todo mundo alegre, eu me pergunto por que não consigo ficar feliz”; “Queria não ser tão dependente, levar mais bem-estar para as outras pessoas, não só problemas, queria ser mais agradável”. É possível observar a internalidade negativa nas suas verbalizações: Sente-se responsável pelas manifestações orgânicas, conversivas, da depressão (“Quando fico deprimida (...) a primeira coisa que me ataca, que eu vou machucar, é o meu estômago”), e também pela sua melhora: “O que eu venho trabalhando comigo é que se conseguisse levar a vida mais ‘flauteada’, conseguiria vencer a depressão”; “Sinto que tenho capacidade de passar por cima da depressão”.

CONCLUSÕES

Este estudo pretende contribuir para a pesquisa e a psicoterapia da depressão em dois sentidos: conceitual e operacional. Conceitualmente, traz para o contexto clínico construtos investigados pela psicologia social acadêmica, como *locus* de controle, atribuição de causas e controle percebido, de fundamental importância para entender o desenvolvimento humano. Embora no exterior, especialmente nos Estados Unidos, já se investigue o estilo explanatório associado à depressão desde o final dos anos 70, não foram encontradas referências deste tipo de estudo no Brasil.

O uso de conceitos e técnicas de terapia cognitiva vem aumentando entre os profissio-

nais brasileiros, sendo necessário maior conhecimento e pesquisa sobre uma das características cognitivas mais associadas à depressão: o estilo explanatório pessimista, no qual o indivíduo acredita que seja causador de situações ruins, sempre e em todas as áreas da sua vida.

É importante que sejam feitos trabalhos de revisão dos conceitos norte-americanos, além da criação de instrumentos de acesso ao estilo explanatório, com base na nossa realidade, cultura e linguagem. Ainda em termos conceituais, o enfoque de Blatt sobre as dimensões do desenvolvimento e as psicopatologias situa a depressão em relação ao processo de desenvolvimento, humanizando a visão psicopatológica que ainda domina esta área do conhecimento.

Embora seja de extrema importância o estabelecimento de critérios diagnósticos cada vez mais apurados e a descoberta de medicações que auxiliem no controle de sintomas e emoções exacerbados, também é fundamental que a depressão e outras psicopatologias sejam vistas como soluções desesperadas para dificuldades e conflitos humanos, a partir da interação entre a vulnerabilidade individual e fatores ambientais. O processo terapêutico e a retomada do desenvolvimento podem ser facilitados se a psicopatologia for compreendida - tanto pelo terapeuta como pelo cliente - não como uma condenação ou estigma, mas como um exagero possível de ser entendido, controlado e revertido novamente para o crescimento pessoal. Isso pode significar uma oportunidade para rever crenças e valores e desenvolver maneiras mais maduras e integradas para lidar com os problemas, descobrindo talvez novas forças de enfrentamento e metas pessoais mais produtivas.

Metodologicamente, o presente trabalho pode ser visto como uma proposta de sistematização que vai neste sentido: parte de uma dúvida surgida na experiência clínica, define o fenômeno, investiga conceitos existentes, for-

mula hipóteses, utiliza e cria instrumentos para verificar relações entre os fenômenos num grupo de pessoas e depois focaliza alguns casos, com suas especificidades.

Encontrar definições claras de conceitos e soluções metodológicas para possibilitar a pesquisa em psicoterapia é uma tarefa complexa e necessária, para que se possa organizar um conhecimento mínimo sobre o que é terapêutico para cada tipo de pessoa, conforme a natureza das dificuldades que ela esteja atravessando, de acordo com o momento e os recursos de que ela dispõe. Para isso necessitamos de tipologias e teorias sobre o desenvolvimento, de pesquisas amplas que revelem tendências gerais, mas também de atenção a cada caso, para observar o que está dificultando o desenvolvimento pleno de um indivíduo em particular, com determinadas características cognitivas e afetivas, que interage com circunstâncias específicas. Esta parece ser a tendência, conforme se pode ver em Skinner (1995), quando diz que a intervenção depende da disponibilidade de controle sobre a situação, e em Shapiro et alii (1996), propondo a avaliação do perfil individual de controle, que considera inclusive o quanto cada um deseja exercer controle sobre os eventos.

Os resultados do presente estudo sugerem a necessidade de melhores definições e investigações mais precisas sobre os construtos focalizados, como a estabilidade na atribuição de causas, os fatores introjetivo e anaclítico. O tipo misto de depressão, por exemplo, apareceu relacionado com um estilo explanatório pessimista que é fortemente associado a altos níveis de depressão. Isto sugere que tal tipo não pode ser desconsiderado; antes disso, é necessário que se amplie a compreensão dos fatores introjetivo e anaclítico, com seus aspectos normais e evolutivos, e os aspectos negativos que podem ser associados aos exageros psicopatológicos. Somente então será possível considerar de forma mais elaborada o que seria o tipo misto, e quais as suas relações com a depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- BECK, A. (1975). *Depression: Causes and treatment*. Filadélfia: University of Pennsylvania Press.
- BLATT, S.J. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger psychotherapy research project revisited. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40,691-724.
- BLATT, S.J. & BLASS, R.B. (1990). Attachment and separatedness: A dialectic model of the products and processes of development throughout the life cycle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107-127.
- BLATT, S.J. & BLASS, R.B. (1992). Relatedness and self-definition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. Em J. Barron, M. Eagle & D. Wolitsky (Eds.). *Interface of Psychoanalysis and Psychology*. Washington D.C.: The American Psychological Association.
- BLATT, S.J. & MAROUDAS, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 157-190.
- BLATT, S.J., QUINLAN, D., CHEVRON, E., McDONALD, C., & ZUROFF, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124.
- BLATT, S.J., ZOHAR, A., QUINLAN, D., ZUROFF, D., & MONGRAIN, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the Depressive Experience Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64, 319-339.

- DAVID, J. & SULS, J. (1999). Coping efforts in daily life: Role of Big Five traits and problem appraisals. *Journal of Personality*, 67, 265-294.
- GRIFFIN, K. & RABKIN, J. (1998). Perceived control over illness, realistic acceptance, and psychological adjustment in people with AIDS. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 407-424.
- HAAGA, D., AHRENS, A., SCHULMAN, P., SELIGMAN, M., DeRUBEIS, R., & MINARIK, M. (1995). Metatraits and cognitive assessment: Application to attributional style and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 121-142.
- KUYKEN, W. & BREWIN, C. (1994). Stress and coping in depressed women. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 403-412.
- LEFCOURT, H.M. (1991). Locus of control. Em J.P. Robinson, P.R. Shaver, & L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (Vol. 1, pp. 413-499). San Diego: Academic Press.
- LUTHAR, S.S. & BLATI, S.J. (1993). Dependent and self-critical depressive experiences among inner-city adolescents. *Journal of Personality*, 61, 365-385.
- NEWMAN, H. & LANGER, E. (1981). Post-divorce adaptation and the attribution of responsibility. *Sex Roles*, 7, 223-232.
- PETERSON, C., MAIER, S.F., & Seligman, M.E. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press.
- PETERSON, C. & SELIGMAN, M. (1984). Causal explanation as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- PETERSON, C., SEMMEL, A., vonBEYER, C., ABRAMSON, L., METALSKY, G., & SELIGMAN, M. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-297.
- ROTTER, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-27.
- SELIGMAN, M. (1977). *Desamparo: Sobre depressão, desenvolvimento e morte*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- SHAPIRO, D.H. & ASTIN, J. (1998). *Control therapy: An integrated approach to psychotherapy, health, and healing*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- SHAPIRO, D.H., SCHWARTZ, C., & ASTIN, J. (1996). Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51, 1213-1230.
- SHAVER, P. & BRENNAN, K. (1991). Measures of depression and loneliness. Em J. P. Robinson, P.R. Shaver, & L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (Vol.1, pp. 195-289). San Diego: Academic Press.
- SKINNER, E.A. (1995). *Perceived control, motivation and coping*. London: Sage Publications.