

1

Descrição

1.1 Terminologia

O termo “depressão” pode se referir à emoção humana normal de tristeza em resposta a uma situação de perda, decepção, fracasso ou outro infortúnio. As definições nos dicionários se referem ao ato, ou estado, de ser deprimido ou rebaixado. Assim, metaforicamente, a depressão é o rebaixamento do humor por alguma força. Nós nos referimos à tristeza como um sentimento de estar na “fossa” ou “para baixo”. A depressão, sendo um tipo de transtorno emocional, é uma forma intensa e prolongada de abatimento desproporcional à força exercida sobre a pessoa. O humor varia em dois sentidos – para baixo e para cima –, e o transtorno emocional da mania é um período excessivo e prolongado de elevação do humor. Embora este livro se concentre na depressão, é necessário abordar os dois tipos de transtorno do humor para contextualizar a depressão entre os transtornos psiquiátricos.

Os transtornos do humor são constituídos de uma série complexa de critérios diagnósticos, subtipos e especificadores no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM), publicado pela American Psychiatric Association, atualmente em sua quinta edição com texto revisado (DSM-V-TR; American Psychiatric Association, 2013). A *Classificação Internacional de Doenças* (CID), publicada pela Organização Mundial da Saúde, também dispõe de um complexo sistema para denominação e classificação dos transtornos do humor. Além dessas duas fontes consagradas, existem vários outros termos e conceitos relacionados aos transtornos do humor que têm importância histórica, além de importância para a pesquisa ou a prática clínica.

A depressão, como palavra usada para descrever o desânimo, está na linguagem há vários séculos. Um termo ainda mais antigo é *melancholia*, que remonta ao inglês médio. A palavra é derivada do grego e significa “bile negra” ou “cólera negra”, um dos quatro humores do corpo segundo a definição da fisiologia antiga. A melancolia seria um excesso de bile negra, causadora de “mau humor”. Nas edições anteriores do DSM, a depressão era denominada *reação depressiva* ou *neurose depressiva*.

1.2 Definições

Tipos de episódios:

- Depressivo
- Maníaco
- Hipomaníaco

Existem várias maneiras de definir a depressão. Essa é uma das categorias mais complexas de diagnóstico no DSM, publicado pela American Psychiatric Association. Em primeiro lugar, os critérios diagnósticos definem episódios de humor: episódio depressivo maior (EDM), episódio maníaco, episódio hipomaníaco e episódio misto. A Tabela 1 apresenta o conjunto de critérios para diagnóstico de EDM.

Um episódio de mania é caracterizado por um período nítido de humor elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia dirigidas a objetivos com duração mínima de uma semana (menos se houver necessidade de hospitalização). Além disso, é necessário que haja três (quatro em caso de humor irritável) dos seguintes sintomas representando uma mudança notável do comportamento habitual: autoestima inflada ou grandiosidade; diminuição da necessidade de sono; loquacidade maior que a habitual ou pressão para continuar falando; fuga de ideias ou pensamentos acelerados; distraibilidade; aumento da atividade dirigida a objetivos; e envolvimento excessivo em atividades prazerosas com elevado potencial para consequências dolorosas (por exemplo, envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos). O episódio é maníaco se causar prejuízo funcional ou exigir hospitalização para evitar danos a si mesmo ou a outras pessoas. Se os mesmos critérios forem satisfeitos durante no mínimo quatro dias, mas não for satisfeito o critério de prejuízo funcional, é um episódio hipomaníaco. Os episódios maníacos e hipomaníacos podem cursar com sintomas de um episódio depressivo, assim como no episódio depressivo pode haver sintomas de um episódio maníaco/hipomaníaco; nesses casos, esses episódios de humor são descritos como “com características mistas”.

Tabela 1.

Critérios diagnósticos do episódio depressivo maior

- A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas (DSM-V) e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; no mínimo um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica nem delírios ou alucinações incongruentes com o humor.

- (1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase diariamente, indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.
- (2) Diminuição acentuada de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase diariamente (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
- (3) Perda de peso significativa sem estar fazendo dieta ou ganho de peso (p. ex., variação de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento do apetite quase diariamente. Nota: em crianças, considerar o fato de não alcançar o ganho de peso esperado.

- (4) Insônia ou hipersonia quase diariamente.
- (5) Agitação ou retardo psicomotor quase diariamente (observáveis por outras pessoas, e não apenas sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
- (6) Fadiga ou perda de energia quase diariamente.
- (7) Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase diariamente (não apenas autorrecriação ou culpa por estar doente).
- (8) Diminuição da capacidade de pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase diariamente (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
- (9) Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) nem a uma condição médica geral (p. ex., hipotireoidismo).
- D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
- E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Reproduzido com permissão de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision*, 5ª edição (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

A história dos episódios é examinada para estabelecer o diagnóstico. Se houve apenas EDMs, o diagnóstico é de transtorno depressivo maior (TDM). Se houve um ou mais episódios maníacos, o diagnóstico é de transtorno bipolar tipo I. Se houve um ou mais EDMs e um ou mais episódios hipomaníacos, sem episódio maníaco completo, o diagnóstico é de transtorno bipolar tipo II. Embora não esteja no DSM, alguns pesquisadores e clínicos também se referem ao transtorno bipolar tipo III. Se houve apenas EDMs, mas existe história familiar de transtorno bipolar, pode-se fazer o diagnóstico de transtorno bipolar tipo III. A implicação é que seria melhor tratar essa pessoa com medicamentos destinados ao tratamento do transtorno bipolar. Os medicamentos para TDM podem provocar episódios maníacos em pessoas com transtorno bipolar subjacente (I, II ou III).

O TDM é diagnosticado como episódio único ou recorrente. Além disso, se o episódio atual satisfizer todos os critérios, pode ser descrito ainda pelos seguintes especificadores (Tabela 2): leve, moderado, grave ou com características psicóticas; em remissão parcial, em remissão completa; não especificado; com sintomas ansiosos; com características mistas; com características melancólicas; com características atípicas; com características psicóticas congruentes com o humor; com catatonia; com

Os diagnósticos dependem da história dos episódios

início no periparto; com padrão sazonal (somente episódio recorrente). Se o episódio atual não satisfizer todos os critérios, pode ser especificado como em remissão parcial ou em remissão completa junto com quaisquer um dos itens 2 a 6 supracitados.

Tabela 2.
Especificadores do episódio

Leve
Moderado
Grave com características psicóticas; em remissão parcial, em remissão completa; não especificado

Especificadores do episódio

Crônico
Sintomas ansiosos;
Características mistas;
Características melancólicas;
Características atípicas;
Características incongruentes com o humor;
Catatonia;
Início no periparto;
Padrão sazonal (somente episódio recorrente).

Um diagnóstico é uma correspondência suficiente com um protótipo

A classificação dos episódios por gravidade é um reconhecimento de que a depressão é dimensional dentro do sistema categórico do DSM. Os instrumentos de medida da gravidade serão abordados adiante neste capítulo. Embora o DSM apresente conjuntos de critérios para decidir se uma pessoa deve receber determinado diagnóstico ou ser enquadrada em uma categoria, esses critérios são politéticos, visto que não é necessário que um indivíduo satisfaça todos os critérios e diferentes indivíduos podem satisfazer os critérios com diferentes padrões de sintomas do critério. O sistema também foi denominado prototípico (Cantor, Smith, French, & Mezzich, 1980) porque o conjunto de todos os critérios define o protótipo, ou seja, a forma completa e plena do transtorno. Considera-se que determinado indivíduo que tenha um subgrupo mínimo desses critérios constitua uma correspondência suficiente com o protótipo. A linguagem natural é prototípica. Quando usamos a palavra “cadeira”, o protótipo mental tem um assento, quatro pernas e um encosto, mas reconhecemos muitos outros objetos que têm correspondência suficiente para ser chamado de cadeira, como uma cadeira com menos pernas ou até mesmo uma “cadeira-pufe”. Os limites são vagos. A partir de que largura a cadeira passa a ser uma poltrona? Os diagnósticos psiquiátricos também são imprecisos, com casos marginais, superposições e limites indefinidos.

Os episódios depressivos e maníacos podem ser psicóticos

A depressão grave pode ter características psicóticas, que incluem delírios, alucinações e outros sinais positivos e negativos geralmente associados à esquizofrenia. Na maioria das vezes, os delírios durante episódios de depressão são “congruentes com o humor”, ou seja, são caracterizados por temas de culpa, punição, doença ou decomposição com

significado negativo para o paciente. Eles podem ser bizarros ou não bizarros. Os delírios bizarros estão relacionados com ideias impossíveis, como a de estar apodrecendo internamente. Também pode haver delírios não bizarros, por exemplo, uma mulher pode acreditar que está sendo envenenada por causa de seu comportamento pecaminoso. Os episódios maníacos também podem ter características psicóticas. Os delírios costumam ser congruentes com o humor e podem ser bizarros – por exemplo, um homem que acredita ter poderes mágicos –, ou não bizarros – por exemplo, uma mulher convicta de que tem ideias maravilhosas para um novo programa de televisão e precisa encontrar um modo de contar a uma celebridade da televisão. Se houver humor deprimido por mais de dois anos enquanto o indivíduo apresentar, no mínimo, dois outros sintomas depressivos, é constatado o transtorno depressivo persistente.

As características catatônicas são semelhantes às observadas na esquizofrenia com apresentação catatônica. Na maioria das vezes, essa condição é caracterizada por imobilidade motora ou estupor, negativismo extremo e resistência a instruções, mutismo, postura imprópria e ecolalia (repetição de frases sem significado ou repetição da fala de outras pessoas) ou ecopraxia (imitação dos gestos de outras pessoas). Às vezes, os indivíduos nesse estado se mantêm em posições desconfortáveis que podem ser modificadas por outras pessoas, o que é conhecido como “flexibilidade cêrea”, ou seja, flexível como uma estátua de cera. A pessoa também pode apresentar atividade motora agitada excessiva sem propósito e excessiva sem causa óbvia (excitação catatônica) (American Psychiatric Association, 2013).

Antigamente, fazia-se a distinção entre depressões reativas ou exógenas e depressões endógenas. A ideia que deu origem a essa distinção é que algumas depressões são uma resposta ou reação a perdas ou a outros estresses ambientais, enquanto outras ocorrem sem que haja um evento precipitante e são consideradas de origem interna ou endógena. Acreditava-se que as primeiras eram tratáveis com psicoterapia, enquanto o segundo tipo, por ser de origem biológica, responderia melhor ao tratamento medicamentoso. Entretanto, era difícil fazer uma distinção confiável. À medida que conhecem melhor cada paciente, é mais provável que os profissionais identifiquem eventos precipitantes aos quais os pacientes estavam reagindo. Assim, a baixa confiabilidade levou ao declínio do uso dessa distinção. O especificador com características melancólicas segue essa tradição, mas sem referência à etiologia. Em geral, considera-se que as pessoas com essas características tenham uma forma mais biológica de depressão, que responde melhor ao tratamento medicamentoso. A principal característica da depressão melancólica é a perda do prazer em todas, ou quase todas, as atividades ou a falta de reatividade a estímulos geralmente prazerosos. Essa característica também é conhecida como *anedonia* – ausência de capacidade de sentir prazer. Além disso, três ou mais das características a seguir estão presentes na depressão melancólica: (1) uma qualidade distinta de humor deprimido

A depressão pode ser catatônica

Acredita-se que as depressões melancólicas tenham uma origem mais biológica

(percebido como algo diferente da tristeza ou do pesar comum); (2) depressão regularmente pior pela manhã; (3) despertar cedo pela manhã (uma forma de insônia definida como despertar pelo menos duas horas antes do horário habitual); (4) agitação ou retardo psicomotor acentuado; (5) anorexia ou emagrecimento significativo (sem tentativa de fazer dieta); e (6) culpa excessiva ou inadequada (American Psychiatric Association; 2013). Retomaremos a depressão melancólica e as implicações desse conceito para o tratamento em um capítulo subsequente.

As depressões atípicas são acompanhadas de aumento de apetite, do peso e do sono

A depressão típica é acompanhada de perda de apetite, emagrecimento e dificuldade para dormir. O especificador com características atípicas implica aumento do apetite, ganho de peso e sono excessivo. Os critérios técnicos incluem, em primeiro lugar, reatividade do humor (ao contrário da anedonia observada na depressão melancólica) e, em segundo lugar, duas ou mais das seguintes características: (1) ganho de peso ou aumento do apetite significativos; (2) hipersonia; (3) paralisia “de chumbo” (sensação de braços ou pernas pesados como chumbo); e (4) um padrão duradouro de sensibilidade à rejeição interpessoal que acarreta prejuízo social ou ocupacional significativo (American Psychiatric Association, 2013).

Atualmente a depressão periparto é considerada um subgrupo dos diversos transtornos depressivos

O especificador com início no periparto é aplicado quando o episódio se inicia durante a gravidez ou nas quatro semanas depois de dar à luz. Antigamente, a depressão periparto era considerada uma forma diferente de depressão de causa biológica. Hoje, a etiologia é considerada mais complexa, e a depressão periparto é classificada como uma forma específica do transtorno dentro dos diagnósticos de transtornos do humor.

Especificadores do episódio atual:

- com sintomas ansiosos
- com características mistas
- com características melancólicas
- com características atípicas
- com características psicóticas congruentes ou incongruentes com o humor
- com catatonia
- com início no periparto
- com padrão sazonal
- com ciclagem rápida

Além dos especificadores de episódio já apresentados, o DSM apresenta ainda o padrão sazonal, associação regular entre o início dos episódios e a época do ano, e a ciclagem rápida, se a pessoa com diagnóstico de transtorno bipolar tipo I ou tipo II apresenta pelo menos quatro episódios de humor distintos no período de um ano, separados por remissão completa.

O padrão sazonal pode ser observado no TDM e nos transtornos bipolar tipo I e bipolar tipo II. O quadro típico é o início regular de episódios de depressão no outono com remissão ou substituição por mania na primavera. Uma situação mais rara é o início de episódios maníacos na primavera com remissão no outono.

Além desses transtornos do humor maiores, o DSM enquadra o transtorno depressivo persistente nos transtornos depressivos e o transtorno ciclotímico nos transtornos bipolares. Essas são versões mais leves, porém mais crônicas, da depressão e do transtorno bipolar. O diagnóstico do transtorno depressivo permanente demanda uma duração de dois anos, durante os quais a pessoa apresenta humor deprimido “na maior parte do dia, na maioria dos dias” (APA, p. 168), porém somente dois sintomas de uma lista de seis. O transtorno ciclotímico também

demanda uma duração de dois anos, durante os quais a pessoa tem obrigatoriamente numerosos períodos de sintomas de hipomania e depressão que nunca satisfazem os critérios para nenhum desses episódios. O transtorno depressivo persistente pode se apresentar com início precoce antes dos 21 anos de idade ou com início tardio se ocorrer aos 21 anos ou mais. O transtorno depressivo maior pode cursar com sintomas ansiosos; características mistas, melancólicas, atípicas, psicóticas e com início no periparto. As condutas psicológicas de tratamento refletem essa semelhança e serão abordadas em um capítulo adiante.

O DSM-IV-TR também conteve um apêndice intitulado “Conjuntos de critérios e eixos propostos para estudos adicionais”. Como indica o nome, essas categorias foram sugeridas por vários especialistas, mas não foram formalmente adotadas pelos comitês do DSM, que aguardam outras pesquisas com uso dos critérios propostos para estabelecer sua validade. Entre essas categorias estava o transtorno da personalidade depressiva, com forte base em sintomas psicológicos, como melancolia, autoestima negativa e pessimismo, em contraposição aos conjuntos de sintomas do transtorno depressivo e do transtorno depressivo maior, de base mais biológica. Esse transtorno de personalidade depressiva pode ser considerado no DSM-V como transtorno de personalidade não especificado. O transtorno depressivo menor, por outro lado, usa o mesmo conjunto de nove sintomas, mas bastam dois (e menos de cinco) sintomas (ou seja, menos que o transtorno depressivo maior). O diagnóstico de transtorno depressivo breve recorrente demanda a satisfação dos critérios para episódio depressivo maior, com exceção da duração de duas semanas. É necessário que a pessoa tenha pelo menos um desses episódios por mês durante um ano. O transtorno misto de ansiedade e depressão (que não consta do DSM-V, mas consta na CID-10), como indica o nome, abrange uma série de sintomas, entre os quais estão a ansiedade e a depressão, sem satisfazer os critérios para nenhum desses dois diagnósticos específicos.

O DSM-IV baseia-se em uma visão categórica dos transtornos psiquiátricos, enquanto o DSM-V tenta dar espaço a uma visão dimensional. Contudo, as questões de gravidade são resolvidas em parte com especificadores de gravidade, mas também pela criação de categorias separadas para casos com menos sintomas ou menor duração que os necessários para o diagnóstico primário. Por exemplo, diagnósticos como o transtorno depressivo persistente e os transtornos depressivos não especificados permitem a inclusão de transtornos que causam menos sintomas ou de duração diversa. Uma perspectiva mais psicológica poderia considerar a depressão como dimensional em termos de gravidade e talvez de duração também. A visão categórica do DSM-IV produzia excentricidades, como o conceito de “depressão dupla”, termo usado para descrever uma pessoa que primeiro atendeu ao critério para distimia e, depois, para transtorno depressivo maior. De acordo com o sistema categórico do DSM-IV, a pessoa poderia receber os dois diagnósticos,

O transtorno depressivo persistente e o transtorno ciclotímico são versões mais leves e crônicas dos transtornos unipolar e bipolar

Há superposição entre a depressão e os diagnósticos de ansiedade e esquizofrenia

A CID-10 é um sistema de diagnóstico publicado pela Organização Mundial da Saúde

daí o termo “depressão dupla”. Outra excentricidade ocorre quando há superposição de sintomas de dois transtornos e essa superposição é considerada outra categoria, como no transtorno misto de ansiedade e depressão da CID-10. Mais um exemplo no DSM é o transtorno esquizoafetivo, diagnosticado quando ocorre um episódio depressivo maior com sintomas simultâneos de esquizofrenia.

A Organização Mundial da Saúde publica a *Classificação Estatística Internacional de Doenças*, agora em sua décima revisão, conhecida como CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1992). Seu propósito é auxiliar a classificação e a tabulação de dados de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Nos Estados Unidos, o National Center for Health Statistics publica uma “modificação clínica” da CID-10, conhecida como CID-10-CM, com o objetivo de classificar e tabular a incidência e a prevalência de doenças e transtornos no país. Há uma tentativa de coordenar o sistema CID-10-CM com os códigos diagnósticos nos Estados Unidos, como os que estão no DSM. Com relação aos transtornos do humor, os termos usados são ligeiramente diferentes e os diagnósticos são agrupados de maneira um pouco diferente, mas a maioria dos diagnósticos é semelhante. As principais categorias da CID-10-CM são identificadas na Tabela 3. Nas primeiras quatro categorias estão subtipos baseados principalmente na gravidade. Os transtornos do humor persistentes incluem a distímia e a ciclotímia. O sistema CID-10 é um importante sistema alternativo ao DSM e é usado em muitos lugares do mundo em vez do DSM.

Após a primeira redação deste texto, foi concluído o processo de revisão para a publicação do DSM-V em 2013. Continua em preparação o lançamento da CID-11. Espera-se que a CID dê mais atenção ao funcionamento diário e à qualidade de vida (Kupfer, Regier, & Kuhl, 2008).

Os diagnósticos na CID-10 são um pouco diferentes dos diagnósticos no DSM

Tanto o DSM quanto a CID-11 estão em processo de revisão

Tabela 3.

Principais categorias de transtornos na CID-10-CM

Episódio maníaco Transtorno afetivo bipolar Episódio depressivo Transtorno depressivo recorrente Transtornos de humor (afetivos) persistentes (distímia e ciclotímia) Outros transtornos do humor (afetivos)

Os vários diagnósticos supracitados são pertinentes para a avaliação e o tratamento da depressão. No entanto, a depressão como emoção por si só também é importante para compreender os seus fenômenos. Há uma longa tradição de pesquisa para estudo das relações entre as conotações emocionais das palavras. O trabalho clássico foi realizado por Charles Osgood (1962), que usou a técnica do diferencial semântico na qual palavras afetivas são classificadas de acordo com uma série de dimensões bipolares. Osgood estabeleceu que a conotação poderia ser

explicada pelas três dimensões primárias de avaliação (bom-mau), potência (forte-fraco) e atividade (ativo-passivo).

Desde o trabalho de Osgood, foram desenvolvidos vários modelos diferentes para explicar as dimensões básicas da emoção. Um modelo proeminente entre esses é o modelo circumplexo bidimensional de Russell (1980), que organiza as emoções ao redor de um círculo como as cores em um círculo cromático. Os eixos horizontal e vertical do modelo de Russell são prazer-desprazer (alegre-triste) e excitação (tenso-relaxado). A depressão está localizada no extremo da dimensão horizontal do desprazer e em um ponto neutro virtual na dimensão da excitação.

Watson e Tellegen (1985) descreveram um circumplexo semelhante. O modelo de Watson e Tellegen pode ser interpretado como uma rotação de 45 graus do modelo de Russell, mas acrescenta o intrigante elemento de sugerir que os eixos horizontal e vertical primários do circumplexo são o afeto positivo e negativo como dimensões separadas e independentes, e não como polos opostos de uma mesma dimensão. Nele a depressão é representada por elevado afeto negativo e ausência relativa de afeto positivo. Com base nesse modelo, os autores (Watson, Clark, & Tellegen, 1988) desenvolveram um instrumento para avaliar o afeto positivo e negativo, a Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS), que será analisada adiante neste capítulo. Clark e Watson (1991) apresentaram um modelo de ansiedade e depressão que acrescentou uma terceira dimensão. Nesse caso, as dimensões são identificadas como aflição geral (afeto negativo), anedonia (ausência de afeto positivo) e hiperexcitação fisiológica, que é análoga à potência de Osgood. Esses modelos ajudam a definir a emoção da depressão e são adequados para compreender os mecanismos de atuação da psicoterapia na depressão.

Os conceitos básicos de emoção contribuem para nossa compreensão da depressão

1.3 Epidemiologia

A depressão é, muitas vezes, considerada o simples resfriado das doenças mentais por causa de sua alta prevalência. A Organização Mundial da Saúde a classifica como a quarta maior carga global de doença com base nos anos vividos com incapacidade (Organização Mundial da Saúde, 1992). Durante as últimas décadas, vários estudos epidemiológicos de larga escala avaliaram a prevalência de depressão e outros transtornos nos Estados Unidos e no mundo. No final da década de 1980, foram publicados os resultados do estudo *Epidemiological Catchment Area* (área de captação epidemiológica), do National Institute of Mental Health (NIMH) (Regier et al., 1988), que analisou amostras comunitárias de cinco áreas de captação nos Estados Unidos: New Haven, Baltimore, St. Louis, Durham e Los Angeles. A prevalência em seis meses de todos os transtornos afetivos foi de 5,8% e a prevalência vitalícia foi de 8,3%. As prevalências em seis meses e vitalícia de episódio maníaco

A depressão é uma carga para a saúde e a economia mundiais

Uma série de levantamentos nacionais oferece estimativas da incidência e da prevalência de transtornos do humor

foram respectivamente de 0,5% e 0,8%, as de episódio depressivo maior foram de 3,0% e 5,8% e as de distímia foram de 3,3% e 3,3%. As taxas de transtorno afetivo só foram menores que as taxas de transtorno de ansiedade. A prevalência em um mês nas mulheres foi de 6,6% em comparação com 3,5% nos homens.

Os resultados do *National Comorbidity Study* (estudo de comorbidade nacional) foram publicados em 1994 (Kessler et al., 1994). Esse estudo entrevistou uma amostra probabilística estratificada nacional de indivíduos não institucionalizados com idade de 15 a 54 anos. As taxas de qualquer transtorno afetivo foram menores que as de transtorno de ansiedade e de transtornos por abuso de substância. A prevalência em 12 meses de qualquer transtorno afetivo relatada pelo estudo foi de 11,3% e a prevalência vitalícia foi de 19,3%. As taxas de episódio maníaco foram respectivamente de 1,3% e 1,6% (1,3% e 1,7% nas mulheres e 1,4% e 1,6% nos homens); as taxas de episódio depressivo maior foram de 10,3% e 17,1% (12,9% e 21,3% nas mulheres e 7,7% e 12,7% homens); e de distímia, 2,5% e 6,4% (3% e 8% nas mulheres e 2,1% e 4,8% nos homens).

Mais recentemente, o *National Comorbidity Study* (NCS-R) foi replicado em um levantamento nacional com entrevistas presenciais de uma amostra probabilística de entrevistados com idade mínima de 18 anos. Esse levantamento mostrou uma taxa de TDM em 12 meses de 6,6% e uma taxa vitalícia de 16,2% (Kessler et al., 2003). As prevalências de transtorno bipolar tipo I foram de 0,6% e 1%, de transtorno bipolar tipo II, 0,8% e 1,1% e de transtorno bipolar sublimiar, 1,4% e 2,4% (Merikangas et al., 2007). Em geral, as prevalências em 12 meses e vitalícia de transtornos do humor foram de 9,5% e 20,8% (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005). As estatísticas variam entre os estudos por causa de pequenas diferenças dos instrumentos usados, da capacitação dos entrevistadores, das taxas de participação e de outros fatores, além de erros aleatórios. As taxas de TDM são sistematicamente maiores que as taxas de transtorno bipolar ou distímia, e as taxas de TDM são repetidamente maiores nas mulheres.

1.3.1 Coorte etária

Quanto mais recente for a década de nascimento de uma pessoa, maior é a probabilidade de depressão e mais cedo deve ocorrer o primeiro episódio

Uma das constatações interessantes do estudo NCS-R (Kessler et al., 2003) surgiu quando os entrevistadores perguntaram aos participantes a idade de início do primeiro episódio de depressão ao determinarem a prevalência vitalícia. Os dados foram representados divididos por coortes etárias de 60 anos ou mais, 45 a 59 anos, 30 a 44 anos e 18 a 29 anos. Essas curvas são progressivamente mais íngremes, ou seja, quanto mais jovem é a pessoa, mais cedo ocorreu o primeiro episódio de depressão e maior é a probabilidade de um episódio ao longo da vida. A partir do gráfico pode-se constatar que cerca de 13% das pessoas com 60 anos

ou mais relataram depressão ao longo da vida; essa taxa foi de pouco mais de 20% nas pessoas de 45 a 59 anos, 24% nas pessoas de 30 a 44 anos e cerca de 25% nas pessoas de 18 a 29 anos.

Essa descoberta não é nova. Gráficos cumulativos muito semelhantes foram publicados em 1992 (Cross-National Collaborative Group, 1992). Tanto os participantes nascidos de 1905 a 1914 (então com cerca de 65 anos em média) quanto aqueles nascidos antes de 1905 relataram um total de episódios de depressão ao longo da vida de aproximadamente 1% em comparação com cerca de 3% naqueles nascidos de 1915 a 1924, cerca de 5% nos nascidos de 1925 a 1934, cerca de 9% nos nascidos de 1935 a 1944, cerca de 9,5% nos nascidos de 1945 a 1954 e já de 6% nos nascidos de 1955 em diante (idade aproximada de 25 anos), que também tiveram a curva ascendente mais íngreme. Com exceção de algumas amostras hispânicas, os mesmos conjuntos de curvas foram encontrados em nove estudos epidemiológicos e três estudos familiares em todo o mundo.

É preciso ter cautela ao interpretar esses resultados. Muitos artefatos poderiam estar influenciando esses gráficos. Embora se tenha perguntado aos participantes sobre períodos em que apresentaram conjuntos de sintomas específicos, as pessoas idosas podem ser menos propensas a identificar suas lembranças como episódios de depressão e mais propensas a esquecer sua ocorrência. As pessoas mais jovens podem estar mais conscientes do diagnóstico de depressão. Nas sucessivas gerações, a aceitação social da autoidentificação como deprimido se tornou cada vez maior. Além disso, alguns dos indivíduos com depressão mais grave podem não ter sobrevivido nos grupos de idade mais avançada.

Apesar dessas ressalvas, as evidências são muito homogêneas e provêm de uma quantidade grande demais de resultados para desprezá-las. *Quanto mais recente for o nascimento de uma pessoa, maior é a probabilidade de depressão e mais cedo deve ocorrer o primeiro episódio em sua vida.* Qual a razão? A depressão tem um componente biológico, mas eu nunca ouvi ninguém sugerir que a genética ou a biologia tenham se modificado com tanta rapidez em apenas algumas décadas. Na verdade, o aumento do número de casos suscita algumas questões para a perspectiva biológica da depressão. Isso significa que um maior segmento da população tem predisposição biológica e o estresse apenas aumentou seu efeito sobre as pessoas? A maioria das pessoas atribuiria esses dados surpreendentes a mudanças ocorridas na sociedade.

Martin E. P. Seligman (1990) propôs uma resposta à pergunta “Por que existem tantos casos de depressão atualmente?”. Ele sugeriu que o aumento da depressão corresponde a mudanças ocorridas em nossa sociedade, que aumentam o sentimento de responsabilidade pessoal por eventos negativos, e a uma modificação semelhante na qual as comunidades perderam a capacidade de responder a problemas. Seligman sugere que nós estamos vivendo a “era do indivíduo” em que nossa sociedade destaca a responsabilidade da pessoa, atribuindo a ela tanto o crédito

Seligman sugere que o estresse sobre a individualidade nos EUA é responsável pelo aumento das taxas de depressão

quanto a culpa. Ele atribui essa ênfase principalmente à prosperidade dos Estados Unidos, que possibilita aos indivíduos fazer uma grande variedade de escolhas individuais em suas vidas. Ao mesmo tempo, ele cita uma redução da responsabilidade da comunidade. À medida que nossa população se torna mais móvel e as famílias são fragmentadas, diminui nosso sentimento de pertencer a uma comunidade. Não temos comunidades estáveis, e as comunidades construídas em torno de instituições, como escolas e igrejas, também perderam sua força. Seligman considera também que eventos históricos ocorridos nos Estados Unidos contribuem para nosso sentimento de que a sociedade não é capaz de resolver seus problemas. Ele usa os assassinatos políticos da década de 1960, a Guerra do Vietnã e o caso Watergate para ilustrar seu argumento de que a maioria das pessoas perdeu a fé na capacidade do país de encontrar soluções para os problemas.

Caso clínico Autodiagnóstico

Um antigo psiquiatra me contou certa vez que era comum os pacientes afirmarem: "Doutor, eu não estou dormindo bem, perdi o apetite e me sinto muito mal comigo mesmo". Ele respondia: "Certamente você está deprimido". Agora, segundo ele, os pacientes dizem: "Doutor, estou deprimido", e sua resposta é "Ah, você não está dormindo bem? Perdeu o apetite e está se sentindo mal consigo mesmo?". Hoje as pessoas estão muito mais preparadas para o autodiagnóstico.

O resultado é que os indivíduos sentem todo o peso da responsabilidade por suas escolhas e por seus sucessos e fracassos. Uma criança com baixo rendimento escolar é vista como um caso de fracasso pessoal, enquanto a família, a escola e a comunidade pouco se responsabilizam por esse problema. A responsabilidade individual nos torna mais vulneráveis a assumir a responsabilidade pelo fracasso e a nos sentir impotentes para mudar nossa própria vida. Seligman vê o desamparo como um elemento central na depressão. Sua teoria do desamparo para a depressão será analisada em um capítulo subsequente.

A explicação de Seligman para o aumento da depressão se concentra em eventos históricos ocorridos nos Estados Unidos. Entretanto, o fenômeno de aumento das taxas de depressão também é observado em outros lugares (Cross-National Collaborative Group, 1992). Alguns locais em que houve aumento dos casos de depressão (por exemplo, Itália, Líbano, Taiwan e Nova Zelândia) têm atmosfera social e história diferentes. O sentimento de individualidade, por exemplo, pode ser menos prevalente em Taiwan e na Nova Zelândia. Esses outros países também podem ter passado por frustrações com as soluções nacionais para seus problemas, mas seria absurdo esperar que esses eventos coincidisse com os problemas enfrentados pelos Estados Unidos. Um problema com a explicação de Seligman da mudança na sociedade é que se concentra

em questões ocorridas durante um período específico da história, a década de 1960. Se essa década fosse um divisor de águas, as várias curvas cumulativas para as coortes de diferentes idades deveriam se tornar mais íngremes quando aquela coorte estivesse vivendo aquele período. Não se observam essas inflexões nas curvas. Se o aumento do desamparo e a perda de controle sobre nossas vidas for a causa do aumento da depressão, esse efeito tem de ser gradual e mundial. O Cross-National Collaborative Group (1992) sugeriu que estudos empíricos da relação entre vários índices demográficos, epidemiológicos, econômicos e sociais e o aumento da depressão em diferentes países poderiam esclarecer as causas associadas.

1.3.2 Gênero

A prevalência de depressão é maior nas mulheres que nos homens. O DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) menciona proporções mulheres/homens de 1,5:1 a 3:1. O *National Comorbidity Survey* relatou uma proporção aproximada de 1,7:1 tanto da prevalência vitalícia quanto da prevalência em 12 meses (Kessler et al., 1994). O estudo NCS-R constatou aproximadamente a mesma proporção da prevalência vitalícia e uma proporção de 1,4:1 da prevalência em 12 meses (Kessler et al., 2003). Por outro lado, *as taxas de transtorno bipolar são aproximadamente iguais em homens e mulheres.* As proporções de depressão entre os gêneros não são limitadas aos Estados Unidos. Em revisões dos dados disponíveis, Myrna Weissman e colegas (Weissman et al., 1996; Weissman & Klerman, 1977) citam dados de estudos realizados em outros países que documentam que o número de mulheres deprimidas é 1,5 a 2,0 vezes maior que o de homens. Meninos e meninas têm pontuações iguais nos inventários de depressão. As pontuações e as taxas de depressão só começam a divergir a partir da adolescência (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002).

Existem várias explicações diferentes para as maiores taxas de depressão em mulheres, inclusive hipóteses endócrinas e hormonais. Cyranowski e colegas (Cyranowski, Frank, Young, & Shear, 2000) sugerem que hormônios puberais aumentam a necessidade de vínculo em meninas adolescentes, assim intensificando o estresse da socialização. Estudos familiares sugerem que a depressão tem um componente hereditário. Vários estudos, porém, constataram que a depressão em mulheres e o abuso de substâncias em homens (sobretudo o alcoolismo) acometem vários membros das mesmas famílias (Winokur & Clayton, 1967). Esse fato sugere um componente genético básico semelhante, porém os homens podem não ter coragem de demonstrar a depressão e recorrer ao uso de álcool para medicá-la. Hammen e Peters (1977) demonstraram que avaliadores de ambos os sexos reagiam de maneira menos positiva a um “colega estudante” fictício com sintomas

A partir da adolescência as taxas de depressão são maiores nas mulheres que nos homens

de depressão quando se atribuía a essa pessoa um nome masculino. Eles concluíram que os homens enfrentam reações negativas quando demonstram que estão deprimidos e, portanto, aprendem outros meios de lidar com seus sentimentos negativos. A depressão não apenas é mais aceitável em mulheres, mas pode ser que as mulheres sejam incentivadas por satisfazerem as expectativas de depressão de outras pessoas. Um estudo de percepções familiares entre adultos constatou que é mais provável que as mulheres sejam consideradas deprimidas por um parente, mesmo quando elas próprias não se queixam de depressão (Brommelhoff, Conway, Merikangas, & Levy, 2004). Também houve maior probabilidade de que os parentes atribuíssem a depressão feminina a causas internas, enquanto apontaram causas externas igualmente entre homens e mulheres. Esse viés de gênero pode tornar as mulheres mais suscetíveis à depressão, porque elas estão confirmando a impressão alheia sobre elas e os outros podem reforçar essas confirmações.

Radloff (1975) analisou correlatos demográficos de depressão e relatou que, no sexo masculino, *homens casados e divorciados são os menos deprimidos e homens viúvos são os mais deprimidos*. No sexo feminino, *a incidência de depressão é maior em mulheres casadas e divorciadas e é menor nas mulheres que nunca se casaram*. As mulheres têm mais depressão que os homens se estiverem trabalhando, enquanto os homens têm mais depressão quando desempregados. A juventude, a pobreza e a educação limitada são correlatos da depressão mas, quando controlados, esses fatores não são responsáveis pelas diferenças nas taxas de depressão entre os gêneros. Quando se controlam a satisfação conjugal e a profissional, as mulheres casadas que trabalham fora são menos deprimidas que as que não trabalham, embora ainda sejam mais deprimidas que os maridos que trabalham. A interpretação de Radloff sobre esses dados é que o trabalho fora de casa é um canal para a autoexpressão das mulheres. Para concluir, ela recorre a um modelo de desamparo aprendido da depressão, sugerindo que as mulheres têm mais limitações na vida e são mais propensas a se sentir impotentes para controlar os resultados. A maior vulnerabilidade decorrente de um estilo explicativo mais desamparado em meninas também foi sugerida por Nolen-Hoeksema, Girgus e Seligman (1991).

Aaron Beck (1983) introduziu o conceito de sociotropia-autonomia para explicar as diferenças individuais de vulnerabilidade à depressão. Um indivíduo sociotrópico valoriza as relações interpessoais e sua autoestima depende da opinião favorável dos outros. A pessoa autônoma concentra-se nas realizações e conquistas e encontra autovalorização no êxito desses empreendimentos. Os sociotrópicos são suscetíveis à depressão quando há perturbação ou perda das relações interpessoais. Os indivíduos autônomos são mais suscetíveis à depressão em casos de falhas ou outros reveses no campo das realizações. Embora muitas vezes os conceitos sejam discutidos como se fossem dois tipos opostos de pessoas, a escala desenvolvida para medir a sociotropia-autonomia conside-

As pessoas sociotrópicas são mais suscetíveis a perdas interpessoais, e as pessoas autônomas são mais suscetíveis a perdas no campo das realizações

ra que são dimensões separadas, e as duas podem ser altas ou baixas em uma mesma pessoa (Bieling, Beck, & Brown, 2000). Importante para a diferença da depressão entre homens e mulheres é a constatação comum de que a alta pontuação em sociotropia é mais frequente entre as mulheres, enquanto a alta pontuação em autonomia é mais frequente entre os homens. As mulheres podem ser mais vulneráveis que os homens devido à maior probabilidade de estresses interpessoais em nossa sociedade.

Em uma observação semelhante, Sidney Blatt e seus colegas (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982) se inspiraram em uma tradição psicodinâmica e propuseram a distinção entre experiências de depressão dependentes e autocríticas. A dimensão dependente da depressão, antes conhecida como “depressão anaclítica”, é caracterizada por sentimentos de desamparo, fraqueza e medo intenso de abandono. A depressão autocrítica, antes denominada “introjetiva”, é caracterizada por sentimentos de competição, desvalia, culpa e constante autoavaliação. Mais tarde, Blatt acrescentou uma terceira dimensão de eficácia caracterizada por esforço orientado para objetivos e valorização das realizações. As tendências dependentes são semelhantes à sociotropia, enquanto as duas últimas dimensões de Blatt são semelhantes à autonomia. O grupo (Zuroff, Quinlan, & Blatt, 1990) desenvolveu um Questionário de experiências depressivas para medir as três dimensões. A exemplo de outras medidas de depressão, as mulheres tendem a apresentar maior pontuação na escala de dependência e, portanto, podem ser mais vulneráveis à depressão por estresses associados a relacionamentos dependentes.

Outra justificativa para o maior risco de depressão nas mulheres é oferecida por Susan Nolen-Hoeksema (Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999) em termos de diferentes estilos de enfrentamento entre homens e mulheres. Em resposta a um evento que provoca tristeza, as mulheres são mais propensas a responder passivamente e a ruminar sobre o evento e suas causas e implicações. É mais provável que as mulheres discutam sua tristeza com outras pessoas e tentem encontrar os motivos. Os homens tendem a responder ativamente, desviando o pensamento para outro assunto ou se distraíndo com alguma outra atividade. Embora um estilo de enfrentamento ruminativo seja uma dimensão contínua, de modo que homens e mulheres podem ruminar e ambos podem se distrair em graus variáveis, as mulheres têm maior pontuação na escala de ruminação e os homens, na escala de distração. *A ruminação prolonga e amplifica os sentimentos negativos, enquanto a distração causa sua redução.* A ruminação também dá tempo para associar eventos e reações a eventos semelhantes no passado e para desenvolver explicações pessimistas e depressivas para eventos pessoais. Considera-se que a ruminação interage com outras tensões crônicas e um baixo nível de controle para provocar a depressão.

É óbvio que há alguma superposição dessas explicações. O indivíduo sociotrópico pode ser mais dependente de outras pessoas, temer o

As mulheres são mais propensas a responder às perdas com um estilo ruminativo de enfrentamento

abandono, se sentir desamparado e ruminar sobre problemas nos relacionamentos. O indivíduo autônomo pode investir excessivamente sua autoestima em um emprego e criticar o próprio trabalho. Também houve tentativas de desenvolver modelos integradores que incorporem múltiplos fatores causais.

Hyde, Mezulis e Abramson (2008) apresentam um modelo ABC que associa vulnerabilidades afetivas, biológicas e cognitivas ao estresse da vida. O modelo incorpora a maioria dos fatores supracitados e acrescenta alguns fatores de risco para depressão aos quais as mulheres são expostas. Entre os fatores afetivos citados estão o estilo de personalidade, a dependência e as necessidades de vínculo (cf. sociotropia), além do temperamento, como a emocionalidade negativa. Os fatores biológicos incluem risco familiar, mecanismos genéticos específicos e hormônios puberais. Os fatores cognitivos abrangem estilo cognitivo negativo (atribuições de desamparo), ruminação e insatisfação com a imagem corporal. A partir da adolescência, todos esses elementos interagem com estressores como o abuso sexual compreendido em *lato sensu*, os eventos interpessoais negativos e a pressão para obedecer a papéis de gênero. O modelo incorpora habilmente fatores de modelos teóricos que têm respaldo empírico.

1.3.3 Resumo

A depressão é um transtorno comum e tem grande impacto na sociedade. As pesquisas sugerem que tanto a depressão maior quanto o transtorno bipolar estão em crescimento no mundo, embora as razões desse aumento não estejam claras. As crianças têm igual pontuação nas escalas de medida da depressão, mas na adolescência a depressão torna-se mais comum no sexo feminino, com uma proporção aproximada de 1,5:1 a 3:1. Essa proporção é observada em todo o mundo. Vários fatores foram propostos para explicar essas diferenças e muitos deles contam com respaldo empírico.

1.4 Evolução e prognóstico

A descrição dos transtornos do humor desde o DSM-IV abordou com muitos detalhes o curso do transtorno. Criaram-se descritores de curso para os subtipos e os especificadores. “Episódio único” e “episódio recorrente” são subtipos. A recorrência também é um elemento importante para o prognóstico. Cinquenta por cento das pessoas que têm um primeiro episódio de TDM apresentam um segundo episódio, e 70% destas têm um terceiro episódio. As pessoas que apresentam três episódios têm uma chance de 90% de ter um quarto episódio e outros mais (American

O DSM-IV enfatiza as variações no curso da depressão

Psychiatric Association, 2000). O curso do TDM recorrente é descrito da mesma forma que o episódio único, e pode se apresentar como: leve, moderado, grave, com características psicóticas, em remissão parcial, em remissão total, e não especificado. Em vista da probabilidade de recorrência e da ausência de recuperação completa entre os episódios, muitos especialistas acreditam que a depressão recorrente deve ser considerada um transtorno crônico e tratada como tal.

A idade típica do primeiro episódio de depressão é por volta dos 25 anos. Como exposto antes, porém, o início ocorre mais cedo nas pessoas nascidas em décadas mais recentes. O diagnóstico de depressão também tem sido mais frequente em crianças. Esse diagnóstico em crianças gerou algumas controvérsias. A síndrome é menos coerente em crianças e, portanto, a confiabilidade do diagnóstico é baixa. Muitas vezes, elas são tratadas com antidepressivos, embora haja poucas evidências da efetividade desses medicamentos em crianças. A preocupação com a possibilidade de que alguns inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs) aumentem a taxa de suicídio em crianças e adolescentes levou à inclusão de advertências nos rótulos desses medicamentos, embora as evidências sejam controversas.

O padrão sazonal está claramente relacionado com a exposição à luz e à duração dos dias. A menor exposição à luz leva ao início de depressão. Esse tipo de depressão é mais comum nas regiões mais próximas dos polos e menos comum perto do Equador, onde a variabilidade anual da luz diurna é menor. O DSM determina que essa depressão deve ocorrer durante no mínimo dois anos seguidos, com número muito maior de episódios sazonais que não sazonais. É interessante notar que as pesquisas sugerem que, mesmo em indivíduos sem padrão sazonal regular, é maior a probabilidade de início de episódios depressivos no outono e de remissão na primavera que nas outras estações. O padrão sazonal foi reconhecido no DSM há poucas décadas; entretanto, é um fenômeno conhecido há muito tempo nos países escandinavos, onde recebe nomes como “doença da primavera” e o tratamento tradicional é recomendar o uso de lâmpadas solares. A luz intensa como tratamento da depressão será abordada em um capítulo adiante.

O início no periparto tem suas próprias complexidades. Em edições anteriores do DSM, a depressão no periparto era um diagnóstico independente. Agora é tratada como um especificador. Em parte, isso reconhece que a depressão durante esse período é semelhante a qualquer outra depressão, embora ainda se discuta a existência de uma contribuição hormonal específica. É possível distinguir três tipos de depressão com início após o parto. A disforia do pós-parto (*postpartum blues*) é uma experiência comum após o nascimento de uma criança. É uma forma leve de depressão e é mais provável que seja consequência dos vários estresses associados ao nascimento de um filho. A depressão com especificador com início no periparto é diagnosticada quando são satisfeitos os critérios do DSM. Esses episódios são semelhantes a outras formas de

Os primeiros episódios de depressão costumam ocorrer por volta de 25 anos, mas parece haver uma tendência de início mais cedo

Os transtornos com padrão sazonal têm um quadro típico de início no outono e remissão na primavera. Os transtornos não sazonais surgem com maior frequência no outono, com remissão na primavera

Hoje se acredita que as depressões pós-parto sejam um subtipo de episódio, e não um transtorno à parte

depressão e tendem a ser objeto de uma forma ou outra de tratamento. A depressão psicótica com início no periparto é a forma mais grave. Nesses casos, há uma preocupação com o perigo de danos a si mesma e aos filhos e, embora sejam raros, esses incidentes frequentemente chegam aos noticiários. Por isso, o tratamento dessas pessoas é essencial. Michael O'Hara constatou que fatores como a condição de solteira, a ausência de apoio social e a existência prévia de alguns sintomas de depressão foram preditores de depressão com início no periparto (O'Hara, Rehm, & Campbell, 1982, 1983). Outros fatores identificados associados à depressão com início no periparto são: tabagismo durante os últimos três meses de gravidez; maus-tratos físicos antes ou durante a gravidez; estresse relacionado com o parceiro, trauma ou finanças durante a gravidez; e nascimento de um lactente com baixo peso ao nascimento (Centers for Disease Control and Prevention, 2008).

Caso clínico

Um caso de depressão com padrão sazonal

Certa vez, ao entrevistar uma mulher, ela me contou que apresentava um episódio de depressão a cada outono há anos. A depressão era tamanha que ela não sentia vontade de fazer muita coisa e costumava se sentar no quintal e ler todos os dias. Ela estava se expondo à luz intensa natural e os episódios entravam em remissão no início da primavera. Naquele ano, a depressão estava tão intensa que ela sequer tinha vontade de ir ao quintal e ler. Em vez disso, permanecia dentro de casa, com as cortinas fechadas. Por isso, não houve remissão na primavera e ela acabou procurando ajuda para o tratamento da depressão. Ela nunca ouvira falar em transtorno afetivo sazonal, e eu expliquei o que era antes de encaminhá-la a uma clínica para avaliação e fototerapia apropriada.

Ciclagem rápida é um termo usado para indicar a ocorrência de quatro ou mais episódios por ano

A ciclagem rápida (quatro ou mais episódios de humor em um ano) ocorre em 10% a 20% dos casos e é mais frequente em mulheres. Em casos raros, pode incluir a alternância de episódios em dias ou até mesmo horas. A ciclagem rápida está associada a prognóstico sombrio. Em transtornos do humor unipolares e bipolares, o prognóstico sombrio está associado a: início mais cedo, episódios mais graves e recuperação incompleta de um episódio inicial.

1.5 Diagnóstico diferencial

Os critérios do DSM demandam questionamento cuidadoso para diferenciar os tipos e padrões dos episódios

O diagnóstico diferencial entre os próprios transtornos do humor pode ser difícil. Um primeiro episódio de depressão pode ser o prenúncio de depressão posterior em sua forma unipolar ou pode ser o primeiro episódio de um transtorno bipolar. Do mesmo modo, pode ser difícil diferenciar um episódio maníaco com humor irritável ou um episódio misto de um EDM. De todo modo, a investigação da história familiar

pode ajudar a determinar o diagnóstico. Um período longo de depressão (mais de dois anos) sem remissão pode satisfazer critérios para transtorno depressivo persistente mas, se começou com um EDM completo, é um TDM em remissão parcial. Só é possível fazer o diagnóstico de transtorno depressivo persistente em uma pessoa que teve TDM se for confirmado que primeiro ela teve um transtorno depressivo persistente ou que houve remissão completa do TDM durante um período mínimo de dois meses antes do início do transtorno depressivo persistente. Caso o transtorno depressivo persistente ocorra primeiro e a pessoa desenvolva um EDM, aplicam-se ambos os diagnósticos, transtorno depressivo persistente e TDM, uma condição às vezes denominada depressão dupla. O transtorno depressivo persistente é distinguido do transtorno de adaptação com humor deprimido pela duração e pelo fato de que este último é precedido de um nítido estressor. O luto não é mais considerado um fator de exclusão para o diagnóstico de TDM. É preciso lembrar ainda que os critérios de gravidade e duração são importantes para diferenciar o TDM de períodos normais de tristeza.

Também pode ser difícil diferenciar os transtornos do humor dos transtornos de ansiedade. Em geral, a ansiedade e a depressão são emoções superpostas e os transtornos de ansiedade e do humor têm sintomas superpostos. O fato de que no DSM-IV há critérios para um diagnóstico proposto de transtorno de ansiedade-depressivo misto no apêndice de possíveis transtornos que necessitam de estudo complementar para inclusão no DSM reflete essa superposição. Tanto o TDM quanto o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) podem abranger a preocupação excessiva. Os critérios para TAG afirmam que não se deve fazer o diagnóstico se a preocupação ocorrer apenas durante um episódio de depressão. Se o TAG ocorrer primeiro, são admitidos os dois diagnósticos. Indivíduos com TDM podem apresentar isolamento social, o que dificulta o diagnóstico diferencial da fobia social ou personalidade evitativa. Nesse caso, é necessário que o clínico confirme a clara precedência da ansiedade social em relação ao TDM para fazer os dois diagnósticos.

Um dos sintomas do TDM é a insônia. Os indivíduos que têm dificuldade para dormir podem apresentar somente esse sintoma, o que leva a um diagnóstico errado de transtorno do sono. Caso a insônia seja a queixa de apresentação, é importante fazer uma avaliação completa para investigar a possibilidade de transtorno do humor.

Com frequência, os transtornos do humor surgem combinados a sintomas psicóticos, o que causa vários dilemas para o diagnóstico diferencial. Primeiro, os EDMs e os episódios maníacos podem ocorrer com características psicóticas, tipicamente delírios não bizarros, congruentes com o humor, sem alucinações. Os delírios só ocorrem durante o episódio de transtorno do humor. Se uma pessoa satisfizer o critério primário para esquizofrenia (Critério A: dois ou mais delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou

Há superposição e combinação dos transtornos do humor e de ansiedade

Pode ser difícil distinguir entre as formas psicóticas de transtorno do humor e a esquizofrenia

O uso de substâncias e os distúrbios médicos podem causar depressão

catatônico ou sintomas negativos) e também satisfizer os critérios para um episódio de humor (EDM ou episódio maníaco), o diagnóstico é de transtorno esquizoafetivo (do tipo depressivo ou bipolar).

O DSM tem diagnósticos específicos para o transtorno do humor induzido por substância e o transtorno do humor causado por uma condição médica geral. Com frequência, o uso de substâncias e várias condições médicas acarretam depressão. O transtorno depressivo induzido por substância pode ocorrer após o uso prolongado, durante a intoxicação ou durante a abstinência. No caso de uma condição médica geral, o diagnóstico médico é registrado no Eixo III, conforme o diagnóstico axial do DSM-IV, ausente no DSM-V. A demência do tipo Alzheimer costuma se apresentar inicialmente como depressão nos idosos, mascarando outros sintomas dessa doença. A diferenciação diagnóstica demanda avaliação meticulosa. A depressão pode surgir depois da demência, caso em que são admissíveis os dois diagnósticos.

1.6 Comorbidades

É frequente o codiagnóstico de abuso de substância e transtornos de ansiedade com transtornos do humor

A depressão pode coexistir com praticamente qualquer diagnóstico do DSM. Ela é bastante comum nos transtornos por uso de álcool e substâncias e associada aos transtornos de ansiedade, sobretudo ao transtorno de estresse pós-traumático e ao TAG. Com frequência se faz a distinção dos transtornos comórbidos primário e secundário, de acordo com a ordem de surgimento. A depressão pode ser primária ou secundária em sua associação com o abuso de substância. O uso pode acarretar depressão, e indivíduos deprimidos podem se automedicar com álcool ou outras substâncias. Nos transtornos de ansiedade, a depressão tende a ser secundária. A experiência clínica sugere que o êxito no tratamento do transtorno primário pode levar à resolução também do transtorno secundário. Nos transtornos por uso de substâncias e na depressão, porém, geralmente é preciso tratar primeiro o transtorno por uso de substâncias para que não dificulte o tratamento do transtorno do humor comórbido.

A depressão pode ser comórbida com muitos distúrbios médicos, tipicamente como o transtorno secundário. A depressão comórbida é uma consideração de prognóstico negativo no tratamento de muitos distúrbios médicos. Um exemplo bem conhecido é o dos distúrbios cardiovasculares; nesses casos, pode-se diagnosticar o TDM em cerca de 20% dos pacientes e os indivíduos com esse diagnóstico têm mais desfechos adversos (Thombs et al., 2008). A depressão também é um fator de risco para muitos distúrbios médicos. Os indivíduos deprimidos podem apresentar comprometimento funcional e cuidar mal da própria saúde. A depressão como transtorno comórbido eleva os custos com a atenção à saúde.

1.7 Procedimentos diagnósticos e documentação

Existem vários métodos para avaliar a depressão. Para fins de pesquisa, os diagnósticos formais são determinados principalmente por entrevistas clínicas semiestruturadas ou estruturadas. As entrevistas semiestruturadas são roteiros de perguntas e regras a serem usados por especialistas, que podem ter de fazer outros questionamentos depois de perguntas bastante abertas para decidir sobre a presença de um sintoma ou a satisfação de um critério diagnóstico. As entrevistas estruturadas destinam-se ao uso por indivíduos com treinamento mais limitado; por exemplo, são usadas com frequência em estudos epidemiológicos. Nessas entrevistas, as perguntas tendem a ser mais objetivas e as respostas são “sim” ou “não”. O julgamento clínico e a tomada de decisão exigidos do entrevistador são menores.

Além das entrevistas diagnósticas, existem vários instrumentos que são escalas clínicas para avaliação de uma ou mais dimensões da depressão como uma ou mais variáveis contínuas. Com frequência, usam escalas numéricas para avaliar os sintomas. A exemplo das entrevistas semiestruturadas, as escalas de avaliação clínica costumam considerar que o avaliador é um especialista clínico e muitas vezes são necessárias perguntas complementares e julgamento.

As escalas de autoavaliação medem a depressão como variável contínua, e não como variável dicotômica. As escalas variam no grau em que são proximais ou distais à depressão. A maioria das formas de psicoterapia para depressão concentra-se em modificar variáveis que alguma teoria identifica como central para a depressão. As medidas dessas variáveis podem ser consideradas metas proximais. Pressupõe-se que a mudança nas metas proximais cause mudanças em variáveis mais distais da depressão e, por sua vez, a diminuição da depressão influencie medidas mais distais, como sofrimento geral, adaptação e satisfação com a vida. Os exemplos de medidas proximais seriam escalas criadas para avaliar distorções cognitivas depressivas, estilo explicativo pessimista ou níveis de atividades prazerosas. É frequente o uso de escalas proximais nas pesquisas de psicoterapia para avaliar se a meta de uma intervenção foi modificada pela intervenção específica; por exemplo, as pontuações de distorção cognitiva foram diminuídas por uma intervenção de Terapia Cognitiva?

No próximo nível mais distal estão as medidas da depressão propriamente dita. Muitas escalas de depressão foram desenvolvidas com variações em seus métodos de amostragem de sinais e sintomas de depressão. Essas escalas são usadas com frequência para monitorar o progresso no tratamento da depressão.

As escalas mais distais são subescalas de inventários maiores que medem aspectos psicopatológicos e o sofrimento de maneira mais geral. Elas costumam incluir medidas de depressão, mas também medem outras formas de psicopatologia. Muitas vezes são usadas para avaliar se os

Habitualmente, o diagnóstico é feito por entrevista; foram criadas entrevistas estruturadas e semiestruturadas para fins de pesquisa

As escalas de avaliação clínica são escalas de gravidade com base na entrevista

As escalas de autorrelato propiciam relatos subjetivos da gravidade da depressão

efeitos de uma intervenção para depressão se generalizaram para outros sintomas psicopatológicos relacionados.

Além dessas medidas mais tradicionais, houve várias tentativas de avaliar a depressão por meio de observações do comportamento em várias situações. Essas observações foram basicamente experimentais, mas podem vir a desempenhar um papel maior na avaliação da depressão. Adiante, há uma rápida revisão dos instrumentos básicos em cada um desses domínios.

Nesta revisão, não farei uma avaliação psicométrica dos instrumentos. Todas essas escalas acumularam estimativas de sua confiabilidade e validade em várias situações com várias amostras. Essas estatísticas são, em sua maior parte, boas ou excelentes. A maioria das escalas foi desenvolvida a partir da lógica, e não de dados psicométricos; na verdade, há pouco fundamento para a escolha da escala por suas propriedades psicométricas. Eu me concentrarei mais na descrição das escalas, de seus fundamentos e dos possíveis usos. Os leitores interessados na avaliação psicométrica das escalas devem consultar os textos de Marsella, Hirshfeld e Katz (1987), Nezu, Ronan, Meadows e McClure (2000) ou Rehm (1988).

1.7.1 Entrevistas diagnósticas: semiestruturadas e estruturadas

Na década de 1960, constatou-se que a confiabilidade do diagnóstico clínico era um problema para os pesquisadores. Ela era baixa tanto entre os grupos de pesquisa quanto dentro desses grupos. Um grupo de pesquisa não tinha certeza de que sua amostra correspondesse realmente à amostra de outro grupo e, apesar do treinamento cuidadoso dentro dos grupos, muitas vezes a confiabilidade interavaliador era baixa. O *Manual Diagnóstico e Estatístico* na época (DSM-II) era pouco útil e, às vezes, continha apenas descrições vagas e gerais dos transtornos. A resposta proposta foi desenvolver critérios claros, específicos e replicáveis que poderiam ser aplicados à pesquisa com maior confiabilidade. A primeira dessas propostas veio de um grupo da Universidade de Washington, em Saint Louis. Os critérios de Feighner, que receberam esse nome em homenagem ao primeiro autor (Feighner et al., 1972), eram específicos para os principais transtornos psiquiátricos de interesse dos pesquisadores. Logo depois dos critérios de Feighner, foi publicada outra série de critérios para um grupo maior de transtornos de interesse. Esses se tornaram conhecidos como Critérios Diagnósticos de Pesquisa (RDC) (Spitzer, Endicott & Robins, 1975). O grupo de Spitzer deu o passo seguinte, que foi publicar um conjunto padronizado de perguntas para avaliar cada um desses critérios (Spitzer, Endicott & Robins, 1978). Essa Entrevista para Transtornos Afetivos e Esquizofrenia (SADS) tornou-se a primeira entrevista diagnóstica semiestruturada amplamente usada nos Estados Unidos. É preciso observar que houve um predecessor na

Os desenvolvimentos iniciais nos critérios operacionais para diagnóstico foram acompanhados por desenvolvimentos nas entrevistas diagnósticas

Entrevistas diagnósticas:

– Entrevista para transtornos afetivos e esquizofrenia (SADS)

– Entrevista clínica estruturada para o DSM (SCID)

– Programa de entrevista diagnóstica (DIS)

forma de Exame do Estado Atual (PSE) (Wing, 1970). O PSE padronizou as perguntas de acordo com a Classificação internacional de doenças (CID-8) e seu objetivo era identificar casos em pesquisas epidemiológicas. É muito usado na Europa, mais para pesquisa sobre esquizofrenia do que sobre depressão.

Existem três versões da SADS: SADS regular para diagnósticos com base no episódio atual; SADS-L (*Lifetime*) para fazer diagnósticos ao longo da vida; e SADS-C (*Change*) para avaliar se há melhora ou agravamento dos sintomas no decorrer de uma semana. Também foi desenvolvida uma versão para uso com crianças e seus pais, a Kiddie-SADS (Chambers et al., 1985). A utilidade do RDC e da SADS complementar para aumentar a confiabilidade do diagnóstico foi reconhecida e eles foram prontamente aceitos no mundo da pesquisa.

Spitzer tornou-se presidente do comitê do DSM-III e incorporou as ideias de “critérios operacionais” da tradição de Feighner e do RDC. Ele também manteve a tradição de uma entrevista semiestruturada paralela. A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM (SCID) foi publicada pela primeira vez em uma versão para o DSM-III. A partir daí, foi atualizada a cada revisão do DSM. A SCID para o DSM-IV é publicada em várias versões. Primeiro, existe uma SCID-I para transtornos do Eixo I (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1995) e uma SCID-II para transtornos do Eixo II (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997b). Em segundo lugar, a SCID-I está disponível nas versões de pesquisa (SCID-I RV) e clínica (SCID-I CV). A versão de pesquisa é mais detalhada porque abrange critérios para especificadores e uma maior lista de diagnósticos, além de ser mais facilmente modificada para projetos de pesquisa com propósitos especiais. A versão de pesquisa inclui as versões do paciente, não paciente e uma segunda versão do paciente com um breve rastreamento de psicose (para populações de pacientes nas quais a psicose é rara). A versão de pesquisa é publicada pelo Biometrics Research Department da Universidade de Columbia, enquanto a versão clínica (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997a) é publicada pela American Psychiatric Association. A versão clínica é diferente, com um livreto reutilizável de administração reutilizável e folhas de respostas de uso único. Ambas são apresentadas em módulos para diferentes conjuntos de diagnósticos e contêm sequências de perguntas com pontos de decisão, por exemplo, se não for satisfeito o critério A nem o critério B, pular para o próximo diagnóstico. O módulo de transtorno do humor abrange todos os diagnósticos descritos no primeiro capítulo. Ele cumpre seu propósito, já que a confiabilidade dos módulos da SCID geralmente é boa.

Embora tenha se tornado o principal instrumento diagnóstico para fins de pesquisa e clínico, a SCID tem desvantagens. Apesar das instruções para “pular”, pode ser bastante extensa. No caso de pacientes com múltiplos diagnósticos ou incapazes de se expressar com clareza, a entrevista completa pode levar duas horas ou mais. Essa extensão a torna particularmente inconveniente para pesquisas epidemiológicas. Para

A SADS assumiu a liderança como entrevista semiestruturada para clínicos especialistas

A SCID tornou-se o padrão no diagnóstico para pesquisa por clínicos especialistas

O DIS foi criado para pesquisa epidemiológica com entrevistadores capacitados, mas não especialistas

esses propósitos, o National Institute of Mental Health criou outro instrumento, o Programa de entrevista diagnóstica (DIS) (Robins, Helzer, Croughan & Ratcliff, 1981). O DIS é diferente da SCID porque foi criado para entrevistadores leigos com treinamento específico. As perguntas têm respostas do tipo sim ou não, o que minimiza julgamentos clínicos por parte do entrevistador. O formato também é mais fácil, pois não há instruções para “pular”. A pontuação pode ser calculada pelo computador. É possível empregar diferentes critérios diagnósticos e a pontuação do DIS foi calculada para os critérios de Feighner, RDC e DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV (Eaton et al., 1997). O uso do DIS foi bastante limitado a estudos epidemiológicos em larga escala, mas uma versão infantil tornou-se muito mais popular por causa do uso do formato mais simples com crianças (Shaffer et al., 1996).

1.7.2 Escalas de avaliação clínica

1.7.2.1 Escala de avaliação de depressão de Hamilton

Escalas de avaliação clínica
– Hamilton
– Montgomery-Åsberg
– Raskin de 3 itens

O mais conhecido dos instrumentos para avaliação clínica da gravidade da depressão é a Escala de avaliação de depressão de Hamilton (Hamilton, 1960, 1967). Essa escala foi desenvolvida de modo racional. O objetivo inicial de Hamilton era usá-la para avaliar a gravidade da depressão em pacientes com diagnóstico estabelecido. Ele também recomendou que fosse preenchida por dois avaliadores e que fosse usada a soma de suas pontuações. A maioria dos usuários não seguiu essa recomendação. A escala original continha 21 itens, embora fossem atribuídos pontos a apenas 17. Cada item é avaliado em uma escala de 3 ou 5 pontos. Houve pequenas variações entre as versões de 1960 e 1967. A escala continua a ser usada em diferentes versões, que variam do formulário de 17 itens a um formulário de 24 itens ao qual foram acrescentados vários itens relativos a sintomas cognitivos. Também houve inserção ou extração dessa escala em vários protocolos de entrevista. Um subgrupo de itens foi usado como subescala “endogenomórfica” para avaliar o grau de depressão endógena.

A Escala de Hamilton foi criada como medida da gravidade em pacientes com diagnóstico prévio de depressão

Os itens somáticos (oito) têm forte peso na Escala de Hamilton, o que talvez seja apropriado dado seu uso frequente na avaliação da depressão em ensaios clínicos com fármacos. A escala original de 17 itens contém cinco itens que avaliam as queixas comportamentais, dois itens cognitivos e dois itens relativos ao afeto. São abordados todos os nove critérios do DSM. O instrumento não conta com manual e os relatos originais não contêm informações normativas nem pontuações de corte. Diferentes pesquisadores usam como corte a pontuação menor que 10 ou menor que 7 para definir quem é normal ou quem não está mais deprimido. A pontuação acima de 25 é considerada grave e é típica de amostras de pacientes internados. Nos pacientes ambulatoriais a pontua-

ção habitual é, em média, pouco abaixo ou pouco acima de 20. Em geral, a confiabilidade interobservador descrita por várias fontes foi excelente, com exceção de alguns itens. As correlações totais dos itens variam de 0,22 a 0,67 (Rehm & O'Hara, 1985). Vários autores relataram alta validade concomitante com outras escalas. A Escala de Hamilton também é sensível a mudanças, conforme demonstrado em vários estudos.

Em suma, apesar da baixa sofisticação psicométrica inicial, a Escala de Hamilton acumulou dados sugestivos de que sua confiabilidade e validade são aceitáveis. A Escala de Hamilton tornou-se a escala de avaliação clínica mais usada na literatura sobre depressão. Uma desvantagem é o uso em tantas variações. Devido ao amplo uso, porém, é provável que continue a ser usada para comparabilidade com estudos anteriores até que se crie um instrumento mais sofisticado.

1.7.2.2 Escala de avaliação da depressão de Montgomery-Åsberg

A Escala de Montgomery-Åsberg foi desenvolvida com o propósito específico de avaliar a mudança nos ensaios clínicos (Montgomery & Åsberg, 1979). A escala consta de dez itens selecionados de uma escala de avaliação maior de 65 itens com base na sensibilidade a mudanças e nas correlações com o total de itens. Cada item é avaliado em uma escala de sete pontos, que varia de 0 (ausência) a 6 (grave). Os pontos de ancoragem incluem intensidade e frequência crescentes dos sintomas. Os dados psicométricos são limitados. A escala foi mais usada na Europa do que nos Estados Unidos.

A Escala de Montgomery-Åsberg foi desenvolvida especificamente para avaliar o desfecho em ensaios clínicos

1.7.2.3 Escala de avaliação de três áreas de Raskin

Essa escala foi criada como um método rápido de seleção de indivíduos para pesquisa (Raskin, Schulerbrandt, Reatig & McKeon, 1969; Raskin, Schulerbrandt, Reatig & Rice, 1967). Três áreas – relato verbal, comportamento e sintomas secundários de depressão – são classificadas em escalas de 5 pontos, que variam de “ausente” a “muito”. A soma das três avaliações varia de 3 a 15. Atualmente, é comum o uso dessa escala como auxiliar rápido na avaliação clínica de melhora em ensaios clínicos. Os dados de confiabilidade e validade são um tanto escassos, mas a escala alcançou uso bastante amplo.

A Escala de Raskin faz uma estimativa rápida da gravidade da depressão

1.7.3 Escalas para medida de construtos relacionados à depressão

Vários tipos de escalas são úteis na avaliação da depressão (Tabela 4). Muitas delas avaliam fenômenos relacionados à depressão como deses-

Várias escalas medem construtos que são teoricamente a base da depressão

perança ou tendência suicida. Em coerência com o tema tratado no livro, eu me concentrarei nas escalas apropriadas para avaliação da depressão nos ambientes clínico e de pesquisa nos quais a depressão esteja sendo tratada. O primeiro grupo de escalas foi criado para avaliar construtos-alvo. A maioria delas foi desenvolvida com a ideia de avaliar construtos identificados por teorias de depressão como centrais para o desenvolvimento da depressão. A modificação desses construtos é teoricamente o mecanismo pelo qual a depressão é reduzida no tratamento.

Tabela 4.

Medidas de construtos relacionados à depressão

Escala de eventos agradáveis Escala de eventos desagradáveis Inventário de resolução de problemas Escala de ajustamento social Questionário de estilo explicativo Questionário de pensamentos automáticos-R Escala de atitudes disfuncionais Questionário de autocontrole para depressão Questionário de frequência de autorreforço Planejamento de autocontrole/escala de habilidades aprendidas
--

1.7.3.1 Escala de eventos agradáveis e Escala de eventos desagradáveis

A PES mede o comportamento de reforço de acordo com o modelo comportamental de Lewinsohn

A Escala de eventos agradáveis (PES) e a Escala de eventos desagradáveis (UES) foram desenvolvidas para avaliar o grau de comportamento de reforço e punição que uma pessoa experimenta na vida cotidiana. A premissa é de que o tratamento da depressão deve aumentar a pontuação da PES e diminuir a pontuação da UES. Peter Lewinsohn e seus colegas elaboraram a PES (MacPhillamy & Lewinsohn, 1971, 1972, 1976, 1982) e a UES (Lewinsohn & Talkington, 1979) como parte do desenvolvimento de intervenções comportamentais para depressão do Programa de pesquisa clínica de Lewinsohn (Lewinsohn, Biglan & Zeiss, 1976). O objetivo da PES é avaliar o grau de reforço recebido por uma pessoa. A escala consta de 320 eventos potencialmente prazerosos e é usada de duas maneiras. Como instrumento retrospectivo, os indivíduos classificam cada evento ocorrido nos últimos 30 dias. As avaliações usam uma escala de 3 pontos para avaliar a frequência (0 = não aconteceu; 1 = aconteceu algumas vezes; e 2 = aconteceu com frequência) e o grau de prazer ou possível prazer que foi ou poderia ter sido proporcionado em uma segunda escala de 3 pontos (0 = não agradável; 1 = um pouco agradável; 2 = muito agradável). É possível obter três pontuações: o nível de atividade é a soma da primeira avaliação; o potencial de reforço é a soma da segunda avaliação; e o reforço obtido é a soma dos produtos cruzados. No segundo formulário, listas mais curtas de itens são selecionadas para um indivíduo específico e usadas como *checklist* de eventos. Os da-

dos de validade incluem o fato de que as três pontuações no formato de 30 dias são diferentes em pessoas deprimidas e não deprimidas. Como *checklist* da atividade diária, a PES tem correlação com as oscilações diárias do humor (Lewinsohn & Graf, 1973; Lewinsohn & Libet, 1972).

O uso da UES e o cálculo de sua pontuação são feitos de maneira paralela. Essa escala também diferencia amostras deprimidas e não deprimidas e tem correlação com as pontuações de depressão. Como *checklist* diário, tem correlação negativa com o humor e com a PES. A UES acrescenta variância na previsão das oscilações do humor em comparação com a PES isolada (Lewinsohn & Talkington, 1979). Foi publicado também um Interpersonal Events Schedule (Esquema de Eventos Interpessoais) (Youngren & Lewinsohn, 1980). Esse esquema de 160 itens foi desenvolvido porque os eventos interpessoais são considerados particularmente importantes em sua relação com a depressão. São avaliados dez diferentes eventos interpessoais.

1.7.3.2 Inventário de resolução de problemas

O Inventário de resolução de problemas (PSI) (Heppner & Petersen, 1982) foi desenvolvido para avaliar as percepções que os indivíduos têm de suas respostas a problemas pessoais. Os entrevistados indicam em uma escala Likert de 6 pontos o grau de concordância com cada uma das 35 afirmações (de 1 = concordo totalmente a 6 = discordo totalmente). Além da pontuação total, pode-se calcular a pontuação de três subescalas de Segurança na Resolução de Problemas, Estilo de aproximação-esquiva e Controle pessoal. A resolução de problemas é uma habilidade social deficiente em indivíduos deprimidos (Nezu & Ronan, 1985, 1988) e é uma possível meta para a terapia.

A deficiência na resolução de problemas pode ser considerada uma base para a depressão

1.7.3.3 Escala de ajustamento social

A Escala de ajustamento social (SAS) é outro método para avaliação de habilidades sociais relacionadas com a depressão. A terapia interpessoal (Klerman, Weissman, Rounceville & Chevron, 1984) é uma forma específica de terapia derivada de uma perspectiva psicodinâmica de Sullivan, segundo a qual a depressão é causada por perturbações nas relações interpessoais. A natureza da terapia consiste em identificar e reparar a perturbação. Os desenvolvedores da terapia acreditavam que não havia escala apropriada para medir essas perturbações e criaram a SAS para satisfazer essa necessidade (Paykel, Weissman, Prusoff & Tonks, 1971). A SAS é uma entrevista semiestruturada de 48 itens que possibilita a um examinador treinado avaliar cada item em escalas de 5 pontos específicas para o item. Calcula-se a média das pontuações de subescalas relacionadas a cinco funções sociais: trabalho; atividades sociais e de

O mau ajustamento social é essencial para a terapia interpessoal, mas também é uma consideração importante em muitas formas de tratamento

lazer; relações com a família estendida; relações íntimas; e paternidade/maternidade. A pontuação da SAS também pode ser calculada com base em seis subescalas obtidas por análise fatorial: desempenho no trabalho; atrito interpessoal; comunicação inibida; dependência submissa; vínculo familiar; e ruminação ansiosa. Altas pontuações indicam pior ajustamento social. Embora especificamente aplicável à terapia interpessoal, a avaliação do ajustamento social é apropriada para o desfecho de praticamente todas as formas de terapia da depressão como medida distal.

1.7.3.4 Questionário de estilo explicativo

O estilo explicativo é essencial para a teoria do desamparo

O Questionário de estilo explicativo (ASQ) (Petersen et al., 1982; Seligman, Abramson, Semmel & von Bayer, 1979) foi desenvolvido para avaliar construtos derivados da formulação de atribuição da Teoria do desamparo aprendido de Seligman para explicar a depressão (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Essa teoria pressupõe que a vulnerabilidade psicológica à depressão tem como base a maneira como os indivíduos fazem inferências sobre as causas de eventos positivos e negativos ocorridos na própria vida. Os indivíduos com tendência a presumir que são pessoalmente responsáveis pelos eventos negativos, e que esses eventos são consequência de suas características pessoais gerais e permanentes, são mais propensos a apresentar depressão diante de um importante evento negativo de vida. Esses indivíduos propensos à depressão também tendem a atribuir eventos positivos a causas externas específicas e fugazes. O ASQ avalia a tendência a fazer atribuições gerais, estáveis e internas a eventos negativos e atribuições específicas, instáveis e externas a eventos positivos, um estilo explicativo. A escala consta de seis eventos hipotéticos positivos e seis eventos negativos relacionados à realização ou à afiliação. É necessário que os entrevistados escrevam qual seria, em sua opinião, a causa do evento se tivesse ocorrido com eles. Em seguida, avaliam a internalidade, a estabilidade e a generalidade das causas em escalas Likert de 7 pontos. Por fim, eles avaliam a importância hipotética do evento. Desse modo, são obtidas quatro avaliações para cada um dos 12 eventos. É possível extrair pontuações para eventos positivos, eventos negativos, eventos de realização, eventos de afiliação ou combinações destes. O uso clínico dessa escala é um tanto trabalhoso e ela foi usada principalmente nas pesquisas sobre desamparo aprendido. A mudança do estilo explicativo é um componente de várias intervenções para depressão.

1.7.3.5 Questionário de pensamentos automáticos revisado

O Questionário de pensamentos automáticos revisado (ATQ-R) foi criado para avaliar autoafirmações negativas e positivas (Kendall,

Howard & Hays, 1989). Os teóricos cognitivos afirmam que um predomínio de pensamentos negativos sobre si próprio é um fator de vulnerabilidade para depressão. O ATQ-R consta de 40 declarações autorreferentes que são avaliadas em uma escala de 5 pontos indicativa da frequência estimada de ocorrência na última semana (de 0 = ausência total a 4 = sempre). A escala original continha 30 declarações negativas e o formulário revisado acrescentou 10 declarações positivas. Em princípio, os indivíduos não deprimidos têm no mínimo quantidades iguais de pensamentos positivos e negativos sobre si mesmo e os indivíduos deprimidos têm um predomínio de pensamentos negativos. Embora a concepção original tenha sido para medir a vulnerabilidade, o ATQ-R provavelmente é mais uma medida de sintomas, mas poderia ser muito útil como indicador de mudanças nos pensamentos negativos ao longo do tempo ou com a terapia, sobretudo uma terapia de orientação cognitiva.

O ATQ-R é uma tentativa de avaliar pensamentos negativos segundo as linhas do modelo cognitivo de Beck

1.7.3.6 Escala de atitudes disfuncionais

Um pouco semelhante ao ATQ-R, a Escala de atitudes disfuncionais (DAS) foi desenvolvida para avaliar suposições e pensamentos negativos mal-adaptativos (Weissman & Beck, 1978). A hipótese apresentada na Teoria cognitiva de depressão de Beck é a de que pessoas deprimidas têm uma visão negativa de si próprias, do mundo e do futuro. Essa escala foi criada para avaliar essas cognições negativas. A escala original continha 100 itens, mas agora é oferecida em duas formas alternativas de 40 itens. Cada item é avaliado em uma escala Likert de 7 pontos (1 = concordo totalmente; 7 = discordo totalmente). A intenção original era avaliar as concepções silenciosas que tornam uma pessoa vulnerável à depressão, mas essa escala também é uma escala de sintomas que avalia a negatividade do pensamento de indivíduos deprimidos. A escala diferencia indivíduos deprimidos e não deprimidos.

A DAS mede o pensamento negativo

1.7.3.7 Questionário de autocontrole para depressão

O Teste de Conceitos original foi criado por Carolyn Fuchs (Fuchs & Rehm, 1977). O objetivo era avaliar as atitudes, as crenças e os comportamentos que caracterizavam habilidades de autocontrole da depressão, conforme a hipótese do modelo de autocontrole da depressão (Rehm, 1977). A escala foi revisada e ampliada várias vezes com uma revisão maior em 2003 (Anderson, Rehm & Mehta, 2003). O Questionário de autocontrole para depressão (SCQD) foi revisado a partir de um conjunto expandido de itens e tinha o objetivo de avaliar sete déficits hipotéticos de autocontrole que tornam uma pessoa vulnerável à depressão ou que são sintomas de autocontrole da depressão. As aná-

O SCQD foi elaborado para avaliar déficits de autocontrole visados pela terapia de automanejo

lises fatoriais e a modelagem de equações estruturais levaram a nove subescalas finais sob um modelo de ordem superior com três fatores. As subescalas são: sob o fator de monitoramento negativo: (1) controle de monitoramento do humor; (2) atribuições para eventos negativos; (3) padrões internos; (4) autopunição relativa ao esforço; e (5) autopunição relativa a si próprio; sob o fator de orientação para objetivos, (6) orientação para o futuro; (7) atribuições para eventos positivos; e (8) estabelecimento de objetivos; e sob o fator de autorreforço, (9) autorreforço. A escala deve ser usada em conjunto com o Programa da terapia de automanejo para depressão (Rehm & Adams, 2009). Esse programa visa uma série de construtos e o objetivo da escala é medir cada um desses construtos. Constatou-se que várias versões do questionário têm correlação com medidas de depressão e se modificam com a melhora na terapia.

1.7.3.8 Questionário de frequência de autorreforço

O FSRQ mede o comportamento de autocontrole

O Questionário de frequência de autorreforço (FSRQ) (Heiby, 1983) foi desenvolvido para avaliar atitudes e crenças relacionadas ao modelo de autocontrole de depressão (Rehm, 1977). O questionário contém 30 itens; 15 deles representam atitudes positivas de autorreforço e 15 representam atitudes depressivas negativas. O entrevistado responde se cada afirmação é verdadeira ou falsa no que diz respeito a ele. Atribui-se um ponto a cada resposta não associada à depressão e 0 a cada resposta de depressão; assim as pontuações maiores (máximo de 30) refletem uma atitude mais positiva, não deprimida. O questionário foi validado por correlação com o autoelogio em tarefas experimentais. Também há correlação com medidas de depressão. A escala foi usada em várias iniciativas de pesquisa, sobretudo com estudantes universitários.

1.7.3.9 Planejamento de autocontrole/Escala de habilidades aprendidas

O SCS/LRS mede o oposto do desamparo aprendido

Quando esse instrumento foi publicado pela primeira vez como Planejamento de autocontrole (SCS) (Rosenbaum, 1980), Rosenbaum declarou que o elevado autocontrole equivalia às habilidades aprendidas, um conceito oposto ao de desamparo aprendido. Assim, ele deu à escala o nome de Escala de habilidades aprendidas (LRS) e a vinculou à teoria de desamparo aprendido de Seligman (Rosenbaum & Jaffe, 1983). A concepção original tinha uma visão bastante ampla do autocontrole, e a ênfase no lado de habilidades positivas do construto dá à escala amplo potencial. A escala é constituída de 36 itens designados para refletir habilidades no enfrentamento de problemas. Cada item é avaliado em uma

escala Likert de 6 pontos (de -3 para “muito diferente de mim” a +3 para “muito parecido comigo”). Dez itens têm pontuação invertida e a soma possível varia de -108 a +108. Vários estudos constataram que a escala é um preditor geral de desfecho positivo na psicoterapia para depressão, ou seja, melhores habilidades iniciais de enfrentamento preveem melhor resposta à psicoterapia (Rude & Rehm, 1991). Essa escala é útil e está associada a múltiplas abordagens teóricas.

1.7.4 Escalas de depressão

Muitas escalas de depressão surgiram desde a década de 1960 (Tabela 5).

Tabela 5.
Escalas de depressão

Inventário de depressão de Beck II
Escala de depressão de Carroll-R
Inventário para diagnóstico de depressão
Escala de autoavaliação de depressão de Zung
Escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos
Escala de afeto positivo/afeto negativo

1.7.4.1 Inventário de depressão de Beck

Embora tenha sido originalmente publicado como uma escala de avaliação clínica, hoje o Inventário de depressão de Beck (BDI) é usado como escala de autorrelato. A versão original foi publicada em 1961 (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock & Erbaugh, 1961) e uma versão revisada, o BDI-II, em 1996 (Beck, Steer & Brown, 1996). O inventário consta de 21 itens de múltipla escolha, e cada um deles representa variações de nível de determinado sintoma de depressão. A pontuação de 19 itens varia de 0 a 3 para níveis ascendentes de gravidade. Os outros dois itens são sintomas que podem se desviar do estado normal por aumento ou da avaliação do item. As pessoas deprimidas podem perder o apetite ou comer em demasia, podem ter insônia ou dormir em excesso. O aumento da gravidade em qualquer direção é avaliado na mesma escala de quatro pontos. O conteúdo do BDI concentra-se um pouco mais nos itens cognitivos em conformidade com a concepção cognitiva de depressão de Beck, mas os itens abrangem todos os sintomas do DSM.

O BDI, em suas duas formas, é a medida de autorrelato de depressão mais usada nas áreas clínica e de pesquisa. Seus aspectos psicométricos foram estudados em profundidade e existem revisões (Beck, Steer & Garbin, 1988; Dozois, Dobson & Ahnberg, 1998). O manual do BDI-II sugere as seguintes orientações para interpretação das pontuações: 0-13,

O BDI tornou-se o instrumento de autorrelato mais usado para avaliar a gravidade da depressão

depressão mínima; 14-19, depressão leve; 20-28, depressão moderada; e 29-63, depressão grave.

1.7.4.2 Escalas de depressão de Carroll revisadas

A CDS-R foi elaborada como um autorrelato paralelo à Escala de Hamilton

A lógica das escalas de depressão de Carroll (CDS) original era criar uma escala de autorrelato paralela à Escala de avaliação de depressão de Hamilton de 17 itens (Carroll, Feinberg, Smouse, Rawson & Greden, 1981). Na Escala de Hamilton, os itens são avaliados em uma escala de 5 ou 3 pontos. Na CDS, há itens que representam cada ponto de avaliação ao qual o entrevistado responde “sim” ou “não”. A escala original apresentava 52 itens correspondentes à pontuação máxima de 52 na escala de Hamilton. Supõe-se que aqueles que apoiam pontuações maiores na Escala de Hamilton também apoiarão as alternativas com menor pontuação. A escala revisada (CDS-R) contém 61 itens e foi criada para ser compatível também com o DSM-IV (Carroll, 1998). Os itens são pontuados de 0 a 1 ou de 1 a 0, com variação do total de 0 a 61. A ordem dos itens é modificada, de modo que as avaliações de Hamilton relacionadas não são consecutivas. A estrutura paralela à da Escala de avaliação de depressão de Hamilton é um aspecto positivo dessa escala, embora não tenha sido amplamente adotada além do uso em alguns estudos de medicamentos.

1.7.4.3 Inventário para diagnóstico de depressão

O DID é um instrumento de autorrelato que oferece um diagnóstico e um índice de gravidade

Uma escala original, o Inventário para Diagnóstico de Depressão foi desenvolvido como um instrumento de autorrelato que permitia ao menos um diagnóstico provisório de transtorno depressivo maior segundo os critérios do DSM-III (Zimmerman, Coryell, Corenthal & Wilson, 1986). Uma versão atualizada, denominada Inventário para diagnóstico de depressão (DID) (Zimmerman, Sheeran & Young, 2004), foi desenvolvida para tornar esse instrumento compatível com os critérios do DSM-IV. A revisão eliminou os equivalentes de desamparo e irritabilidade para o humor disfórico e acrescentou os critérios de prejuízo social compatíveis com as mudanças do DSM-III para o DSM-IV. O inventário contém 38 itens. Dezenove itens avaliam a gravidade dos sintomas segundo os critérios do DSM. Outros itens avaliam o funcionamento psicossocial e a qualidade de vida, e também é possível obter pontuações de subescalas. Os itens são avaliados em uma escala Likert de 5 pontos (de 0 a 4). Para os fins de diagnóstico, os itens podem ser classificados como presença ou ausência de sintomas. Para os itens de perda de interesse e prazer, uma pontuação igual a três ou maior indica presença de sintomas; para todos os outros itens, uma pontuação igual a 2 ou maior indica presença de sintomas. A escala oferece uma

indicação dicotômica da satisfação ou não dos critérios diagnósticos e apresenta uma pontuação de gravidade. A capacidade de fazer um diagnóstico, embora deva ser considerada experimental porque não é feita pelo julgamento de um clínico especialista, é uma grande vantagem para muitos tipos de pesquisa. Mesmo em estudos nos quais a gravidade é a principal variável experimental de interesse, pode ter utilidade considerável uma estimativa da prevalência do diagnóstico na amostra. O DID tem uma grande variedade de possíveis usos nos contextos de pesquisa e de rastreamento clínico.

1.7.4.4 Escala de autoavaliação de depressão de Zung

A Escala de autoavaliação de depressão (SDS) de Zung foi criada para avaliar três fatores comuns em análises fatoriais de escalas de depressão: afeto pervasivo, elementos fisiológicos concomitantes e elementos psicológicos concomitantes (Zung, 1965, 1974). A escala contém 20 itens, 10 dos quais são escritos em sentido positivo e 10 em sentido negativo. Os entrevistados avaliam cada item em uma escala de frequência de 4 pontos (1 = raramente; 2 = às vezes; 3 = boa parte do tempo; e 4 = na maior parte do tempo). As pontuações são expressas em um índice percentual. A pontuação total é dividida por 80, a pontuação máxima, e depois multiplicada por 100. Zung sugere os seguintes limites: abaixo de 50 = valores normais; 50 a 59 = depressão mínima a leve; 60 a 69 = depressão moderada; e 70 a 99 = depressão grave. Por ser curta, a SDS de Zung é útil no rastreamento clínico e é fácil acrescentá-la a muitos protocolos de pesquisa. A Escala de Zung vem sendo muito usada em estudos de medicamentos.

A Escala de Zung é um instrumento de autorrelato usado com frequência em estudos de medicamentos

1.7.4.5 Escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos

Como indica o nome, a Escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) foi concebida sob os auspícios do Centro de Estudos Epidemiológicos do National Institutes of Mental Health (Radloff, 1977). Foi criada para uso em estudos epidemiológicos e, portanto, avalia a depressão no intervalo normal e acima dele. A maioria das escalas analisadas nesse texto foi elaborada para avaliar a gravidade da depressão em populações de pacientes. Quando essas escalas são usadas com populações normais, as distribuições são muito assimétricas; a pontuação da maioria das pessoas está na faixa inferior e um menor número de pessoas está nas faixas superiores. O propósito da CES-D é avaliar sintomas de depressão em várias populações, inclusive nas populações psiquiátricas, médicas e gerais. A escala contém 20 afirmações em primeira pessoa acerca de um sintoma depressivo. Os

A CES-D foi criada para pesquisa epidemiológica e tem distribuição normal em uma população normal

entrevistados indicam em uma escala de 4 pontos a frequência com que se sentiram dessa maneira durante a última semana: 0 = raramente ou nunca (menos de um dia); 1 = em parte do tempo: (1-2 dias); 2 = às vezes ou moderadamente: (3-4 dias); e 3 = na maior parte do tempo: (5-7 dias). Dezesesseis itens são avaliados em sentido negativo e quatro, em sentido positivo. O conteúdo da escala tem como objetivo examinar o humor deprimido, os sentimentos de culpa e inutilidade, os sentimentos de desamparo e desesperança, o retardo psicomotor, a perda de apetite e a perturbação do sono. Dada a natureza de sua concepção, a CES-D é uma boa escolha para avaliar sintomas de depressão em populações normais, como na pesquisa com alunos de graduação.

1.7.4.6 Escala de afeto positivo e afeto negativo

A Escala de afeto positivo e afeto negativo (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988) é uma medida das emoções básicas que definem a depressão, e não uma medida do construto de depressão clínica. Como exposto anteriormente, as pesquisas sobre emoções básicas tendem a classificar emoções como a ansiedade e a depressão em duas ou três dimensões (Clark & Watson, 1991). Uma dessas soluções define a depressão como afeto negativo elevado e afeto positivo baixo. A PANAS é constituída de duas escalas: afeto positivo e afeto negativo. Cada escala tem 10 itens compostos de um adjetivo avaliado de 1 (muito leve ou ausente) a 5 (extremamente). A escala foi usada em relação a vários períodos, que incluem “no momento”, “hoje”, “nos últimos dias”, “na última semana” e “como você se sente em média”. Portanto, é um instrumento relativamente curto que pode ser usado para avaliar o estado momentâneo, o humor recente e o estado médio. É provável que sua utilidade principal seja como instrumento de pesquisa.

1.7.5 Inventários com escalas de depressão

Vários inventários destinados a medir a psicopatologia geral incluem escalas de depressão (Tabela 6). Eles são úteis quando a depressão é apenas parte de uma avaliação mais ampla do estado emocional e quando é necessário avaliar o sofrimento geral em conjunto com a depressão.

Tabela 6.
Inventários com escalas de depressão

Inventário multifásico da personalidade de Minnesota-2 (MMPI-2)
Escalas de depressão, ansiedade e estresse
Lista de sintomas-90-R
Escala breve de avaliação psiquiátrica
Inventário clínico multiaxial de Millon

A PANAS mede as dimensões positivas e negativas básicas da emoção

1.7.5.1 Inventário multifásico da personalidade de Minnesota-2

O inventário psicológico mais usado nos Estados Unidos é o Inventário multifásico da personalidade de Minnesota (MMPI) (Hathaway & McKinley, 1951), que foi publicado em versão revisada e repadronizada (MMPI-2) em 1989 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kraemer, 1989). O MMPI-2 contém 567 itens no formato verdadeiro ou falso e sua aplicação leva de 1 a 2 horas. O inventário é constituído de três escalas de validade e dez escalas clínicas. O MMPI também foi usado como banco de itens para criação de muitas outras escalas. A Escala de depressão (D) é a segunda escala das escalas clínicas. Contém 57 itens escolhidos empiricamente porque uma amostra psiquiátrica com várias formas de depressão respondeu a eles de maneira diferente. Como em todas as escalas, a pontuação é expressa como escore T (média, 50; desvio-padrão, 10). As elevações nas escalas acima de 65 são consideradas clinicamente significativas.

Usada como escala autônoma, a escala D leva cerca de 12 minutos e é uma medida da intensidade da depressão. Existe também uma escala mais curta (30 itens) derivada do MMPI e denominada D-30 (Dempsey, 1964). Na pesquisa de desfechos do tratamento da depressão, às vezes se usa o MMPI-2 total como índice de generalização do efeito do tratamento por análise de elevações totais das escalas. No uso clínico, porém, a utilidade do MMPI-2 está na interpretação do perfil. Estudaram-se combinações das duas a quatro escalas mais elevadas e publicaram-se vários “atlas” para interpretá-las com base na convicção de que o perfil produz uma história mais detalhada que as escalas individuais. Por exemplo, um perfil 1-2 ou 2-1 (elevações máximas nas escalas 1, hipocondria, e 2, depressão) seria indicativo de uma pessoa cuja depressão é expressa com ênfase em queixas somáticas, enquanto um perfil 2-6 ou 6-2 (elevações máximas nas escalas 6, paranoia, e 2, depressão) seria indicativo de uma pessoa deprimida, hostil e raivosa que é desconfiada e culpa as outras pessoas. Foram descritos muitos tipos de perfil com extensas informações interpretativas em diferentes populações de pacientes. Existem vários serviços que fazem a interpretação computadorizada dos perfis. Portanto, a principal vantagem do MMPI-2 para fins clínicos e de pesquisa é analisar diferenças de perfil em amostras de indivíduos deprimidos. Os subtipos podem responder de maneiras diferentes aos diversos tratamentos.

O MMPI-2 é a escala de personalidade mais usada nos Estados Unidos e inclui uma escala de depressão

1.7.5.2 Escalas de depressão, ansiedade e estresse

Embora não sejam um inventário de personalidade completo como o MMPI, as Escalas de depressão, ansiedade e estresse (DASS) consistem em três escalas para medida de depressão, ansiedade e estresse. Cada escala tem 14 itens, com um total de 42. Cada item é avaliado em uma

A DASS é uma escala de pesquisa para avaliar as emoções relacionadas de depressão e ansiedade

escala de 4 pontos, que varia de 0 = não se aplicou nada a mim, a 3 = aplicou-se a mim muitas vezes ou na maior parte do tempo. A escala é útil como uma medida relativamente concisa da depressão se também houver interesse na ansiedade e no estresse, como em determinados contextos de pesquisa. Pode ser muito útil para diferenciar o humor deprimido e a ansiedade.

A SCL-90-R é usada com frequência como medida geral de psicopatologias e tem uma escala de depressão

1.7.5.3 Lista de Sintomas-90-revisada

A Lista de Sintomas-90-revisada (SCL-90-R) é uma lista de 90 sintomas com pontuação em nove dimensões clínicas: ansiedade, depressão, hostilidade, sensibilidade interpessoal, obsessividade-compulsividade, ideação paranoide, ansiedade fóbica, psicoticismo e somatização. As respostas são avaliadas em uma escala de 5 pontos, que variam de 0 = nenhum a 4 = extremamente. A escala de depressão consta de 13 itens que representam diversos sintomas depressivos. É uma escala útil se houver interesse na dimensão dos sintomas, e não nas diferenças diagnósticas. Também é usada com frequência como medida de psicopatologia geral com uma pontuação total.

O objetivo da BPRS é ser uma escala rápida para uso clínico

1.7.5.4 Escala breve de avaliação psiquiátrica

A Escala breve de avaliação psiquiátrica (BPRS) foi criada como uma escala clínica rápida para avaliação de mudanças em ensaios clínicos. A escala original (Overall & Gorman, 1962) continha 16 itens de sintomas que geravam quatro pontuações de subescalas de síndromes. Uma versão expandida (Lukoff, Liberman & Nuechterlein, 1986) contém 24 itens que são agrupados em cinco subescalas: transtorno do pensamento, retraimento, ansiedade-depressão, hostilidade-suspeita e atividade. Cada item é avaliado em uma escala de 7 pontos, que varia de 1 = ausente a 7 = extremamente grave. A BPRS tornou-se popular como medida das dimensões dos sintomas clínicos em estudos clínicos de medicamentos tanto na literatura de pesquisa da depressão quanto da esquizofrenia. Dada sua concisão, também é útil na clínica. Como medida de patologia grave, tende a ser usada com maior frequência nos pacientes internados em hospitais ou instituições.

1.7.5.5 Inventário clínico multiaxial de Millon

A última versão é o Inventário clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III). O objetivo desse inventário é medir as psicopatologias do eixo II e as síndromes maiores do eixo I do DSM-IV em formato relativamente curto. Contém 175 itens do tipo verdadeiro ou falso, geradores de 11

escalas de padrões clínicos de personalidade que refletem basicamente sintomas de transtornos da personalidade: três escalas de patologia grave da personalidade para avaliação de sintomas esquizotípicos, *borderlines* e paranoides; sete escalas de síndromes clínicas, que incluem duas relacionadas à depressão, episódio maníaco do transtorno bipolar e distímia; três escalas de síndromes clínicas graves, transtorno do pensamento, depressão maior e transtorno delirante; e três escalas de índices modificadores que avaliam os comportamentos ao fazer o teste. Do ponto de vista da avaliação da patologia do transtorno do humor, o MCMI-III tem três escalas relevantes – episódio maníaco do transtorno bipolar, distímia e depressão maior – e oferece uma perspectiva mais ampla que a maioria dos inventários, que têm apenas um índice de depressão. O ponto forte do MCMI-III é a avaliação de transtornos da personalidade, feita de maneira compatível com o DSM, mas também derivada de uma estrutura teórica coerente para compreender os transtornos da personalidade (Millon & Davis, 1996). Esse instrumento seria mais útil nos trabalhos de pesquisa ou clínicos com interesse na patologia da personalidade junto com a depressão.

Existem outras escalas e inventários que podem ser úteis na avaliação da depressão como traço e como estado, mas os instrumentos apresentados anteriormente são os principais e mais usados. Cada um deles tem uma abordagem diferente e a escolha depende das necessidades do clínico ou do pesquisador em determinado contexto.

1.7.6 Medidas comportamentais

Vários pesquisadores exploraram métodos de medida direta do comportamento deprimido. O programa de pesquisa clínica de Peter Lewinsohn com uso de terapia comportamental para depressão demandou a criação de métodos para codificar o comportamento verbal em contextos de entrevista e terapia. A lentificação ou o retardo da fala foi registrado por um observador que usou um contador manual para verificar o número de palavras ditas em intervalos de 30 segundos por um paciente psiquiátrico com depressão crônica (Robinson & Lewinsohn, 1973). A velocidade da fala pareceu ser uma característica estável da depressão modificável por técnicas de reforço.

Lewinsohn e colegas (Lewinsohn, Weinstein & Alper, 1970) seguiram uma linha diferente de raciocínio em estudos de comportamento verbal na terapia de grupo para depressão. Com base na ideia de que a depressão abrange déficits de habilidades sociais, eles codificaram o comportamento verbal de voluntários com depressão leve em 18 sessões de terapia de grupo. Dois observadores acompanharam quatro índices de habilidades sociais: (1) quantidade total de comportamento emitido por um indivíduo e dirigido a ele; (2) uso de reações positivas e negativas por cada indivíduo; (3) taxa de eficiência interpessoal, ou seja, o

O Inventário clínico multiaxial de Millon concentra-se nos transtornos da personalidade, mas inclui três escalas relacionadas à depressão

As medidas comportamentais são basicamente limitadas ao uso em pesquisa com vários métodos

número de comportamentos verbais dirigidos a um indivíduo em relação ao número emitido por esse mesmo indivíduo; (4) amplitude de interações com outras pessoas. Supõe-se que a maior habilidade social seria indicada por maior atividade de fala, maior uso de reações positivas, alta taxa entre comportamento recebido e emitido bem como interação com um maior número de membros do grupo. No início de cada sessão, os membros do grupo recebiam *feedback* sobre essas medidas e sua interpretação, e o *feedback* tornou-se o principal tópico de discussão e o impulso para que os indivíduos melhorassem sua pontuação. O grupo de pesquisa de Lewinsohn usou esse conceito geral de medida do comportamento interativo, empregando-o como *feedback* e como meio para identificar metas de mudança na terapia familiar e conjugal (Hops et al., 1987; Lewinsohn & Shaffer, 1971, 1969).

Meu grupo de pesquisa na Universidade de Pittsburgh e, depois, na Universidade de Houston explorou a codificação de comportamento verbal e não verbal no contexto da avaliação do desfecho de uma terapia cognitivo-comportamental em grupo para depressão, o Programa da terapia de automanejo. Fuchs e Rehm (1977) gravaram em vídeo trechos de 10 minutos da interação entre membros de um grupo, na ausência do terapeuta, durante a primeira e última sessões de terapia. O número de declarações de cada indivíduo foi contado como uma avaliação simples do nível de atividade verbal. Entre a primeira e a última sessão a atividade verbal aumentou mais entre os indivíduos do grupo experimental que do grupo de controle. No estudo subsequente (Rehm, Fuchs, Roth, Kornblith & Romano, 1979), codificamos nove comportamentos verbais e não verbais em interações semelhantes na primeira e na última sessão. As pontuações na última sessão, com covariação das pontuações na primeira sessão, diferiram significativamente entre as condições de tratamento nos quesitos de avaliação de autoafirmações negativas, referências negativas a outros e depressão geral. Dos onze comportamentos codificados a partir de entrevistas realizadas antes e depois da terapia em outro estudo (Rehm et al., 1981), apenas o volume da voz e a latência da resposta demonstraram efeitos da terapia.

A codificação do comportamento verbal de casais casados foi parte de vários estudos, alguns dos quais incluíram intervenções. McLean, Ogston e Grauer (1973) descrevem uma versão simplificada do esquema de codificação de Lewinsohn em um estudo de terapia comportamental eclética para indivíduos deprimidos e seus cônjuges. Os participantes e seus cônjuges gravaram 30 minutos de discussão de problemas em casa. Calcularam-se as pontuações de início e reações positivas e negativas de cada cônjuge nas gravações. Após a terapia, as ações e as reações negativas diminuíram nesses casais em comparação com os casais de controle. Em um estudo alemão, realizado por Hautzinger, Linden e Hoffman (1982), casais em conflito, com e sem depressão em um dos cônjuges, gravaram oito diálogos de até 45 minutos sobre assuntos diferentes. A partir dessas gravações, foram extraídos códigos para 28 comportamen-

tos verbais. Os casais em que um dos cônjuges estava deprimido apresentaram mais interações verbais desiguais, negativas e assimétricas com ênfase frequente em queixas somáticas e psicológicas pelo cônjuge deprimido. Os autores concluíram que as queixas depressivas representam um padrão de controle coercivo a curto prazo pelo cônjuge deprimido, mas insatisfação a longo prazo dos dois cônjuges. Hinchliffe, Hooper e Roberts (1978) codificaram as interações de pacientes deprimidos internados com os respectivos cônjuges e com um estranho do sexo oposto durante e após a hospitalização. Também foi incluído um grupo de controle de pacientes cirúrgicos e seus cônjuges. De modo geral, as interações dos pacientes deprimidos foram caracterizadas por maior tensão e expressão de negatividade. Houve maior nível de perturbação, explosões emocionais negativas e incongruência entre os canais de comunicação. As interações com os cônjuges foram mais patológicas que com estranhos. Depois da hospitalização, as interações dos homens deprimidos com as esposas assemelhavam-se às dos casais de pacientes cirúrgicos; entretanto, as interações das mulheres deprimidas mudaram pouco em relação ao período de internação.

Um estudo de Jacobson e Anderson (1982) analisou o momento das interações verbais entre participantes deprimidos e não deprimidos em suas interações com colegas. Os participantes deprimidos fizeram mais autoafirmações negativas e, quando se examinou o momento condicional, os participantes deprimidos foram mais propensos à autorrevelação quando os comentários do colega não solicitaram diretamente a autorrevelação. Essa tendência é considerada um motivo importante pelo qual as pessoas não deprimidas respondem negativamente a indivíduos deprimidos em interações sociais (Coyne, 1976).

O comportamento motor observável foi codificado em vários outros estudos. As diferenças entre indivíduos deprimidos e não deprimidos foram descritas em várias dimensões observáveis. Por exemplo, Waxer (1976) observou diferenças de postura nos participantes deprimidos, e Ekman e Friesen (1974) constataram diferenças nos gestos e expressões faciais nos músculos da boca e dos olhos. Williams, Barlow e Agras (1972) descreveram um procedimento de amostragem temporal com 10 pacientes psiquiátricos deprimidos internados no qual, em algum ponto aleatório a cada intervalo de 30 minutos, um observador treinado registrava a presença ou a ausência de cada uma das quatro classes de resposta: (1) fala; (2) sorriso; (3) atividade motora (definida por 10 atividades específicas); e (4) tempo fora da sala. As pontuações foram usadas como índice de gravidade comportamental da depressão. O índice comportamental mostrou correlação com o Inventário de depressão de Beck e a Escala de depressão de Hamilton e foi mais preditivo de melhora pós-hospitalar que essas duas escalas.

Kupfer e colegas (Kupfer, Detre, Foster, Tucker & Delgado, 1972) descreveram uma metodologia de alta sofisticação técnica para registro de movimentos motores observáveis de pacientes psiquiátricos. Um

transmissor em miniatura, que contém uma esfera magnética em uma bobina de indutância, é inserido em um pequeno cilindro usado em uma pulseira. Receptores no teto da unidade psiquiátrica fazem a leitura contínua do número de vezes por minuto que a esfera rola de um lado para outro na bobina. Esse grupo relatou boa confiabilidade entre receptores colocados em diferentes punhos e na comparação entre punho e tornozelo. Constatou-se que os pacientes com depressão unipolar são mais ativos que os pacientes com depressão bipolar. O registro durante 24 horas por dia possibilitou comparações e estreita correspondência com medidas do sono também (Kupfer & Foster, 1972; Kupfer, Foster, Reich, Thompson & Weiss, 1976). Um aluno e eu (O'Hara & Rehm, 1985) fizemos um estudo semelhante sobre a atividade motora observável e a depressão usando pedômetros mecânicos simples, mas não constatamos correlação entre atividade e humor diário.

Vários pesquisadores fizeram experimentos de avaliação do comportamento verbal ou motor observável de pessoas deprimidas. Os resultados esclareceram alguns aspectos das interações interpessoais das pessoas, mas nenhuma das metodologias deu origem a um formulário padronizado de avaliação nem foi adotada por grande número de pesquisadores. Embora os resultados sejam promissores e intrigantes, o interesse nessas medidas parece ter diminuído.