

Psicoterapia breves I*: natureza do processo terapêutico; indicações selectivas terapêuticas e profilácticas no tratamento actual multimodal e integrado das perturbações depressivas **

LUÍS PRATS***

INTRODUÇÃO

As perturbações depressivas constituem um terreno privilegiado para o conhecimento dos factores e natureza do processo psicoterapêutico nas psicoterapias breves. A criação de modelos teóricos e experimentais englobando os vários níveis presentes nestas perturbações, modelos forçosamente abertos às constantes aferições da realidade clínica, permitiram a associação destas técnicas, facilitando uma melhor visualização das suas acções específicas, em programas terapêuticos que associaram outras variáveis terapêuticas (psicofarmacoterapia antidepressiva, intervenção social e familiar, etc.), e, uma melhor percepção da interacção específica, aditiva ou sinérgica, destes vectores terapêuticos.

Os últimos 10 anos das investigações nesta área facilitaram o claro reconhecimento da eficácia das psicoterapias breves de orientação predominantemente dinâmica, cognitiva, ou comportamental,

* Primeira parte de um artigo a ser completado em próximo número desta Revista. A segunda parte contemplará os seguintes pontos: 1. Psicoterapias Breves nas Depressões; 2. Selectividade dos tipos de Psicoterapias Breves nas Depressões; 3. Psicoterapias Breves Dinâmicas; 4. Os actuais Manuais de Psicoterapias Breves Dinâmicas.

** Versão modificada de duas comunicações sobre o mesmo tema, apresentadas nas Jornadas de Pós-Graduação em Psiquiatria, em Lisboa, Maio e Junho de 1990.

*** Médico-psiquiatra. Assistente Graduado do Hospital Júlio de Matos.

e, predominante, porque a grande maioria dos psicoterapeutas actuais não utilizam modelos «únicos» e integram técnicas dos outros modelos no seu procedimento psicoterapêutico. Foi, deste modo, reconhecido definitivamente um direito de cidadania a estas técnicas, em primeiro lugar, no tratamento do período de crise e, em segundo, nos estudos, de há 2 anos para cá, de que estas intervenções exerceriam um efeito a médio e longo prazo na diminuição do risco de futuras recorrências de doença depressiva, impressão clínica há muitos anos clamada pelos psicoterapeutas destes modelos.

Em conclusão, as psicoterapias breves passaram a ter indicações terapêuticas em plena crise e indicações profilácticas na prevenção de novas crises depressivas. Este último aspecto é duma enorme relevância para a implementação destas técnicas na administração de cuidados pelos Serviços de Saúde Mental, sabendo-se que a prevalência das doenças depressivas (Perturbação Distímica, Depressão Major e Perturbações de Adaptação com humor depressivo, seg. DSM-III e DSM-III-R) oscila em valores próximos dos 20% (Boyd e Weissman, 1982).

Finalmente, alguns dados actuais sugerem que haverá alguma eficácia específica e selectiva das várias técnicas psicoterapêuticas breves utilizadas actualmente (vd. 4.1), independentemente de que os vários modelos de psicoterapias breves obtêm resultados similares nas grandes massas estatísticas. Estes dados não vêm contrariar o movimento inte-

grativo em psicoterapia, antes, pelo contrário, demonstram como este modelo possui flexibilidade para seleccionar e reforçar as técnicas mais eficazes, num programa psicoterapêutico individualizado. Não resolvida a polémica no movimento integrativo em Psicoterapia, entre os defensores da síntese teórica (integração) e os defensores da síntese técnica (ecleticismo), como Beitman, Goldfried e Norcross (1989) a caracterizam; estes indícios são relevantes e potencialmente esclarecedores para o futuro deste modelo.

Estes são os aspectos que passaremos em revista neste artigo, tendo em conta os progressos obtidos nesta área no último decénio. De resto, ele é o prolongamento e aprofundamento de duas publicações nossas nesta Revista (Prats, 1988 a e b), passados pelo crivo de uma prática clínica de 15 anos na área das psicoterapias breves dinâmicas, numa perspectiva integracionista, como é, cada vez mais, a nossa. O presente artigo articula-se assim num trabalho mais vasto que englobará a exposição dos procedimentos psicoterapêuticos utilizados e o tratamento estatístico dos resultados realizados na prática clínica.

2. AO MODELO ACTUAL UNIFICADOR DA GÉNESE MULTIFACTORIAL DAS DEPRESSÕES DEVERÁ CORRESPONDER UM MODELO MULTIMODAL NA SUA TERAPÊUTICA

Não há modelo teórico actual que consubstancie os conhecimentos actuais sobre as depressões, nenhum abarca a heterogeneidade dos seus quadros clínicos, dos seus aspectos genéticos, psicodinâmicos, comportamentais ou cognitivos, da sua evolução e muito menos das respostas às intervenções terapêuticas fundamentais (psicofármacos antidepressivos e psicoterapias). Muito menos, as informações empíricas sobre as hipóteses unifactoriais nos dão resultados, estatisticamente significativos, numa correlação forte com qualquer padrão sintomático depressivo.

Estes factos, de que faremos uma revisão dos mais significativos para a intervenção da psicoterapia nas depressões, evidenciam a necessidade de um modelo heurístico que englobe a multiplicidade contraditória dos factores fragmentários conhecidos e da variabilidade das respostas terapêuticas obtidas.

Modelo que possua, naturalmente, a virtualidade de corresponder aos dados da clínica actual das depressões, aberto a novos dados, entendido como provisório e plausível, cujo propósito nuclear é o de situar as interacções desses factores nas suas correlações terapêuticas. Precisamos dum modelo pragmático que facilite decisões terapêuticas aos vários níveis, ou seja, onde é possível, diante dos factores conhecidos, uma intervenção eficaz.

2.1. Um modelo unificador dos factores etiopatogénicos nas depressões

As Figs. 1 e 2 traduzem o modelo de Akiskal e McKinney (1973), um dos vários propostos para a unificação e compreensão da interacção de factores e níveis multidisciplinares diferenciados na génese das doenças depressivas. Nele se pressupõe como a heterogeneidade das perturbações depressivas, a predominância de um ou vários factores sobre outros, pode ser compreendida como interacções entre factores biológicos, psicológicos e psicossociais, originando disfunções do funcionamento psíquico, que, manifestando-se pelos fenómenos depressivos, são heterogéneos quanto à sua origem causal e à sua evolução, e, assim também, às várias intervenções terapêuticas actualmente disponíveis.

2.2. Heterogeneidade genética

A heterogeneidade genética das perturbações depressivas está hoje demonstrada (Nurnberger e Gershon, 1982; Hodgkinson e outros, 1985) e tem fortes correlações com a história natural da perturbação, sua evolução e resposta terapêutica, pois que ela condicionará seguramente as suas subtipagens bioquímicas.

2.3. Vínculos sócio-emocionais e acontecimentos de vida

A teoria dos vínculos sócio-emocionais (Bowlby, 1988) tem demonstrado empiricamente a importância das perdas e disfunções dos vínculos precoces, embora com dados que são efectivamente contraditórios e com correlações estatisticamente frouxas.

Os dados iniciais de Brown e Harris (1978) sobre a perda da mãe antes dos 11 anos têm uma forte correlação com a propensão depressiva das mulheres na vida adulta, à roda de 34% versus 17% no seu último estudo (Bifulco, Brown, Harris, 1987), favorecendo a hipótese de que a perda materna precoce predispõe a patologia depressiva e exacerba essa predisposição quando há, na vida adulta, claras disfunções ou perdas nas suas relações interpessoais mais significativas.

Outros estudos, não sendo em absoluto contraditórios, obrigam a repensar outros aspectos sócio-emocionais precoces eventualmente responsáveis por uma maior vulnerabilidade às perturbações depressivas na vida adulta. Limitando-se ao grupo mais homogêneo das Perturbações Distímicas (DSM-III), com características não endógenas, Roy (1985), num estudo duplamente controlado de mais de 300 depressivos de ambos os sexos, chega a três conclusões: «Primeira, a separação permanente da mãe antes dos 17 anos estará associada com depressão não endógena nas mulheres, mas encontra-se somente em 10% dos 300 doentes. Segunda, a separação permanente do pai antes dos 11 anos de idade foi encontrada de forma significativa no grupo total dos doentes. Terceira, a separação do pai antes dos 17 anos estava significativamente associada com depressão (do tipo descrito) quer nos doentes masculinos quer nos femininos». E conclui: «Contudo, os resultados deste estudo do subtipo da depressão não endógena não podem ser generalizados a outros tipos de perturbação depressiva».

Estes dados sugerem fortemente uma provável correlação entre diferentes tipos de perdas precoces e padrões clínicos heterogêneos, o que tem fortes implicações para a teoria e prática psicoterapêutica. Se esta vulnerabilidade é diferencial, haverá outros factores prováveis (genético-constitucionais, vulnerabilidade bioquímica específica, estrutura intrapsíquica, outras experiências significativas, etc.) que, a eles se associam para exercerem essa influência patogénica. Se assim for, as tácticas psicoterapêuticas serão diferentes e um modelo psicodinâmico rígido não permitirá as necessárias formulações dinâmicas produtivas.

Quanto aos acontecimentos de vida e perdas significativas na vida adulta, a grande maioria dos estudos actuais replicaram os dados originais de Brown e Harris (1978), ou seja, a pertinência no desencadeamento depressivo dum importante

perda numa relação pessoal significativa (física ou afectiva), a ausência de suporte emocional afectivo (ausência de confidente) e, finalmente, condições de vida cronicamente difíceis (habitação, emprego e ter de cuidar de crianças com menos de 14 anos). Contudo, recentes estudos (Surtees, Miller e outros, 1986) têm chamado a atenção para o perigo dum ligação «crua» entre *stressor* e perturbação. Separando os stressores independentes do sujeito dos que são dependentes dele (entendendo-se por estes as oportunidades, parciais ou totais, que o indivíduo tem de poder influenciar o curso dessas dificuldades ou acontecimentos), encontraram em 576 mulheres com perturbações depressivas de vários tipos (Perturbações Distímicas, Depressão Major e outros, seg. DSM-III) que os acontecimentos de vida dependentes do próprio são os que estão mais fortemente correlacionados com a doença.

Pressupõem estes dados uma outra relação entre evento funesto e depressão, para além da tese traumática do mesmo e uma relação biunívoca entre padrão pessoal interactivo e suas consequências interpessoais a um nível comportamental e cognitivo. Também são óbvias aqui as implicações para um posicionamento correcto das intervenções psicoterapêuticas no modelo comportamental, cognitivo ou dinâmico. Como diz Wachel (1987): «O meio não é simplesmente uma influência externa ou uma variável independente à qual o sujeito se deve conformar reactivamente. Antes, pelo contrário, está no nosso entendimento como o indivíduo em desenvolvimento vai, ele próprio, modelar o seu meio e é daí que a nossa compreensão da personalidade se aprofundará». A vulnerabilidade, neste sentido amplo, tem assim motivações simbólicas e estilos peculiares do agir, gerados intrapsiquicamente, que é fundamental ter-se em conta em qualquer psicoterapia, mas, principalmente, nas psicoterapias dinâmicas.

Mantém-se assim válida, embora sujeita às «nuances» anteriores, a conclusão de Bowlby (1968) de que o grau de vulnerabilidade aos stressores é altamente influenciado pelas disfunções e perdas objectais precoces e/ou pelo estado das relações interpessoais significativas actuais, multiplicando estas últimas os efeitos das primeiras, ou, sendo, em certos casos, consequência dum estilo interactivo que, gerado precocemente, não teve descontinuidade ou evolução positiva. A estrutura intrapsíquica individual, neste caso, mantém-se rígida e incapaz

de se adaptar a outros padrões mais gratificantes e menos vulneráveis de interacção.

Esta vulnerabilidade é assim um vector resultante de factores genéticos, constitucionais, desenvolvimentais (vínculos precoces), relações interpessoais actuais e da estrutura intrapsíquica do próprio.

2.4. Personalidade e Perturbações Depressivas

Recentemente, a revalorização do conceito de temperamento tem chamado a atenção para uma diferença sexual significativa nas depressões. Por exemplo, no estudo de Perugi e outros (1990), em 538 doentes depressivos unipolares não se encontraram diferenças significativas quanto à idade do início do quadro clínico, sintomas nucleares depressivos, cronicidade, etc. Contudo as mulheres apresentam maiores valores de ansiedade e somatização. Esta diferença, poderia em parte, coincidir com o facto duma maior prevalência do temperamento depressivo nas mulheres e do temperamento hiper-tímico nos homens. Se associarmos este dado, ao facto da predominância feminina das doenças depressivas ser de cerca de 7 para 1 a 2, e de que o alcoolismo e a delinquência seriam o seu equivalente masculino nas famílias de mulheres depressivas, constituindo as «doenças do espectro depressivo» como o demonstrou Winokur (1979), é provável que, por factores genéticos e bioquímicos, e com seguro reforço cultural, o homem se organize duma forma diferenciada quanto à patologia depressiva, com inevitáveis consequências intrapsíquicas. Mas pouco mais se pode avançar, no estágio actual, do que especular a partir daqui.

Mais relevante para uma decisão de intervenção psicoterapêutica, é o conjunto de dados obtidos nos últimos 10 anos sobre a relação personalidade, sintomas neuróticos ou «neuroticismo», evolução depressiva, e resposta aos fármacos antidepressivos. Por outro lado, tem consequências nos constructos teóricos das técnicas psicoterapêuticas breves dinâmicas, como adiante veremos, e nas tácticas e procedimentos a seguir.

A relação entre doença depressiva e perturbação da personalidade não é sistemática. Num estudo de Pilkonis e Ellen Frank (1988), dos 119 pacientes estudados com um quadro de depressão recorrente unipolar (perturbação depressiva com mais de 3

crises depressivas acentuadas e sem alterações maníacas ou hipomaníacas) só em cerca de metade (48%) é que se encontram alterações da personalidade. Nestes casos, as características mais frequentemente alteradas são traços de dependência, evitamento e obsessivo-compulsivos. É este grupo de doentes que respondem mais lentamente e ineficazmente à terapia farmacológica.

Comparando um grupo de endógenos (forma depressiva com causalidade mais aparentemente biológica e com um padrão sintomático típico) com depressivos não-endógenos, Boyce, Parker e colaboradores (1990) evidenciam, com 4 escalas da personalidade, como é neste último grupo que se encontram estilos da personalidade mais vulneráveis, e, onde nos três constructos efectuados por análise dos componentes (dependência, introversão e timidez), o grupo dos não-endógenos teve uma pontuação significativa no constructo da dependência.

É importante ter em conta que a grande maioria das depressões são formas não-endógenas (correspondendo aproximadamente ao conceito de Perturbação Distímica ou à Depressão Major não-melancólica da DSM-III), onde predominam os sintomas depressivos com aparência neurótica, personalidade alterada e estilos interactivos emocionais mais deficitários ou disfuncionais.

São estas as formas depressivas que pior respondem aos fármacos antidepressivos. Contudo, frequentemente, muitas Perturbações Distímicas onde há claros factores intrapsíquicos e interpessoais geradores da depressividade, quando atingem determinadas proporções, tornam-se biologicamente autónomas, o que tanto poderá ocorrer hipoteticamente pela grande intensidade dos stressores originados por essas dificuldades ou por uma maior predisposição bioquímica, ou ainda, o que é o mais provável, por uma associação destes dois processos.

Esta transformação é conhecida por Depressão Endogenomórfica (Klein, 1974) porque apresenta o padrão sintomático das depressões endógenas — qualidade diferente do humor, pior de manhã, acordar prematuro, inibição ou agitação marcada, anorexia ou perda de peso, ideias de culpa sobrevalorizadas ou deliriformes. Este padrão habitualmente desaparece com a medicação antidepressiva e, na grande maioria dos casos, regressa ao padrão da depressão ligeira não-endógena (Perturbação Distímica) — flutuações do humor perante o tipo

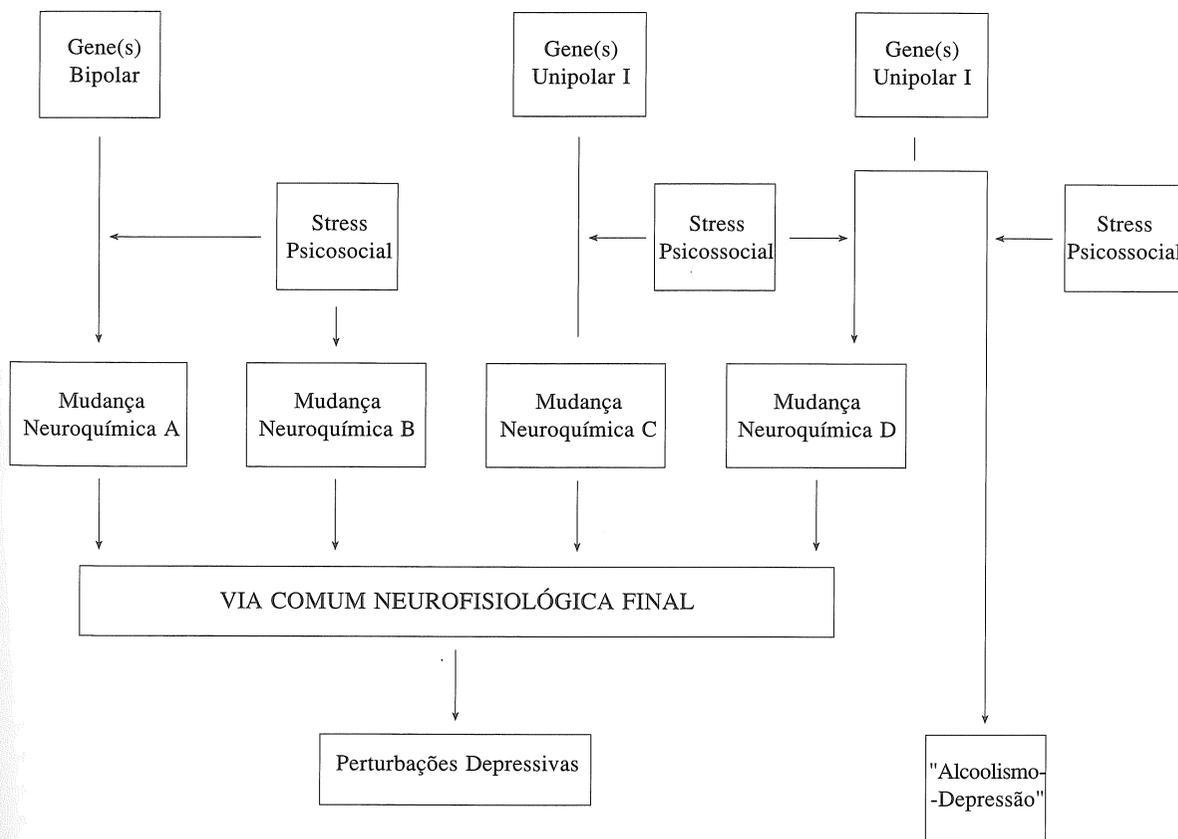
de acontecimentos, autopiedade, por vezes hetero-acusação, associação de características histeróides ou histéricas, insónia inicial, obsessionalidade, havendo habitualmente factores aparentemente precipitantes. Veja-se nas Figs. 1 e 2 como o modelo proposto engloba e explica os processos e mecanismos que acabamos de referir.

A relevância destes factos para os psicoterapeutas deve-se a estes tipos de Perturbações Depressivas e fundamentalmente as Perturbações Distímicas, grupos de per si heterogéneos, dos quais não possuímos ainda subtipagens que facilitem uma maior selectividade terapêutica, são aqueles onde claramente há indicações para Psicoterapia, maior sucesso da mesma em termos comparativos com a medicação e onde se efectuaram os estudos mais recentes que comprovaram a eficácia das Psicoterapias Breves nas depressões.

Uma última referência ao fenómeno da dupla-depressão, pela sua pertinência nas terapêuticas mistas ou combinadas (fármacos e psicoterapia). Somente 10% das Perturbações Distímicas é que são puras, os restantes 90% acompanham-se de sobreposições de Episódios Depressivos Major (Akiskal, 1983). Pelo inverso, os Episódios Depressivos Major cursam, segundo os números de Rounsaville (1980), em 2/3 dos casos, quer de Perturbação Distímica prévia quer pós-episódio, correspondendo neste caso, aparentemente, a uma remissão parcial do episódio agudo ou defeito depressivo. Acentue-se que estes números obedecem ao critério temporal de 2 anos, da DSM-III, para as Perturbações Distímicas, pois se o período fosse encurtado obteríamos um número muito superior.

Assim, na grande maioria das situações clínicas depressivas, estamos diante não de uma entidade

FIGURA 1
Modelo Hipotético da Interação Genético-Ambiental nas Perturbações Depressivas
(Baseado em Akiskal & Mckinney, 1973)

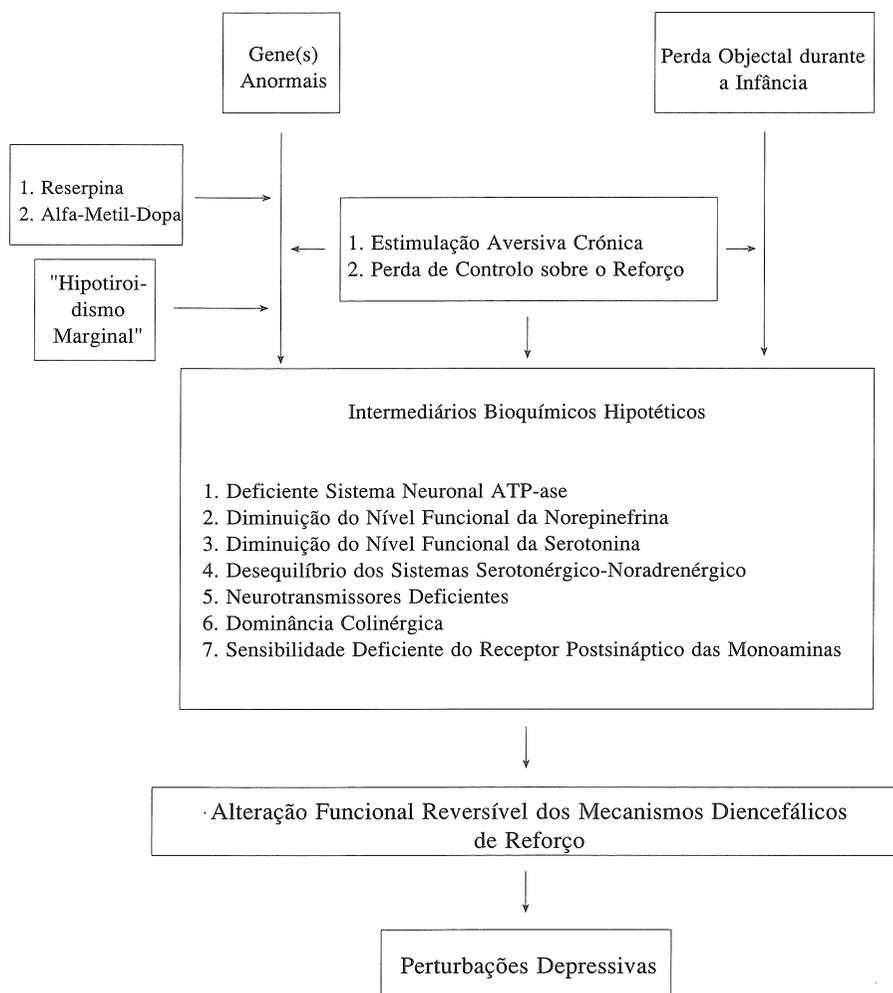


única, mas de uma variabilidade e modulação clínico-sintomática, entre Perturbações Distímicas, já de per si heterogêneas, e de Depressões Major, fenómeno designado por Keeler e Shapiro (1982) por «dupla-depressão», aceite na DSM-III-R e no projecto final da DSM-IV. Já salientámos em artigo anterior a sua importância nas terapêuticas mistas (Prats, 1988b) para o faseamento da 1ª etapa farmacológica, com a qual desaparece a ganga sintomática acrescida pelo Episódio Major, sintomatologia que dificulta ou impede a intervenção psicoterapêutica ou distorce as avaliações para a mesma, só possíveis assim numa 2ª fase. É onde transparece o quadro «distímico» e há maior pureza nas alterações intra-

psíquicas e interpessoais, passíveis da intervenção psicoterapêutica.

Os estudos de Keller e outros (1986) e de Coryell e outros (1990) confirmaram, mais recentemente, a suspeita que clinicamente tínhamos uma taxa de remissão após a farmacoterapia antidepressiva e um maior número de recaídas nos casos de Depressão Major, em «dupla-depressão». Por outro lado as investigações de Klein e colaboradores (1988) confirmam ser este o grupo de pacientes com sintomatologia mais deficitária, com perturbações acentuadas da personalidade (personalidade subdepressiva ou depressiva, atitudes disfuncionais, maior reactividade ao stress e

FIGURA 2
Modelo Multidisciplinar da Patogenia das Perturbações Depressivas
(Baseado em Akiskal & Mckinney, 1973)



menor nível de extroversão), com reduzidos valores de suporte social e também com maiores dificuldades mantidas.

Suspeita-se que a dupla-depressão tanto poderá surgir de vias patológicas comuns — ambas são estados de doença afectiva, em que a Perturbação Distímica não é senão uma forma menor de doença afectiva que se intensifica no Episódio Major — como poderá a Perturbação Distímica reflectir um processo prolongado caracterial ou neurótico que é entrecortado por Episódios Major Afectivos. Se assim for, isto explicaria como algumas Perturbações Distímicas, que se arrastam por alguns anos com dificuldades intrapsíquicas e conflituais, fazendo transparecer uma perturbação neurótica, embora numa pessoa que anteriormente não parecia apresentar perturbações da personalidade e, que, na aparência teria indicação para Psicoterapia Breve, cura duma forma rápida, só com medicação antidepressiva. Outros casos, pelo contrário, após debelado o Episódio Major, ou sem ele, a Perturbação Distímica permanece. Estes dados da clínica, que tenho presenciado, sugerem como os fármacos antidepressivos podem, nestas circunstâncias, servir de prova diagnóstica para uma intervenção psicoterapêutica. Cremos ser interessante acompanhar estes comentários com o modelo exposto nas Figs. 1 e 2.

Outro indício que vem a favor do que atrás se expôs é um estudo de Ingham e outros (1987) de um grupo de 376 mulheres com depressões recorrentes. A reduzida auto-estima não era predictiva duma má evolução, excepto em mulheres com prévios episódios e, sobretudo, naquelas que já arrastavam uma depressão subclínica ou ligeira antes do episódio. Ingham admite duas hipóteses alternativas: ou os episódios recorrentes depressivos iniciam um ciclo vicioso de perda da auto-estima, ou estas alterações psicológicas poderiam operar como um marcador de depressão subclínica, que representaria, ela própria, a vulnerabilidade para uma perturbação depressiva franca.

Estes dados e indícios vêm recolocar uma questão fundamental para uma opção correcta da intervenção psicoterapêutica. Como diz Akiskal e outros (1983) «a relação postulada entre personalidade e doença afectiva desenvolveu-se largamente a partir da reconstrução clínica das histórias pré-mórbidas de pacientes estudados durante, ou após, o episódio de doença. Embora estas abordagens clínicas gerassem dados valorizáveis, elas estiveram sujeitas às

distorsões de tais métodos. A afirmação de que as alterações da personalidade precedem os episódios afectivos, ainda terá que ser demonstrada em larga escala, em estudos rigorosos prospectivos. De facto, a evidência actual sugere que tais alterações não raramente representam a sequela de episódios afectivos com remissão parcial». Se este 2º aspecto está hoje demonstrado à exaustão, ou seja, da ausência da remissão da personalidade após um episódio depressivo acentuado, ou duma depressão ligeira arrastada, permitindo ao doente reconhecer falsamente como forma de ser o que é afinal uma forma prolongada de estar, o primeiro aspecto referido por Akiskal também está confirmado, como alguns estudos citados o fizeram, também por investigações prospectivas que asseguram claramente a presença de alteração da personalidade prévia ao episódio depressivo.

Nem sempre o Episódio Agudo Depressivo é patoplásticamente determinado pela Perturbação Distímica prévia, como vimos, nem sempre ele é uma acentuação de características anteriores, e, mais do que isso, tantas vezes ele nos esconde com outra sintomatologia características mais estabilizadas no tempo, de personalidade, de conflitos intrapsíquicos e interpessoais e que são geradores de *stressores* predisponentes para novas crises. Por outro lado, esclareceu-se como a presença duma perturbação prévia da personalidade, com ou sem características de distímia depressiva, não responde na grande maioria dos casos às terapêuticas farmacológicas existentes, definindo-se a partir daqui a importância das psicoterapias breves, quer no seu desempenho terapêutico, em plena crise, quer no seu desempenho preventivo ou profilático na atenuação dos factores *stressores* que aumentam a vulnerabilidade para futuras crises. E, por tudo quanto se disse, integradas num Programa Terapêutico Multimodal.

Não referimos os factores bioquímicos das depressões por estarem fora das intenções deste trabalho, mas estão implícitos na franca aceitação da farmacoterapia no seu tratamento.

2.5. Ao modelo unificador da génese das depressões deve corresponder um modelo terapêutico integrado multimodal

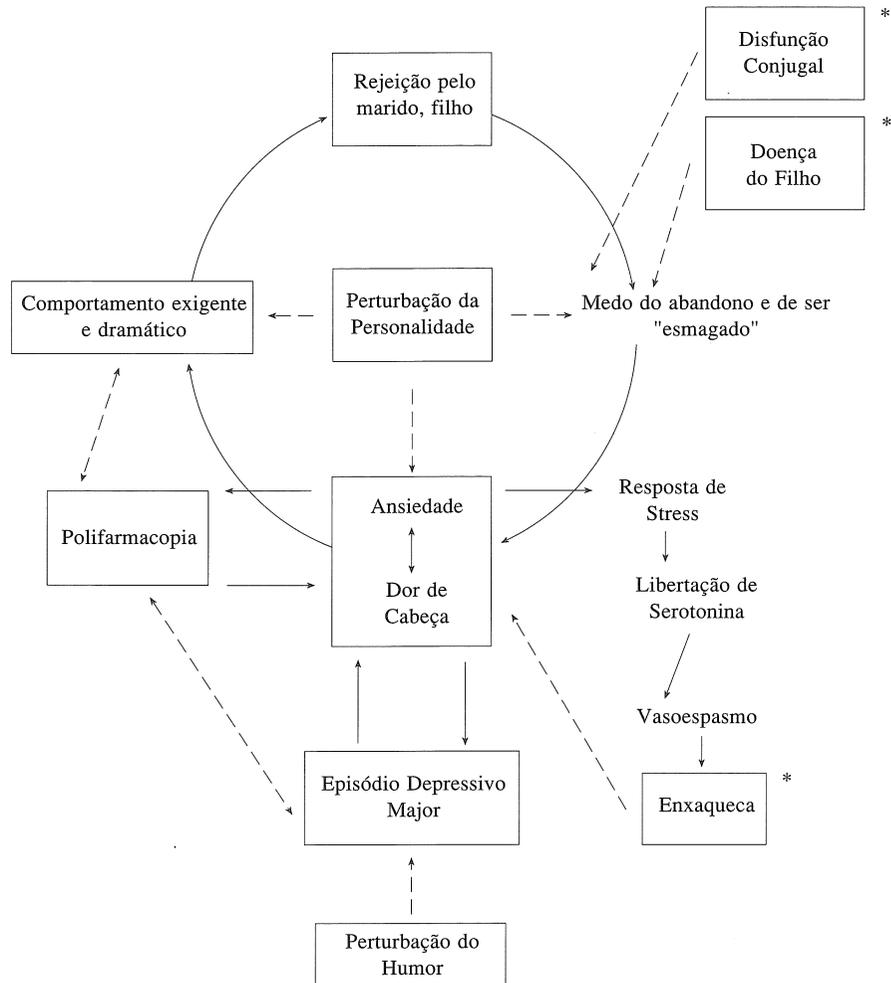
Vimos como a heterogeneidade das perturbações depressivas só podem actualmente ser compre-

endidas por um modelo que integre factores biológicos, psicológicos e sociais, e, em cada caso, modele a influência de cada um deles para o resultado final — o quadro depressivo. A depressão é assim esse resultado final comum. Não faz sentido, quer teórico quer terapêutico, reduzi-lo a um acontecimento bioquímico específico, como pretendem os defensores da monoterapia farmacológica, nem a uma reaprendizagem dos mecanismos gratificantes, como pretenderam alguns comportamentalistas, nem a defeitos na auto-estima e no estilo cognitivo depressivo, nem às perturbações intrapsíquicas como a psicoterapia psicanalítica também a pretende

reduzir. A depressão é uma resposta a stressores múltiplos que podem ser descritos numa leitura intrapsíquica, interpessoal e bioquímica e que devem ser tratados conforme os níveis mais atingidos, seleccionando-se as intervenções terapêuticas mais eficazes. Não só acabou o mito da terapêutica única e da adversidade de técnicas diferentes, como está demonstrado a sua complementariedade (vd. ponto 3). O paradigma da Depressão da D^a Hortense (Fig. 3) é um belo exemplo de como estes aspectos e níveis interagem (Nurcombe e Gallagher, 1986).

Um sistema terapêutico multimodal tem em conta: 1) a identificação dos problemas — deficits,

FIGURA 3
Gráfico dos Problemas: Hortense
(Baseado em Nurcombe & Gallagher, 1986)



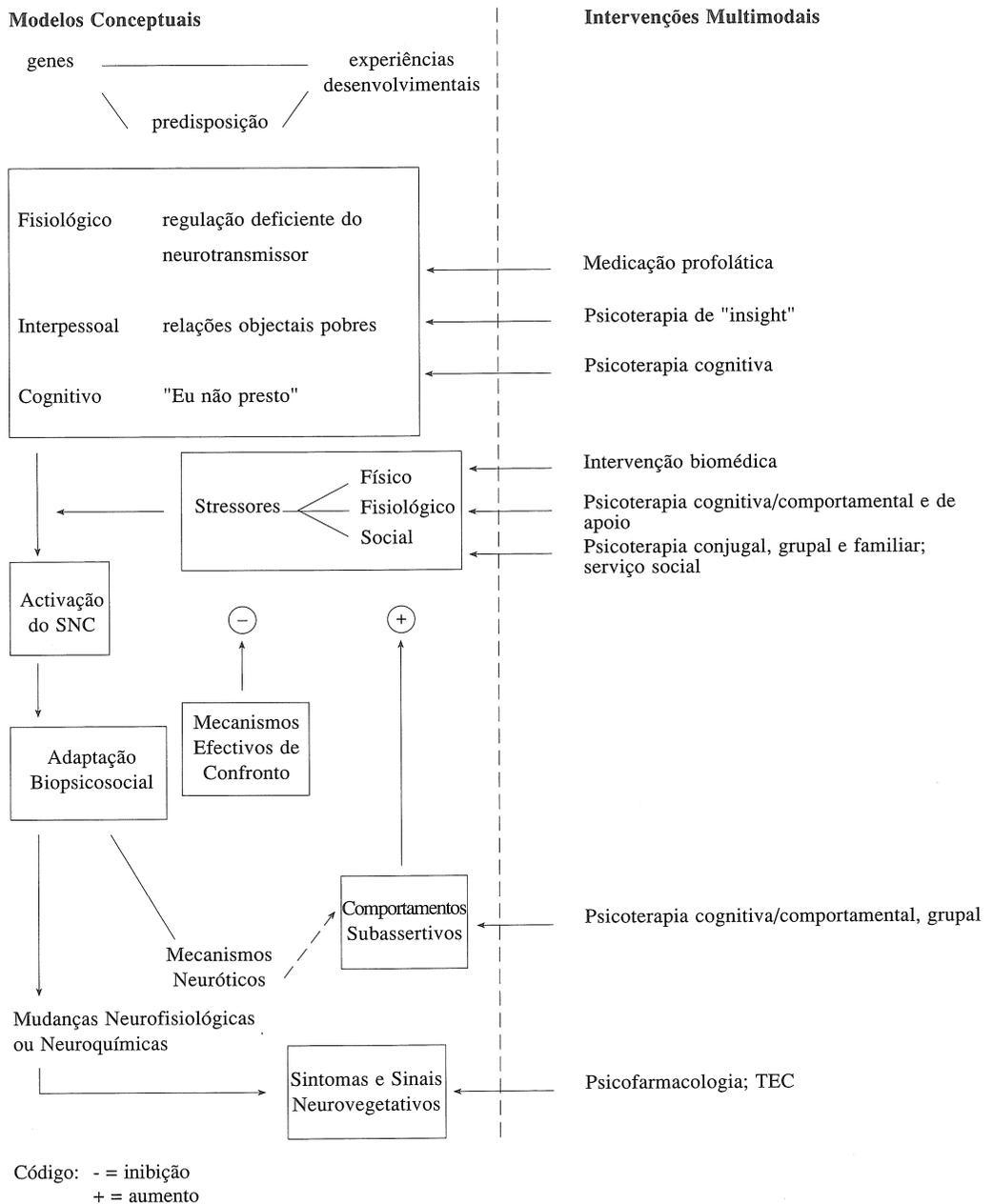
* A influência dos factores predisponentes é representada a tracejado

disfunções e disponibilidades; 2) a determinação de objectivos — aliviando os deficits, rectificando as disfunções e fortalecendo as disponibilidades; 3) selecção dos métodos terapêuticos — o seu modo, o timing, o seu enquadramento; 4) a avaliação

permanente — observando e testando, modificando intervenções no sentido da sua maior rentabilidade terapêutica.

O programa terapêutico multimodal (Fig.4) surge naturalmente como uma dupla consequência

FIGURA 4
Depressão — Um Modelo Biopsicossocial e um Esquema Pluralista de Intervenção
(Baseado em Gallagher, 1981)



dum modelo multifactorial integrador e duma comprovação empírica da sua eficácia (Gallagher, 1981).

É na relatividade deste sistema que a psicoterapia das depressões se deve situar, rentabilizando a sua eficácia nos seus «locos» específicos de acção. E foi desta forma que as Psicoterapias Breves adquiriram o seu estatuto de técnicas eficazes, empiricamente comprovadas e definitivamente aceites pela comunidade científica desta área.

3. TERAPIAS MISTAS OU COMBINADAS NA DEPRESSÃO: ANTIDEPRESSIVOS E PSICOTERAPIAS BREVES

Fará mais sentido, quando se pretende comprovar a eficácia da terapia combinada de fármacos e psicoterapia nas depressões, obedecer à sequência de Klerman e outros (1974): 1) eficácia de cada tratamento de per si; 2) compreensão dos respectivos mecanismos de acção e 3) conhecimento da eficácia da combinação, abrangendo a) que tipo de eficácia: aditiva ou sinérgica, b) especificidade de áreas de intervenção, complementaridade, sobreposição dos dois tratamentos e, finalmente, 4) tipo de articulação ou selectividade de técnicas, sequências previsíveis para grupos homogéneos de depressivos, de modo a permitir programas específicos. No entanto, esta ordenação não existiu na prática, os dois tipos de investigação coexistiram. Por esta razão não isolamos um e outro tratamento nesta exposição, que nos serve também para focar alguns aspectos específicos da investigação do processo psicoterapêutico.

3.1. Eficácia da medicação antidepressiva

Não é esta a ocasião para se tratar deste assunto, mas algumas notas são necessárias para situar a sua importância nos estudos comparativos com a psicoterapia.

Não há dúvida sobre a acção terapêutica exercida pelos antidepressivos tricíclicos, principalmente no grupo de pacientes com Depressão Major e, mais ainda, quando o quadro clínico apresenta características endógenas (vd. 2.4). Contudo é relativa, mesmo assim, esta eficácia. A maioria dos estudos actuais confirmam, com pequena variação,

as percentagens obtidas por Klein e Davis (1969); na revisão de 65 estudos comparando tricíclicos com placebo, encontrou-se uma taxa de melhoria com imipramina de 70% (um dos tricíclicos mais activos) e 39% com placebo. Estes valores permitem que na revisão recente sobre este assunto, de Smith, Glass e Miller (1980), se afirme que «um terço dos pacientes não melhoram com medicação antidepressiva, um terço melhoram com placebos e que o terço restante mostra uma resposta à medicação que não se obteria com placebos».

O problema fundamental que não está respondido é o da definição de subgrupos diagnósticos homogéneos de doentes depressivos, que permitam a triagem prévia dos casos onde a medicação exerce uma remissão total, parcial ou praticamente nula.

Se a medicação é eficaz na redução dos sintomas nucleares depressivos ou mais endogenómorficos (vd. 2.4) e na redução do número de recidivas, é seguramente menos eficaz que a psicoterapia em relação à melhoria das relações interpessoais, à atenuação dos conflitos intrapsíquicos, na perda da autoconfiança e auto-estima, etc. (vd. Prats, 1988b).

Fica assim evidente um espaço de manobra para a intervenção psicoterapêutica, pelas limitações das terapêuticas biológicas nesta área. Recomendamos fortemente a leitura da recente revisão de Greenberg e Fisher (1989) aos psicoterapeutas interessados no campo das depressões.

3.2. Terapias Mistas: Farmacoterapia e Psicoterapia: o todo é mais que as partes?

A impressão clínica actual é geralmente favorável ao tratamento combinado como o tratamento electivo nas depressões. Têm sido, no entanto, enormes as dificuldades na sua investigação empírica, realizada praticamente nos últimos dois decénios, pelos enormes problemas metodológicos que a mesma origina.

A estratégia global é aparentemente simples: estudo comparativo da terapêutica combinada ou mista (medicação e psicoterapia) com qualquer dos dois tratamentos administrado isoladamente a que, habitualmente, se acrescentam dois outros grupos de controlo, um com placebo (com e sem psicoterapia) e, por vezes, um grupo com relação médica mas sem psicoterapia (dado que estes estudos têm sido na sua maioria efectuados em instituições psi-

quiátricas). A investigação depara com enormes dificuldades no estudo dos ingredientes activos e mecanismos hipotéticos de mudança em psicoterapia e na farmacoterapia, com a necessidade de normalizar as intervenções, administração correcta de cada uma delas, e em conjunto, e o controlo de factores — outros —, dos que aparentam ser os ingredientes activos, como resumem Elkin, Pilkonis e outros (1988 a e b) que seguimos de perto.

Pokorny e Klett (1966), há mais de 20 anos atrás, já reconheciam uma grande parte dessas dificuldades — homogeneidade das amostras de pacientes, objectivos terapêuticos diferentes, medidas e sistemas de avaliação de resultados, taxas de «dropout» e a dificuldade nestes tipos de perturbação em realizar ensaios duplamente cegos. Elkin, Pilkonis e outros (1988a), responsáveis pelos protocolos e orientação da investigação do National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, que adiante referiremos, consideram como condições mínimas para não enviezar estes estudos, as seguintes: 1) a standartização dos tratamentos, de forma a que os ingredientes activos dum dado tratamento estejam realmente presentes nele e não estejam presentes no outro (por exemplo pode ser estabelecida uma aliança terapêutica numa relação médico-doente, destinada somente a administrar psicofármacos quando ela é um claro instrumento de mudança na maioria das psicoterapias); 2) os ingredientes activos são administrados de modo adequado (por exemplo, um terapeuta cognitivo convicto na eficácia da sua técnica não será tão eficaz se lhe pedirem que efectue uma psicoterapia breve dinâmica por não ter motivação própria no seu emprego — o chamado «factor terapeuta» — e 3) os resultados obtidos não possam ser atribuíveis a outros factores (seria, por exemplo o caso de haver um efeito suplementar da relação médico-doente no estudo da acção do fármaco administrado).

Se a standartização dos fármacos é fácil, é muito difícil a das psicoterapias breves.

A presença de manuais de procedimento psicoterapêutico operacionalizam as técnicas dos vários modelos das psicoterapias breves, utilizadas nestes estudos. Actualmente existem manuais dos três modelos mais frequentes — cognitivo, psicodinâmico e interpessoal — (vd. ponto 4.3) e constituem um grande avanço.

São três os aspectos essenciais a averiguar na

investigação do processo psicoterapêutico para garantir que os «ingredientes activos» são efectivamente administrados pelo terapeuta (Beckham, 1990) — a aderência, a pureza e a competência técnica. Por aderência, entende-se o grau em que o terapeuta usa as técnicas dum dado manual; por pureza, o grau de obediência qualitativa e temporal a um conjunto de técnicas do modelo que está a praticar em relação ao eventual emprego de técnicas de outras orientações, e, por competência, o grau de perícia com que a técnica é aplicada. Se a competência obriga geralmente à obediência aos dois primeiros aspectos, é óbvio, como diz Beckham, que o inverso não é verdadeiro, pois um terapeuta pode aplicar numa forma pura e aderente um conjunto de técnicas de modo desajeitado ou inadequado.

Da parte do paciente espera-se, tal como na medicação, que haja uma boa receptividade e sobretudo uma boa «absorção» das técnicas psicoterapêuticas. Os indicadores desta área são frouxos ou complexos: a assiduidade, a resistência, a aceitação numa interpretação. Os «drop-outs» nas Psicoterapias Breves, e em qualquer dos modelos, são mais frequente nas classes sócio-culturais de baixos recursos que nas outras. E não houve progressos apreciáveis nestes últimos 20 anos (Overall e Aeonson, 1963; Berrigan e Garfield, 1981). O período de avaliação para psicoterapia tem de ser também um período de motivação e o terapeuta terá de aprender «competência» para lidar com este problema se quiser efectivamente desempenhar um papel social como técnico de saúde. Temos alguma experiência nesta área, na aplicação de técnicas breves dinâmicas a população de baixos recursos e rural que pensamos descrever noutra ocasião.

A relação terapeuta-paciente e sobretudo a aliança terapêutica (vd. ponto 4.2) é um aspecto crítico para o resultado terapêutico. Ela depende de factores interactivos que são extremamente difíceis de reunir numa investigação, por parte do terapeuta e do paciente.

Outro grupo de factores que influi nos estudos dos resultados das terapêuticas combinadas tem a ver com a temporalização. Por exemplo, em relação a avaliação de resultados, verifica-se clara discrepância entre os tempos para a medicação (mais curtos) e para a psicoterapia (mais longos). O acordo no estudo do NIMH das Depressões, atrás referido, de avaliação ao fim de 16 semanas de tratamento

para a medicação e psicoterapia foi considerado satisfatório, quer para farmacoterapeutas quer para os psicoterapeutas.

Um dos problemas essenciais a resolver nestas técnicas é o da necessidade de padronizar o número, frequência e duração das sessões psicoterapêuticas. Correlaciona-se com a questão da «dose-efeito» em psicoterapia, que só agora começa a ser estudada de forma sistemática.

Dois outros aspectos enviezam, também, os resultados destas investigações.

Primeiro, há muito se sabe, que no grupo de doentes depressivos existem os que melhoram mais só com fármacos e não respondem a uma intervenção psicoterapêutica e o inverso. Seria importante encontrar variáveis no quadro clínico que facilitassem indicações neste sentido, para uma maior homogeneidade de amostras. São reduzidos os índices neste sentido (Prusoff e outros, 1980).

Segundo, o mesmo se verifica quanto ao sucesso terapêutico de um dado doente com uma técnica (e um terapeuta) depois de ter experimentado outra técnica (outro terapeuta), independentemente de, em grandes números estatísticos, os resultados serem próximos. Começamos a ter possibilidades de organizar, na área das Psicoterapias Breves, uma árvore de decisões, que referiremos no ponto 4.1., o que é, sem dúvida, um avanço substancial na pragmatização da selectividade terapêutica.

Finalmente, um dos pontos mais difíceis nestes estudos comparativos é criar protocolos com sistemas unitários que permitam não só pontuar as melhorias sintomáticas, como, também, o funcionamento interpessoal e intrapsíquico e outros índices de mudança que são expectativa de cada uma das técnicas. (Greenspan e Sharfstein, 1981; Hine, Werman, Simpson, 1982 e Weiss, De Witt, Kalteider, Horowitz, 1985). Este trabalho evoluiu numa forma franca e hoje é possível trabalhar com escalas, questionários e índices de avaliação que abrangem a grande maioria dos aspectos atrás referidos, alguns já apresentados no tratado de Bergin e Garfield (1986).

O próprio terapeuta, avaliado nos estudos das terapêuticas combinadas, é um sério elemento de distorção dos dados. Elkin, Pilkonis e outros (1988) explicitam: «Além do mais, o terapeuta pode não ser capaz de efectuar avaliações que sejam especificamente relevantes para um outro tratamento se não conseguirem sair da abordagem própria ao trata-

mento que praticam. Na fase piloto do NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program, por exemplo, nós verificámos que os psicoterapeutas nem sempre podiam completar todos os itens da Escala de Avaliação para a Depressão de Hamilton, uma escala psiquiátrica carregada com sintomas somáticos, enquanto os farmacoterapeutas foram algumas vezes incapazes de fornecer todas as respostas à General Life Functioning Scale, que inclui itens tais como: «Com que proximidade conseguia o doente sentir-se de pelo menos uma outra pessoa?».

Outros aspectos poderíamos evocar, mas estes são já suficientes para ficar claro como tem que se ter todo o cuidado em todos os estudos comparativos quanto ao seu valor facial. Weissman (1979) vai mais longe ao afirmar, de resto, num dos estudos mais consistentes deste problema, que nas investigações comparativas das várias psicoterapias aplicadas às depressões «houve a tendência para que o tratamento que é a modalidade habitual do grupo de investigação se mostrar a mais eficaz por esse grupo».

É neste contexto que podemos falar dos recentes estudos comparativos que resumimos de Greenberg e Fisher (1989). Oito investigações são aí referidas comparando um tipo específico de psicoterapia para a depressão com medicação antidepressiva. Três indicam que a psicoterapia foi equivalente à medicação e cinco que a psicoterapia foi superior. Nenhuma destas investigações mostrou a medicação como superior.

Onze estudos evidenciam como a associação da medicação à psicoterapia produz melhores resultados. Em nove, a combinação não produz diferenças nos resultados. Os outros dois estudos mostraram que a combinação de medicação e psicoterapia era superior a qualquer dos tratamentos isoladamente, e nestes engloba-se o estudo de Weissman (1979).

Conte e outros (1986), utilizam um sistema meta-analítico que permite pesar, em obediência a critérios sofisticados, os resultados terapêuticos de investigações anteriores. Com esses critérios rigorosos só foi possível englobar 17 estudos realizados de 1974 a Janeiro de 1984 que comparam uma terapêutica combinada com um ou mais grupos para o tratamento da depressão. Reproduzimos as conclusões: «Os resultados da presente análise de investigação no decorrer dos últimos 10 anos sugere que

a combinação da psicoterapia com a psicofarmacoterapia é algo mais eficaz para o tratamento da depressão que medicação ou psicoterapia isoladamente, e que, por consequência, todos estes tratamentos são algo mais efectivos que placebo ou um contacto relacional mínimo. Estes resultados confirmam a tendência que já se tinha manifestado noutras amostras de pacientes. Isto implica que há alguma validade nesta tendência e que não é, provavelmente, um artefacto do método analítico usado nesta revisão ou limitado à amostra reduzida de estudos de doentes depressivos que foi utilizada».

«Há duas categorias principais de explicação para esta tendência. Primeira, se houver um efeito sinérgico da medicação e psicoterapia, então os resultados são consistentes com o modelo aditivo ou de reciprocidade para o efeito das duas intervenções combinadas. Segunda, é possível que alguns doentes beneficiem mais com um tratamento e outros beneficiem mais com o outro. Se assim for, quando os doentes recebem os dois, uma ligeiramente maior percentagem deles melhoram mais do que se recebessem qualquer deles isoladamente. Os dados actuais não permitem uma conclusão inequívoca de qual das alternativas é mais provável estar correcta».

4. A IMPORTÂNCIA PARA A PSICOTERAPIA NAS DEPRESSÕES DO ESTUDO DO NIMH E DO ESTUDO DE PITTSBURGH

Uma grande parte das incertezas, enviezamentos e fracassos metodológicos que a maioria dos estudos comparativos anteriores sobre os resultados específicos das Psicoterapias Breves, da medicação antidepressiva empregues isoladamente e das terapêuticas combinadas nas depressões, desaparece ou atenua-se com estes dois programas de investigação. Qualquer deles tem um enorme rigor metodológico, obtido a partir das aquisições neste domínio referidas em 3.2., e, por isso, as suas conclusões favoráveis à psicoterapia foram irrefutáveis a uma comunidade científica que, ou se interrogava sobre as suas reais potencialidades terapêuticas neste campo ou a recusava à partida, por uma defesa intransigente e doutrinária das terapêuticas puramente biológicas.

Pelas suas consequências teóricas e práticas merecem uma referência à parte.

4.1. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program

Empregando a farmacoterapia e as técnicas psicoterapêuticas actuais nas depressões, a percentagem de sucesso terapêutico pode ser maximizada a 80% a 90% da população depressiva. Na prática, contudo, esses valores são mais baixos, à roda dos 50%, (Regier e outros, 1988), por factores tão variados como emprego de medicação inadequada, ansiolíticos, por exemplo, medicação antidepressiva em dosagens infraterapêuticas, ausência de intervenção profiláctica e farmacoterápica, desconhecimento da eficácia real de técnicas psicoterapêuticas breves, e que possam facilmente constituir-se em rotinas terapêuticas. A obediência a estes critérios, e sobretudo a comprovação da eficácia das Psicoterapias Breves permitirão uma mais fácil luta pela sua institucionalização nas estruturas de Saúde Mental.

O NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program é o primeiro estudo multicêntrico patrocinado pelo NIMH no campo das psicoterapias e limitado à investigação da eficácia em relação à medicação antidepressiva das psicoterapias breves adaptadas às perturbações depressivas (Elkin e colaboradores, 1985).

Tendo como objectivo imediato a avaliação de resultados terapêuticos (*outcome*), engloba também, a longo prazo, o estudo do processo terapêutico em correlação com a eficácia terapêutica, ou seja, os mecanismos de mudança que afectam positivamente o resultado terapêutico.

Na sua fase de planificação (1977-1980) foram elaborados os seus protocolos, tendo sido standardizados todos os parâmetros para a descrição e avaliação do problema, as características da intervenção terapêutica, natureza, velocidade e durabilidade da mudança nos pacientes. A intenção deste processo exaustivo é o de permitir a sua replicação e testar as generalizações obtidas dos resultados dos vários centros de investigação. Segundo diz Elkin, a maioria dos estudos de eficácia ficaram limitados a núcleos reduzidos de investigação ou a uma dada escola psicoterapêutica, limitando a comparação de resultados, enquanto neste estudo multicêntrico «o que é diferente é a natureza pública e explícita das deliberações e resoluções de investigação».

Os terapeutas foram treinados no emprego das técnicas utilizadas. Quer nesta fase quer na fase de treino (1980) e nas fases de resultados (1984) e de «follow-up» todo este processo foi videogravado.

A escolha dentre as psicoterapias breves da Psicoterapia Cognitiva da Depressão (Beck e outros, 1979) e da Psicoterapia Interpessoal da Depressão (Klerman e outros, versão preliminar de 1979, e edição de 1984) deveu-se a 4 critérios: 1) técnicas baseadas em modelos diferentes, a primeira cognitiva, a segunda psicodinâmica e derivada das técnicas psicanalíticas; 2) a opção por psicoterapias que foram desenvolvidas ou modificadas tecnicamente para a intervenção específica na depressão; 3) facilmente standartisáveis pela presença dum manual que operacionalize técnicas e procedimentos específicos; 4) porque em ambas havia claros indícios anteriores da sua eficácia absoluta e relativa.

Somente pacientes com uma Depressão Major, segundo o Research Diagnostic Criteria (Spitzer e Endicott), entraram neste estudo.

Até à data, saíram somente os resultados da eficácia global dos tratamentos. Resumiremos dessa publicação (Elkin e colaboradores, 1989) as suas principais conclusões.

Foram estudados 250 doentes com Depressão Major, após 4 meses de intervenção terapêutica. Os doentes foram aleatoriamente distribuídos por 4 tipos de intervenção: 1) Antidepressivos (Imipramina) e contacto clínico, 2) Psicoterapia Interpessoal, 3) Psicoterapia Cognitiva e 4) Placebo e contacto clínico.

Numa análise global dos resultados o ordenamento dos tratamentos foi: a imipramina e contacto clínico como o melhor, e, o pior, placebo e contacto clínico. As duas psicoterapias ficaram entre os dois resultados, e geralmente muito perto da imipramina e contacto clínico.

O comportamento destes resultados não foi igual quando se dividiu o grupo em dois subgrupos, um com mais e outro com menos gravidade e intensidade sintomática. Encontraram-se diferenças significativas quanto à eficácia relativa dos tratamentos no subgrupo dos doentes mais intensamente deprimidos, com franca evidência da eficácia de imipramina e contacto clínico, evidência da psicoterapia interpessoal, relativa da psicoterapia cognitiva e finalmente do placebo com contacto clínico. No entanto, em relação ao subgrupo dos doentes menos

deprimidos não se encontraram diferenças significativas entre os 3 tratamentos eficazes (imipramina e as duas psicoterapias).

Na análise das taxas de remissão clínica, efectuadas com a Escala de Hamilton de 17 pontos, em que foi considerado como critério de remissão um valor abaixo de 6, a percentagem de pacientes que atingiram esse critério foram 43% para a psicoterapia interpessoal, 42% para a imipramina e contacto clínico, 38% para a psicoterapia cognitiva e 21% para placebo e contacto clínico.

Elkin e colaboradores especificaram que na análise discriminativa dos resultados das duas técnicas psicoterapêuticas nas formas depressivas menos graves as diferenças estatisticamente encontradas não são significativas, e, para bom entendedor, acrescentam, «nós iremos em futuras análises, explorar a contribuição para os resultados encontrados da pessoa de terapeuta em cada um dos tratamentos. Por agora, contudo, é importante ter em mente que nós não estamos a comparar a psicoterapia interpessoal com a psicoterapia cognitiva, mas sobretudo o «pacote» de cada um dos tratamentos com os terapeutas que escolheram ou foram escolhidos para o levar a cabo»... e após analisar o comportamento em vários items, concluem que estes dados «são consistentes com muitos outros referidos na literatura psicoterapêutica de que, globalmente, não se encontraram diferenças de resultados entre diferentes formas de psicoterapia».

Em conclusão, mesmo em formas depressivas graves a psicoterapia é eficaz em valores muito próximos da terapêutica farmacológica. Nas formas menos graves, fica reconhecida e, pela primeira vez, numa forma consistente, que, pelo menos as psicoterapias empregues, são tão eficazes como a farmacoterapia.

Ficam três problemas por resolver. Primeiro, encontrarem-se indicadores terapêuticos nestas perturbações depressivas para o grupo que melhora mais com medicação ou que melhora mais com psicoterapia. Segundo, a implementação das técnicas psicoterapêuticas mais adequadas a estas perturbações depressivas. Terceiro, futuros estudos, já que o presente não o contempla, que explicitem melhor as actuações clínicas onde é mais eficaz um dos dois tratamentos actualmente propostos ou onde seja mais eficaz uma terapêutica combinada.

4.2. Estudo de Pittsburgh

O grupo de Pittsburgh interessou-se pelo estudo das terapêuticas de manutenção, capazes de reduzir futuras crises em doentes com depressões recorrentes. Os resultados preliminares das suas investigações, recentemente publicados (Frank e outros, 1990 e Klerman, 1990), são duma enorme relevância para as psicoterapias breves.

A expectativa clássica de há uns anos atrás era que após uma primeira crise depressiva (Depressão Major) qualquer doente teria uma oportunidade de 50% de não ter mais crises. De facto estes números eram optimistas, e embora não se tenha estabilizado uma nova percentagem, sabe-se que a hipótese de recidiva no ano seguinte após a cura é maior, principalmente, se se tiver em conta que uma grande parte destes doentes apresentam no ano seguinte perturbações depressivas mais ligeiras. O grupo de Pittsburgh avança o número de 80%, limitando assim a 20% o grupo de doentes sem nova crise ligeira ou grave, no ano seguinte a uma crise grave. A dimensão destes números dá assim a real imagem da importância das terapêuticas de manutenção.

O grupo de Pittsburgh, pela primeira vez, investiga o potencial das psicoterapias nas terapêuticas de manutenção, até aqui habitualmente só efectuadas com antidepressivos.

A amostra dos pacientes é repartida em 5 sub-grupos, em função da terapêutica de manutenção utilizada: 1) psicoterapia interpessoal de Klerman, isolada, com uma única sessão mensal; 2) psicoterapia interpessoal com medicação antidepressiva imipramina; 3) psicoterapia interpessoal com placebo; 4) contacto clínico e imipramina e 5) contacto clínico com placebo.

Os resultados que aqui nos interessam são o da percentagem de prevenção de recidiva ao fim de 1 ano de 60% no grupo com imipramina e contacto clínico e 84% no grupo com psicoterapia interpessoal e imipramina. E citamos, de Frank (1990): «Enquanto a comparação dos dois grupos psicoterapia interpessoal com imipramina e contacto clínico e imipramina não demonstraram uma vantagem estatisticamente significativa do tratamento combinado, a análise do período de sobrevivência sem crise demonstrou um efeito significativo da psicoterapia e sem interacção, indicando assim que o efeito da psicoterapia foi semelhante quer com medicação quer sem medicação. Por contraste, nos

doentes que não receberam medicação activa, as sessões mensais de psicoterapia interpessoal duma forma significativa prolongaram o tempo de sobrevivência sem crise, com um período de sobrevivência médio superior a um ano».

Embora sem o rigor metodológico do estudo anterior, Blackburn e outros (1986), num estudo com um grupo muito mais reduzido de doentes, chega a idêntica conclusão, comparando o efeito profilático, desta vez, da psicoterapia cognitiva, da farmacoterapia empregues isoladamente e da terapêutica combinada.

Os estudos de Pittsburgh e de Blackburn sugerem assim a presença dum potencial profilático de dois modelos distintos das Psicoterapias Breves, o que é mais um dado novo a favor do movimento integrativo nas psicoterapias. Em termos clínicos, a Psicoterapia Preventiva ou Profiláctica parece poder vir a ter um papel importante.

Não possuímos ainda dados de estudos naturalísticos da evolução em pacientes depressivos, após o término duma Psicoterapia Breve com ou sem medicação. A impressão clínica que possuo é a de que exerce um efeito positivo a longo prazo na diminuição do número de recidivas ou sua atenuação. Embora já tenha ouvido comentários semelhantes de outros colegas, insisto, não passa duma impressão. Seria contudo um estudo interessante a efectuar. A reanálise do estudo de Smith, Glass e Miller (1980) por Andrews e Harvey (1981) sugere que a taxa de recidiva dois anos após o término da psicoterapia é reduzida, mas o grupo de doentes assim estudados é heterogéneo e pouco nos esclarece quanto às depressões.

REFERÊNCIAS

- ANDREWS, G. e HARVEY, R. (1981) – «Does Psychotherapy Benefit Neurotic Patients? — A Reanalysis of the Smith, Glass and Miller Data», *Archives of General Psychiatry*, vol. 38: 1203-1208.
- AKISKAL, H. S.; MC KINNEY, W. T. (1973) – «Depressive Disorders: Toward a Unified Hypothesis», *Science*, vol.182: 20-29.
- AKISKAL, H. S. (1983) – «Dysthymic Disorder: Psychopathology of Proposed Chronic Depressive Subtypes», *American Journal of Psychiatry*, 140, 11-20.
- AKISKAL, H. S.; HIRSCHFELD, M. D.; YEREVANI, B. I. (1983) – «The Relationship of Personality to Affective Disorders — A Critical Review», *Archives General Psychiatry*, 40, 801-810.

- BECKHAM, E. E. (1990) – «Psychotherapy of Depression — Research at a crossroads: Directions for the 1990s», *Clinical Psychology Review*, 10, 207-228.
- BEITMAN, B. D.; GOLDFRIED, M. R.; NORCROSS, J. C. (1989) – «The Movement Toward Integrating the Psychotherapies: An Overview», *American Journal of Psychiatry*, 146, 138-147.
- BERRIGAN, L. P.; GARFIELD, S. L. (1981) – «Relationship of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class», *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 239-242.
- BIFULCO, A. T.; BROWN, G. H.; HARRIS, T. O. (1987) – «Loss of parent in childhood, lack of adequate parental care and adult depression: A replication», *Journal of Affective Disorders*, 12, 115-118.
- BLACKBURN, I. M.; EUNSON, K. M.; BISHOP, S. (1986) – «A Two-year Naturalistic Follow-up of Depressed Patients Treated with Cognitive Therapy, Pharmacotherapy and a Combination of Both», *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.
- BOWLBY, J. (1988) – «Developmental Psychiatry Comes of Age», *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- BOYD, J. H.; WEISSMAN, M. M. (1982) – *Epidemiology*. In: *Handbook of Affective Disorders*, ed. por E. S. Paykel, Edimburgo, Churchill: Livingstone.
- BROWN, G. H., HARRIS, T. (1978) – *The Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, Nova Iorque: Free Press.
- CONTE, HOPE R.; PLUTCHIK, R.; WILD, K. V.; KARASU, T. B. (1986) – «Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depression — A Systematic Analysis of the Evidence», *Archives of General Psychiatry*, 43, 471-479.
- CORYELL, W.; ENDICOTT, J.; KELER, M. (1990) – «Outcome of Patients with Chronic Affective Disorder: A Five-year Follow-up», *American Journal of Psychiatry*, 147, 1627-1633.
- ELKIN, I.; PARLOFF, M. B.; HADLEY, S. W.; *et al.* (1985) – «NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: background and research plan», *Archives of General Psychiatry*, 42, 305-316.
- ELKIN, I.; PILKONIS, P. A.; DOCHERTY, J. P.; STOTSKY, S. M. (1988 a) – «Conceptual and Methodological Issues in Comparative Studies of Psychotherapy and Pharmacotherapy, I: Active Ingredients and Mechanisms of Change», *American Journal of Psychiatry*, 145, 909-917.
- ELKIN, I.; PILKONIS, P. A.; DOCHERTY, J. P.; STOTSKY, S. M. (1988 b) – «Conceptual and Methodological Issues in Comparative Studies of Psychotherapy and Pharmacotherapy, II: Nature and Timing of Treatment Effects», *American Journal of Psychiatry*, 145, 1070-1076.
- ELKIN, I.; SHEA, T.; MATKINS, J. T.; IMBER, S. D.; SOTSKY, S. M.; COLLINS, J. F.; GLASS, D. R.; PILKONIS, P. A.; LEVER, W. R.; DOCHERTY, J. P.; FIESTER, S. J.; PARLOFF, M. B. (1989) – «National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program — General Effectiveness of Treatments», *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-983.
- FRANK, E.; KUPFER, D. J.; PEREL, J. M.; COINES, C.; JARRET, D. B.; MALLINGER, A.; THASE, M. E.; MC EACHRAN, A. B.; GROCHOEINSKI, V. J. (1990) – «Three-year Outcomes for Maintenance Therapies in Recurrent Depression», *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099.
- GALLAGHER, R. M. (1981) – *Depression — A Biopsychosocial Model and Pluralistic Intervention Schema*, Nova Iorque, Cambridge University Press.
- GARFELD, S. L.; BERGIN, A. E. (1986) – *Hand-book of psychotherapy and behavior change*, Nova Iorque: Wiley.
- GREENBERG, R. P.; FISHER, S. (1989) – «Examining antidepressant effectiveness: findings, ambiguities, and some vexing puzzles», in: *The limits of Biological Treatments for Psychological Distress-Comparisons with Psychotherapy and Placebo*, Nova Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Publishers.
- GREENSPAN, S.; SHARFSTEIN, S. (1981) – «Efficacy of Psychotherapy - Asking the Right Questions», *Archives of General Psychiatry*, 38, 1213-1219.
- HINE, F. R.; WERMAN, D. S.; SIMPSON, D. M. (1982) – «Effectiveness of Psychotherapy: Problems of Research in Complex Phenomena», *American Journal of Psychiatry*, 139, 204-208.
- HODGKINSON, S.; SHERRINGTON, R.; GRULING, H.; MARCHBANKS, R.; REEDERS, S.; MALLET, J.; MELNIS, M.; PERTURSSON, H.; BRYNJOLFSSON, J. (1987) – «Molecular genetic evidence for heterogeneity in manic depression», *Nature*, 325, 805.
- INGHAM, J. P.; KREITMAN, N. B.; MILLER PMcC; SASHIDHARAN, S. P.; SURTEES, P. G. (1987) – «Self-appraisal, anxiety and depression in women — a prospective enquiry», *British Journal of Psychiatry*, 151, 643-651.
- KELLER, N. B.; LAVORI, P. W.; RICE, J.; CORYELL, W.; HIRSCHFELD, R. M. A. (1986) – «The Persistent Risk of Chronicity in Recurrent Episodes of Non-Bipolar Major Depressive Disorder: A Prospective Follow-up», *American Journal of Psychiatry*, 143, 24-28.
- KLEIN, D. F.; DAVIS, J. M. (1969) – *Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders*, Baltimore: Williams and Wilkins.
- KLEIN, D. F. (1974) – «Endogenomorphic Depression — A Conceptual and Terminological Revision», *Archives General Psychiatry*, 31, 447-454.

- KLEIN, D. F.; TAYLOR, E. B.; HARDING, K.; DICKSTEIN, S. (1988) – «Double Depression and Episodic Major Depression: Demographic, Clinical, Familial, Personality and Socioenvironmental Characteristics and Short Term Outcome», *American Journal of Psychiatry*, 145, 1226-1231.
- KLERMAN, G. L.; DIMASCIO, A.; WEISSMAN, M.; PRUSOFF, B.; PAYKEL, E. S. (1974) – «Treatment of depression by drugs and psychotherapy», *American Journal of Psychiatry*, 131, 186-191.
- KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M.; ROUNSAVILLE, B. J.; CHEVRON, E. S. (1984) – *Interpersonal Psychotherapy of Depression*, Nova Iorque, Basic Books, Inc., Publishers.
- KLERMAN, G. L. (1990) – «Treatment of Recurrent Unipolar Major Depressive Disorder. Commentary on the Pittsburgh Study», *Archives of General Psychiatry*, 47, 1158-1162.
- LUBORSKY, L.; Mc LELLAN, T.; WOODY, G. E.; O'BRIEN, C. P.; AUERBACH, A. (1985) – «Therapist Success and Its Determinants», *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- NURCOMBE, B.; GALLAGHER, R. M. (1986) – *The Clinical Process in Psychiatry — Diagnosis and management planning*, Nova Iorque, Cambridge University Press.
- NURNERGER, J. I. e GERSHON, E. S. (1982) – «Genetics», in: *Handbook of Affective Disorders*, ed. por E. S. Paykel, Edimburgo, Churchill-Livingstone.
- OVERALL, B.; ARONSON, H. (1963) – «Expectations of psychotherapy in patients of lower socioeconomic class», *American Journal of Orthopsychiatry*, 33, 421-430.
- PERUGI, G.; MUSETTI, E.; SIMONINI, E.; PIAGENTINI, F.; CASSANO, G. B.; AKISKAL, H. S. (1990) – «Gender-Mediated Clinical Features of Depressive Illness — The Importance of Temperamental Differences», *British Journal of Psychiatry*, 157, 835-841.
- PILKONIS, P. A.; FRANK, ELLEN (1988) – «Personality Pathology in Recurrent Depression: Nature, Prevalence and Relationship to Treatment Response», *American Journal of Psychiatry*, 145, 435-441.
- POKORNY, A. D.; KLETT, C. J. (1966) – «Comparisons of psychiatric treatments: problems and pitfalls», *Disorders of the Nervous system*, 27, 648-652.
- PRATS, L. (1988a) – «Psicoterapia breve — Qual a coisa, qual é ela?», *Psicologia*, VI, I, 5-10.
- PRATS, L. (1988b) – «Formas bifásicas das terapêuticas mistas nas depressões. Análise de 47 casos», *Psicologia*, VI, I, 47-55.
- PRUSOFF, B. A.; WEISSMAN, M.; KLERMAN, G. L. (1980) – «Research Diagnostic Criteria subtypes of depression: their roles as predictors of differential response to psychotherapy and drug treatment», *Archives of General Psychiatry*, 37, 796-801.
- REGIER, D. A.; HIRSCHFELD, R. M. A.; GOODWIN, F. K.; BURKE, J. D.; LAZAR, J. B.; JUDD, L. L. (1988) – «The NIMH Depression Awareness, Recognition and Treatment Program: Structure, Aims and Scientific Basis», *American Journal of Psychiatry*, 145, 1351-1357.
- ROUNSAVILLE, B. J.; SHOLOMSKAS, D.; PRUSOFF, B. A. (1980) – «Chronic mood disorders in depressed out patients», *Journal of Affective Disorders*, 2, 73-88.
- ROY, A. (1985) – «Early Parental Separation and Adult Depression», *Archives of General Psychiatry*, 42, 987-991.
- SMITH, M. L.; GLASS, G. V.; MILLER, T. I. (1980) – *The Benefits of Psychotherapy*, Baltimore, The John Hopkins Press.
- SURTEES, P. G.; MILLER, P. M.; INGHAM, J. G.; KREITMAN, N. B.; RENNIE, D.; SASHIDHARAN, S. P. (1986) – «Life Events and the Onset of Affective Disorder — A Longitudinal General Population Study», *Journal of Affective Disorders*, 10, 37-50.
- WACHTEL, P. L. (1987) – *Action and Insight*, Nova Iorque, The Guilford Press.
- WEISS, D. S.; DEWITT, K. N.; KALTREIDER, N. C.; HOROWITZ, M. J. (1985) – «A Proposed Method for Measuring Change Beyond Symptoms», *Archives of General Psychiatry*, 42, 703-708.
- WEISSMAN, M. M. (1979) – «The psychological treatment of depression: evidence for the efficacy of psychotherapy alone, in comparison with, and in combination with pharmacotherapy», *Archives of General Psychiatry*, 36, 1261-1269.
- WINOKUR, G. (1979) – «Unipolar depression: Is it divisible into autonomous subtypes?», *Archives of General Psychiatry*, 36, 47-52.

RESUMO

Reve-se o conhecimento e a experiência clínica actual dos tratamentos da depressão, biológicos e psicoterapêuticos, empregues isoladamente ou em terapêuticas combinadas. De ambos ressaltam os primórdios dos indicadores preditivos de resposta terapêutica dos diferentes tipos. Explicita-se porque à hipótese unificadora multifactorial da gênese das depressões deverá ser implementado um modelo terapêutico multimodal. Este modelo fornece as correctas interfaces das técnicas psicoterapêuticas breves com outras terapêuticas e possui implicações para as suas correctas indicações, limites e estratégia de inserção clínica.

ABSTRACT

The author reviews current knowledge and clinical experience of depression's biological and psychotherapeutic treatments, either alone or in combination. We are beginning to have more efficient predictors and indicators for each of the three types of treatment. It is

explained why the best corresponding treatment model for the present comprehensive biopsychosocial unified hypothesis of depression is the multimodal intervention schema. Further, this model gives to the brief Psychotherapeutic techniques the correct interface with other therapies and has relevant implications for their correct indications, limitations and clinical strategy.