

INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL E COGNITIVA NOS COMPORTAMENTOS DEPRESSIVOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE *

INTRODUÇÃO

Foi necessário esperar pela segunda metade do século 20, para que se desenvolvesse o interesse pela depressão na criança (Le Moal, 1953; Toolan, 1962; Dugas, 1966; Frommer, 1968; Glaser, 1967).

A realização em Estocolmo em 1971 do «4.º Congresso da União Europeia dos Pedo-Psiquiatras», subordinado ao tema «*Estados depressivos na infância e adolescência*» (Annel, 1972) marcou, pelo menos na Europa, o início de um importante desenvolvimento de trabalhos sobre esta problemática.

Por seu lado, em 1977, os americanos depois de uma conferência sobre a depressão na criança, organizada pelo «Center for Studies of Child and Family Mental Health-National Institut of Mental Health» (NIMH) (Shulterbrandt e Raskin, 1977), reconheciam a existência de distúrbios depressivos na criança, vindo a tornar-se cada vez mais numerosos os que aceitavam este facto.

Em França, um livro intitulado «*Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 15 ans*» (Dugas e Mouren, 1980) dava a conhecer alguns aspectos psicopatológicos neste domínio.

Verifica-se que a depressão constitui um distúrbio importante nas crianças e adolescentes.

* Comunicação apresentada no I Encontro Ibérico de Terapia Comportamental.

As investigações e publicações consagradas ao estudo dos comportamentos depressivos na criança têm conhecido um desenvolvimento considerável. Elas provêm das mais diferentes correntes teóricas e metodológicas e defendem modelos terapêuticos muito específicos.

Numerosos estudos epidemiológicos têm sido realizados a fim de investigarem a incidência de sintomas depressivos na população geral de crianças. Uma investigação de Rutter, Tizard e Whitmore (1970) na ilha de Wight, indicou uma incidência de 1,4% em crianças na pré-puberdade, assim que 1,5% numa população de adolescentes de 14 anos (Rutter *et al.*, 1976). Por sua vez, Nissen (1971) verificou uma prevalência de 1,8% na população geral.

Entre o conjunto de crianças consultadas em psiquiatria, a incidência é de 3% para Weber (1971), 12% para Kuhn (1972), 25% para Frommer (1972), 15 a 20% para Pearce (1977), 3% para Dugas e Mouren (1980), 3,3% para Corboz (1983). A incidência cresce no entanto na adolescência, podendo atingir mesmo os 40% (Carlson, 1981).

Quanto às causas apontadas, elas são variadas e registaremos apenas algumas. Dugas *et al.* (1980) estudaram o ambiente familiar de uma população de crianças deprimidas e verificaram que o mesmo era numa percentagem importante desfavorável, ou seja, verificou a existência de acidente grave ou morte de um familiar próximo, desentendimento familiar, separação ou divórcio dos pais, separação precoce e duradoira do meio familiar, alcoolismo ou depressão dos pais, entre outros factores. Verificou igualmente, uma correlação positiva entre doença física, insucesso escolar e sintomas depressivos na criança.

Corboz (1983), depois de apresentar resultados de vários estudos sobre a etiologia dos sintomas depressivos na criança, concluiu que na criança as depressões endógenas são raras, tornando-se importante na sua intervenção a utilização de métodos psicoterapêuticos, psicopedagógicos e psico-sociais, não esquecendo o farmacológico que, nalguns casos, terá de ser associado a estes.

As investigações sobre a depressão na criança, sendo numerosas e apresentando-se de numerosas facetas, constituem um

conjunto muito heterogéneo, o que faz com que continue a existir uma certa diversidade e, por vezes, mesmo uma certa imprecisão nos critérios de diagnóstico e de avaliação.

Vários autores admitem que a depressão da criança e a do adulto partilham um grande número de semelhanças, mas que a depressão da criança possui características «únicas» que lhe são próprias, nomeadamente, cóleras, enuresia, encopresia, queixas somáticas (Frommer, 1968; Ling e al, 1970; Kuhn e Kuhn, 1972; Arajarvi e Huttunen, 1972; McConville *et al.*, 1973).

Outros investigadores consideram que os distúrbios depressivos da criança e do adulto são diferentes, no sentido de que nos adultos os distúrbios são manifestos enquanto que na criança estão «mascarados» (Toolan, 1962; Glasser, 1967; Cytryn e Macknew, 1974; Renshaw, 1975). Segundo estes, na criança existem para além de alguns sintomas da depressão do adulto, sintomas que «mascaram» a depressão, tais como: passagens ao acto, baixa de resultados escolares, fobia escolar, queixas somáticas, cóleras, melancolia, fobias, propensão aos acidentes, fugas, condutas incendiárias.

Nos últimos anos, tem-se desenvolvido uma tendência que consiste em valorizar os sintomas dos estados depressivos comuns à criança e ao adulto, podendo a depressão na criança ser diagnosticada utilizando os critérios reconhecidos no adulto. Esta perspectiva é defendida por Weinberg *et al.* (1973), Poznanski *et al.* (1970), Puig-Antich *et al.* (1978), Carlson e Cantwell (1979, 1980) e pela Associação Americana de Psiquiatria em que na DSM-III (1980), os sintomas essenciais de um estado depressivo são comuns às crianças, aos adolescentes e aos adultos. Todavia, certas diferenças dizem respeito aos sintomas associados, como por ex., na criança na fase pré-puberdade, a angústia de separação pode desenvolver-se e favorecer, por um lado, a adopção de comportamentos de evitamento, nomeadamente, recusa de ir à escola e, por outro lado, a aparição de medos, tais como, medo de morrer, medo da morte dos pais. Para além disso, aquando do aparecimento dos estados depressivos, antecedentes de angústia de separação podem ser responsáveis por uma grande maioria de comportamentos ansiosos intensos.

Cytrin e col. (1980), depois de terem comparado os critérios diagnósticos das escalas de avaliação da depressão na criança de Maria Kovacs e os critérios da DSM-III, concluem que existe uma semelhança considerável entre os distúrbios afectivos na criança e no adulto.

A adopção desta posição de paralelismo entre a depressão na criança e no adulto, aumentou consideravelmente nos E.U.A. o interesse sobre a possibilidade de aplicar os critérios de diagnóstico e de avaliação do adulto aos comportamentos depressivos na criança.

Também, certos comportamentalistas (Kaslow e Rehm, 1983; Agathon, 1984; Vera, 1985), sublinharam a importância das diversas abordagens comportamentais utilizadas na depressão do adulto na intervenção nos comportamentos depressivos da criança. Há que ter em conta, no entanto, que as terapias comportamentais da depressão, aplicadas à criança, colocam problemas muito específicos, ligados por um lado, ao desenvolvimento da criança, nomeadamente, à sua capacidade de verbalização, ao nível de construção do conhecimento sobre si, à percepção do reforço (locus de controle, etc.) e, por outro lado, aos sintomas associados tais como a ansiedade.

I. INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL E COGNITIVA NOS COMPORTAMENTOS DEPRESSIVOS NA CRIANÇA

As hipóteses terapêuticas sobre os comportamentos depressivos admitem que estes podem ser «desaprendidos» por estratégias terapêuticas diversas.

A elaboração de hipóteses terapêuticas constituiu todo um método de estudo da depressão. Esta é considerada como um estado marcado pela mudança: acontecimentos agradáveis e gratificantes perdem a sua atracção; crianças activas tornam-se apáticas; o interesse pelas relações interpessoais transforma-se em isolamento.

A abordagem comportamental vai insistir sobre a necessidade de avaliações precisas de cada sintoma, antes do tratamento, por exemplo, a quantidade de alimentação, de choro, a descrição

da criança sobre o grau das dificuldades de concentração e atenção, sobre o auto-registo dos dados comportamentais cognitivos e afectivos, através de questionários e escalas, nomeadamente, inventário da depressão de Maria Kovacs, escala da depressão de Birleson, escala de Poznanski.

Outro método de avaliação poderá ser a avaliação do comportamento da criança pelo grupo de pares, respeitando esta avaliação essencialmente aos comportamentos sociais, tais como, aceitação, rejeição, isolamento, entre outros.

Os pais poderão também contribuir ao nível da avaliação e, para além disso, poderão igualmente fazer parte dos programas de actividades e serem agentes de reforço social em certas estratégias terapêuticas e, eventualmente, também os professores.

Todas estas medidas de avaliação comportamental vão constituir a chave da intervenção, vão permitir ao terapeuta o estabelecimento da análise comportamental que vai consistir em determinar os antecedentes históricos, os antecedentes imediatos, o comportamento depressivo, as consequências sobre o ambiente onde tem lugar este tipo de comportamento depressivo e as consequências para a criança do comportamento depressivo, elementos estes que vão permitir o estabelecimento do programa terapêutico.

Na generalidade, a terapia tem lugar uma ou duas vezes por semana, durante um período limitado.

Para além da diversidade de técnicas que poderão ser propostas, assim como das variáveis que influem nos comportamentos depressivos, Vera (1986) apresenta uma série de procedimentos que poderão facilitar o processo de decisão terapêutica. Assim:

- Tratamento em prioridade dos distúrbios associados, tais como a ansiedade;
- Certos comportamentos são necessários para a aprendizagem de outros comportamentos. A aprendizagem de respostas de recusa, de solicitação, etc., é necessária para o estabelecimento de um programa de actividades;
- Certos déficits são mais fundamentais que outros. A manipulação dos comportamentos observáveis é prioritária à dos comportamentos cognitivos;

- Várias técnicas podem ser utilizadas ao mesmo tempo para diferentes sintomas;
- As estratégias cognitivas, tocando factores psicológicos como, auto-imagem, auto-afirmação, sentimentos de auto-estima, os quais estão em pleno desenvolvimento, são muito importantes e a ter em conta. Elas permitirão modificações mais estáveis, na medida em que o desenvolvimento afectivo está na base dos processos de conceptualização e de raciocínio. Ora, a maneira de perceber os acontecimentos da vida, determina para muitos autores, a vulnerabilidade aos distúrbios psicológicos.

A estratégia terapêutica vai depender pois, não só do tipo de problema a modificar e do desenvolvimento da criança, mas também do modelo teórico explicativo subjacente.

No caso da depressão, segundo o princípio de aprendizagem utilizado na explicação do desenvolvimento dos comportamentos depressivos, os modelos etiológicos, poderão ser separados em três grupos:

- 1 — condicionamento clássico da ansiedade;
- 2 — condicionamento operante de certos comportamentos depressivos;
- 3 — mediadores cognitivos (auto-controle): ideias irracionais, sistema de auto-reforço perturbado, sentimentos de desvalorização, disfuncionamento no processo de análise da informação, etc.

1 — CONDICIONAMENTO CLÁSSICO DA ANSIEDADE

As teorias do condicionamento clássico da ansiedade (Wolpe, 1971) consideram que esta desempenha um papel determinante no aparecimento de certos distúrbios afectivos. Logo que determinados estímulos provocam respostas emocionais desagradáveis, nomeadamente, medo, apreensão, ansiedade, num dado indivíduo, este evitará esses estímulos ansiogénicos. Para além disso, quando estes estímulos constituem ao mesmo tempo uma

fonte de gratificação importante (participar em jogos, competição intelectual, iniciar conversaço), o sujeito vai-se encontrar efectivamente distante dessas fontes de satisfaço e poderão, deste modo, desenvolver-se comportamentos depressivos.

Neste sentido, a depressão faz-se seguir à ansiedade e no caso de a criança ter estado muito ansiosa durante dias e semanas, ela poderá deixar-se conduzir à passividade e à depressão. Um exemplo, é o caso das fobias escolares, onde na maior parte das vezes, podemos observar manifestações ansiosas associadas a comportamentos depressivos. A hipótese terapêutica porá o acento sobre o tratamento da ansiedade, sendo os comportamentos depressivos considerados como uma consequência do estado de ansiedade. Nesta situação, existem duas técnicas que se poderão considerar básicas no descondicionamento da ansiedade: a desensibilizaço sistemática e a imersão.

Abordaremos estas duas técnicas muito sucintamente.

Assim, a desensibilizaço sistemática, que constituiu a técnica mais utilizada em psicoterapia comportamental no tratamento dos medos e fobias na criança e adolescente, consiste em reduzir gradualmente o hábito neurótico de responder pela ansiedade. O indivíduo é colocado num estado fisiológico antagonista da ansiedade (relaxamento), e depois é confrontado durante alguns segundos a um estímulo gerador de ansiedade. Para que o estímulo perca progressivamente o seu poder ansiogénico, esta confrontaço deverá ser repetida várias vezes e, poderão entretanto começar a apresentar-se estímulos cada vez mais ansiogénicos. Este tipo de intervenção, consiste pois em 3 fases:

- treino de relaxamento;
- estabelecimento da lista das situações ansiogénicas;
- procedimento de desensibilizaço.

Quanto à imersão, o objectivo desta técnica, consiste em provocar a diminuição do medo através da extinção, sendo impedido o evitamento das situações de medo, mesmo em imaginação.

Tal como para a desensibilizaço sistemática, a imersão pode utilizar a apresentação, em imaginação, de estímulos ansio-

génicos. Como diferença da dessensibilização, ela faz imaginar logo em primeiro lugar a situação mais ansiogénica, sendo esta apresentada não por um curto período durante o qual a criança está relaxada, mas sim por um período bastante longo, podendo ir de 30 a 90 minutos e sem que a criança esteja em estado de relaxação.

2 — CONDICIONAMENTO OPERANTE

Quanto aos modelos comportamentais baseados no condicionamento operante dos comportamentos depressivos, estes incidem o seu interesse na frequência e na qualidade de certos acontecimentos do meio. A existência de uma taxa fraca de reforços positivos e/ou a frequência elevada de punições poderão explicar a origem e a manutenção da depressão (Ferster, 1973).

Segundo Lewinsohn (1975), existirão igualmente depressões onde não se observam acontecimentos desencadeantes, tais como, insucesso escolar, luto, colocação em internato. Neste último caso, são os déficits ao nível da auto-afirmação que poderão explicar, em parte, o estado depressivo, ou seja, os indivíduos com falta de comportamentos de comunicação adequados para obterem reforços positivos do seu meio ambiente, são mais vulneráveis às menores flutuações dos reforços externos.

Segundo este modelo, as técnicas terapêuticas poderão ser agrupadas em três tipos:

- programas de actividades;
- atribuição de tarefas progressivas;
- técnicas de auto-afirmação.

Programas de actividades

A utilização de «programas de actividades» como tratamento da depressão resulta das primeiras conceptualizações comportamentais segundo as quais a depressão é considerada como uma diminuição de actividade provocada por uma redução de reforços positivos (Ferster, 1971; Lewinsohn, 1976).

Libet e Lewinsohn (1972) observaram que os deprimidos envolvem-se num número muito reduzido de actividades e entre estas muito poucas são consideradas agradáveis. Assim, a técnica proposta por Lewinsohn procura encorajar as actividades já existentes, seleccioná-las e estabelecer novos comportamentos intrinsecamente reforçados ou susceptíveis de serem reforçados pelo meio ambiente, supondo para isso que a criança possui as competências psicológicas e sociais para adoptar um comportamento determinado, mas o desempenho é insuficiente.

O programa de actividades, consiste pois num tipo de intervenção, que procura organizar para a criança deprimida um programa adequado de reforços positivos, modificando o nível, a qualidade e a variedade das suas actividades e interacções.

A fim de seleccionar as actividades — «alvo», que poderão ser, nomeadamente, ir ao cinema, jogar com outras crianças, fazer desporto, leituras de banda desenhada, terá de verificar-se se estas são ou não reforçantes para a criança.

A observação de uma perda importante de interesse ou de uma diminuição do nível de actividade num sector determinado, após um estado depressivo, poderá ser uma constatação importante. Por exemplo, o isolamento de uma criança, que antes do episódio depressivo demonstrava grande prazer a jogar e a comunicar com outras crianças, sugere que determinadas actividades de interacção poderão ser seleccionadas como alvos terapêuticos.

Igualmente, uma actividade poderá ser seleccionada, se se encontrar uma correlação com a modificação de humor, através por ex. da avaliação das respostas à «Lista de actividades agradáveis» (Pleasant Events Schedule Lewinsohn, 1976). Assim, as actividades correlacionadas com um estado de humor agradável são reforçadas pelo terapeuta no decurso de entrevistas regulares.

Por outro lado, o «Questionário de reforços para a criança» (Cautela, 1977) permite a identificação de reforços susceptíveis de serem associados a actividades — alvos. Deste modo, o meio ambiente observa atentamente o que a criança faz ou tenta fazer quando não está submetida a pressões para fazer algo de preciso, sendo estes comportamentos reforçados no sentido de aumentar a adopção dos mesmos.

Para Vera (1986) a aplicação de programas de actividades é eficaz na modificação da depressão, muito embora, estes não controlem suficientemente as manifestações ansiosas, devendo estas ser tratadas por procedimentos adequados.

Atribuição de tarefas progressivas

A atribuição de tarefas progressivas a crianças e a adolescentes deprimidos consiste em organizar uma sequência comportamental, a fim de as ajudar a adoptarem um comportamento complexo que elas desejariam realizar mas que, devido à sua lentidão ou fadiga, essa actividade lhes parece irrealizável. Por exemplo, se a criança ou adolescente deprimido exprime o desejo de trabalhar em certas matérias escolares a fim de evitar atraso escolar e inquietação, o terapeuta poderá decompor a tarefa — «trabalhar», em diversas subtarefas: preparação dos utensílios escolares; escolha da matéria a estudar; definição da quantidade de trabalho a fornecer; definição do tempo progressivo consagrado ao estudo diário; escrever os principais aspectos a estudar; estudar alguns deles, etc.. Este procedimento por etapas procura igualmente reforçar a colocação em actividade, reforçando uma cadeia de comportamentos concretos à partida (Vera, 1986).

A atribuição de tarefas progressivas evita o processo de decisão já que, em sessão as actividades semanais são decompostas em etapas pelo terapeuta. Ora, segundo Miller (1975), a lentidão psicomotora observada em certos deprimidos, será mais função da incapacidade em decidir sobre a escolha de um comportamento a realizar, do que da incapacidade em realizar um acto. Para além disso, o sucesso no desempenho de tarefas simples, aumentará a motivação a agir. Esta estratégia terapêutica é utilizada por certos autores como Weinberg e col. (1983) para determinar as cognições que estão na base de um problema de motivação, de desencorajamento, agindo ao nível comportamental e ao nível cognitivo.

Segundo Vera (1986), um sector de actividades que poderá beneficiar desta dupla abordagem é a organização da actividade escolar para as crianças apresentando ao mesmo tempo um estado

depressivo e uma fobia escolar e que se preocupam bastante da sua impossibilidade ao nível da realização intelectual.

Terapias de auto-afirmação

Diversos estudos sobre a aplicação das terapias de auto-afirmação aos comportamentos depressivos da criança têm mostrado resultados importantes no que se refere à eficácia destas técnicas na modificação dos distúrbios afectivos (Calpin e Cincirpini, 1978; Petti *et al.*, 1980; Matson *et al.*, 1980; Vera, 1985).

Outros autores, têm igualmente colocado em evidência as relações estreitas entre a auto-afirmação e a depressão na criança e no adolescente (Kaslow e Rehm, 1983; Vera, 1985).

Cartledge e Milburn (1980) realizaram vários programas de auto-afirmação para crianças isoladas e rejeitadas pelos colegas, com o objectivo de desenvolver competências cognitivas, afectivas e comportamentais. Para além disso, estas estratégias terapêuticas desempenham um papel importante na prevenção dos distúrbios psicopatológicos (Vera, 1986).

Dangel e Polster (1985) propõem mesmo um conjunto destas estratégias, a fim de ajudarem os pais a comunicarem de uma forma mais satisfatória com os seus filhos tímidos e introvertidos. Para Ross (1981), o isolamento social impede não só o acesso aos reforços sociais, mas também a aprendizagem dos comportamentos de comunicação, o que segundo Lewinson (1975) pode estar na base de certos estados depressivos.

Entre as hipóteses avançadas por diversos comportamentalistas, quanto às razões que conduzem à falta de auto-afirmação, destacamos: presença de distorções cognitivas conduzindo aos comportamentos inadequados; falta de informação e de aprendizagem dos comportamentos a adoptar numa dada situação; existência de condições de reforço que não estimulam suficientemente a adopção de comportamentos afirmativos; presença de respostas de ansiedade condicionada inibindo o comportamento afirmativo (impossibilidade de responder à agressividade por medo de perder a estima de outrem).

Segundo os modelos comportamentais, as competências psicológicas são habilidades que podem ser aprendidas e reforçadas.

As habilidades cognitivas, afectivas e sociais, fazem parte dos programas de grupo de treino de auto-afirmação, para crianças apresentando comportamentos depressivos associados a uma certa ansiedade social. Crianças com este tipo de problemas foram seguidas em consulta externa, em sessão semanal, em grupos constituídos por 5/6 crianças e orientados por dois terapeutas, tendo-se registado resultados muito favoráveis (Vera; Ramos, 1986) (1).

Assim, ao nível das habilidades cognitivas, o terapeuta trabalha com as crianças, por exemplo, a imaginar soluções alternativas, a conceptualizar os meios de resolver um problema, a conceptualizar uma situação em termos comportamentais.

Ao nível das habilidades sociais, vai incidir nos aspectos referentes à forma como fazer críticas, cumprimentos, como solicitar e recusar, como manter uma conversação e saber escutar.

Ao nível dos comportamentos afectivos, trabalha com o grupo na habilidade em identificar as diferentes formas de reagir face à rejeição, os sentimentos associados à interacção, nomeadamente, a alegria, a cólera, a timidez, etc.

Para a aprendizagem de todas estas habilidades diversos procedimentos são utilizados: procedimentos de repetição de resposta (role playing); procedimentos de aquisição de resposta (instruções, modelagem); procedimentos de favorecimento de resposta (reforço, retroacção); procedimentos de manutenção e de generalização de resposta (procedimentos cognitivos, exercícios quotidianos).

A aplicação destes métodos veio aumentar a frequência de certos comportamentos afirmativos já existentes no repertório comportamental da criança, enriquecer o repertório geral dos comportamentos sociais, provocar uma certa reestruturação cognitiva, nomeadamente a conceptualização das dificuldades em termos comportamentais e a identificações de outras alternativas de resposta aos comportamentos de evitamento.

(1) Hôpital Hérold — Service de Psychopathologie de l'Enfant e de l'Adolescent — Paris.

3 — MODELOS COGNITIVOS

Estes modelos tentam identificar, avaliar e modificar os sistemas de crenças erradas (Ellis, 1977), as contingências de auto-reforço (Rehm, 1977), os estilos de atribuição depressivos (Seligman, 1977) e os disfuncionamentos no processo da informação (Beck, 1970).

Estes modelos estão na base de certas técnicas terapêuticas, como:

- técnicas de auto-controle;
- terapia racional emotiva;
- terapia cognitiva de Beck;
- estratégias de desespero aprendido.

Técnicas de auto-controle

Os procedimentos de auto-controle incidem no desenvolvimento de competências cognitivas (pensamentos) e na sua aplicação aos comportamentos depressivos.

Para vários autores, a depressão é associada a deficits numa ou em várias etapas do auto-controle (Vera, 1986), sendo este conceptualizado como um processo através do qual uma pessoa se torna o principal agente na direcção e na regulação dos aspectos do comportamento conduzindo a consequências comportamentais previstas antecipadamente (Kanfer, 1980).

As estratégias de auto-controle exigem que a criança seja capaz de tomar consciência dos seus comportamentos depressivos, ou seja, que ela possa identificar os diferentes aspectos comportamentais da depressão (o que ela faz quando está deprimida), os aspectos cognitivos (aquilo que a criança pensa ou diz a si mesma quando está deprimida), os aspectos fisiológicos da depressão (como o seu corpo reage quando está deprimida), devendo ainda identificar as condições nas quais ela se sente particularmente deprimida (Vera, 1986). Estas técnicas exigem igualmente capacidades de verbalização suficientes para desen-

volver com o terapeuta um conjunto de ideias, pensamentos e auto-instruções que a criança ou adolescente deverá incorporar no seu repertório comportamental. Para além disso, elas implicam que a criança seja capaz de aplicar estas competências cognitivas nas condições nas quais ela se sente particularmente deprimida.

Três vantagens destas técnicas são enumeradas por Cole e Kazdin (1980):

— estes procedimentos fazem parte do desenvolvimento normal da criança, na qual o controle verbal, o domínio dos acontecimentos pelo pensamento se torna um agente de modificação importante;

— estas estratégias reforçam a produção das verbalizações destinadas a desenvolver as capacidades de auto-gestão das dificuldades ligadas a situações específicas, permitindo ainda a aprendizagem de fazer face ao stress;

— elas constituem um método de controle que as crianças ou adolescentes podem utilizar para interromper ou inibir uma sequência de pensamentos ou comportamentos, tornando-se aqueles menos dependentes de contingências externas e mais dependentes do controle interno.

Terapia racional emotiva

Ellis (1977) emprega o termo irracional para designar um comportamento, uma emoção ou um pensamento que conduzem a consequências negativas ou destrutivas, as quais interferem com o bem estar e a sobrevivência do indivíduo. Segundo este autor, um grande número de distúrbios provêm de um «desregulamento» dos mecanismos cognitivos, sendo a partir desta «desregulação» que são elaboradas as ideias irracionais.

Para Ellis, os acontecimentos não são perturbadores em si mesmos, mas é sim o ponto de vista pelos quais os percebemos que importa. Um acontecimento *A* poderá ser entendido de maneira catastrófica ou não, segundo o sistema de referências do sujeito, as ideias e crenças que o indivíduo tem de *A*.

De Vogue (1974) apresentou a intervenção terapêutica utilizada na modificação do isolamento social de uma criança, a qual reagia violentamente às troças dos outros colegas, isolava-se bastante na escola e apresentava numerosos tiques, faciais e nos ombros.

Esta criança foi integrada num grupo terapêutico para crianças deprimidas, no qual o terapeuta reforçava sistematicamente as verbalizações «racionais» e reformulava as verbalizações «irracionais», tais como, «não sou capaz de ter êxito», «todos me rejeitam», etc. De Vogue comparou este grupo a um outro grupo em que o terapeuta, apesar de estar atento a todas as verbalizações das crianças deprimidas, não reforçava nenhuma em especial. No final de 8 sessões terapêuticas, com a frequência de 2 por semana, ele verificou que a criança isolada e rejeitada pelos colegas reagia com menos violência às troças e tomava mais iniciativas nas suas interações. Igualmente, as crianças do 1.º grupo, após o tratamento, estavam menos sensíveis às frustrações, ao insucesso e à rejeição interpessoal. Por outro lado, segundo de Vogue, o 2.º grupo não mostrou modificações significativas nos seus comportamentos depressivos.

Terapia cognitiva de Beck

Beck (1984) observou nos deprimidos distorções cognitivas, distorções estas que seriam devidas à incapacidade do indivíduo em perceber correctamente a informação e as quais poderiam traduzir-se em exagero das implicações de uma situação, em tirar conclusões na ausência de elementos objectivos que permitiriam estas conclusões, etc.. Na criança, não se verifica a existência das distorções cognitivas observadas no adulto (Vera, 1986).

De facto, a possibilidade e as modalidades de tratamento da informação dependem do nível cognitivo do indivíduo, ou seja, numa dada situação o indivíduo vai mobilizar os seus conhecimentos para agir sobre as informações recolhidas e as transformar (George, 1983).

Face a um acontecimento externo, a criança elabora um quadro conceptual para o apreender (Piaget, 1974). Assim,

segundo a idade, o quadro conceptual pode ser mais ou menos elaborado, mais ou menos coerente, podendo deste modo, as observações que a criança faz dos acontecimentos serem mais ou menos exactas, mais ou menos finas e as soluções dos problemas, dizendo respeito ao porquê e ao como das relações verificadas, mais ou menos satisfatórias do ponto de vista lógico (Melote Nguyen Xuan, 1981).

Vários autores se têm dedicado ao estudo das cognições das crianças e adolescentes apresentando ideias negativas. Neste âmbito, de salientar o trabalho de Meichenbaun e Goodman (1977) com crianças apresentando ideias negativas, tais como, «não sirvo para nada», «o meu trabalho escolar é mau porque o professor não gosta de mim», etc., tendo como objectivo a aprendizagem para a criança de um conjunto de pensamentos menos negativos e a aprendizagem de fazer face ao stress.

Na 1.^a fase da intervenção terapêutica, estes autores utilizaram como metodologia de observação o video. A criança era filmada numa determinada actividade, era-lhe em seguida mostrado o filme, pedindo-se entretanto à criança para falar dos seus pensamentos e emoções tidos durante a actividade.

A 2.^a fase, consistiu em assinalar as consequências comportamentais das ideias negativas, nomeadamente, os comportamentos de inibição, de agressividade, de evitamento, etc.

Esta técnica terapêutica é bastante utilizada nos grupos de auto-afirmação, colocando no entanto, algumas dificuldades nas crianças com menos de 9 anos de idade (Vera, 1986). Butler e Mieztis (1980) e Kaslow (1981) sublinham que nas crianças e adolescentes deprimidos, são com frequência assinalados sentimentos de fraca auto-estima. Em 1986, Pope *et al.* desenvolveram várias estratégias destinadas a manipular a auto-estima, como auto-instrução, identificação de sentimentos, treino à solução de problemas, imagem do corpo.

Resta acrescentar que as terapias cognitivas deverão ser adaptadas ao nível de desenvolvimento da criança.

Estratégias de desespero aprendido

O modelo de desespero aprendido, proposto por Seligman (1973) como um modelo de depressão, vai considerar a depressão como sendo o resultado de experiências face a situações inevitáveis (separação, doença, perda de um objecto afectivo, etc.), conduzindo o indivíduo a uma percepção de não contingência entre consequências e respostas. Os sintomas motivacionais, emocionais e cognitivos da depressão serão assim provocados por experiências de não controle sobre os acontecimentos. Para além disso, esta teoria acentua ainda que não é suficiente a exposição a situações de não controle para tornar alguém «desesperado» mas, sobretudo, o organismo deve chegar ao ponto de considerar os comportamentos como incontroláveis, para apresentar o fenómeno de desespero aprendido.

Nos deprimidos, há a ideia de que toda a acção é votada ao insucesso.

Deste modo, se o indivíduo pensa que as suas respostas não têm nenhum controle sobre os acontecimentos, a probabilidade de uma resposta diminuir, sendo que os afectos depressivos poderão ser uma consequência deste tipo de experiência de não controle. Quando um indivíduo pensa que é incapaz, ele poderá questionar-se, podendo a explicação ou atribuição da causa que escolheu, determinar a generalização e a cronicidade dos seus déficits de incapacidade e mais tarde o seu sentimento de auto-estima.

Nos últimos anos muitos estudos têm-se dedicado a determinar as atribuições de «incapacidade», em crianças deprimidas e não deprimidas (Kaslow e col. 1978; Kaslow, 1981; Seligman, Kaslow *et al.*, 1981).

Também Dweck e col. estudaram, durante vários anos (Dweck e Repucci, 1973; Dweck, 1975, 1977; Diener e Dweck 1978), o comportamento de crianças face à resolução de problemas, tendo observado que as crianças que persistem perante o insucesso atribuem este a uma falta de esforço, enquanto que aquelas que desistem ou insistem menos face ao insucesso, atribuem este a uma falta de habilidade. Segundo estes inves-

tigadores, as crianças que perdem a coragem rapidamente e que não procuram soluções alternativas às dificuldades avaliam, de uma forma pessimista, as suas oportunidades de sucesso no futuro, estando convencidas de que as outras crianças são capazes de fazer melhor que elas, atribuindo portanto o seu insucesso a factores estáveis, internos.

Os estudos citados concluem ainda que as crianças deprimidas e as crianças desencorajadas perante o insucesso mostram um estilo de atribuição semelhante ao do adulto deprimido.

Dweck (1975), através da adaptação da estratégia terapêutica de Seligman, destinada a modificar o sistema de atribuição, pôs em prática um programa para crianças apresentando um número importante de comportamentos de insucesso, o qual evidenciou que uma resposta adaptativa perante o insucesso pode ser aprendida, representando uma solução alternativa para crianças que perante o insucesso se desencorajam facilmente. Assim, depois de as crianças serem repartidas por dois grupos, um 1.º grupo era submetido a condições terapêuticas encorajando as crianças a persistirem na procura de solução aos problemas e que reforçavam o sentimento de responsabilidade perante o insucesso, enquanto que o outro era submetido a experiências exclusivamente de sucesso. No final, Dweck verificou que as crianças que tinham sido submetidas a experiências exclusivamente de sucesso continuavam perante o insucesso a desencorajarem-se, enquanto que as crianças do 1.º grupo aprendiam a atribuir o o insucesso a factores internos e específicos, como cansaço, falta de esforço, etc.

NOTA FINAL

Poderemos acrescentar que as psicoterapias comportamentais e cognitivas da depressão, apesar de se encontrarem ainda numa fase experimental, mostram influenciar grandemente no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente.

Para além da diminuição dos comportamentos depressivos, da melhoria de sintomas, elas constituem para a criança a aprendizagem de um saber agir face à rejeição, ao insucesso, à perda,

à ansiedade, aos sentimentos depressivos. Fornecem à criança instrumentos para aprender a decidir sobre a forma mais oportuna de fazer face aos problemas e dificuldades que se apresentam. Proporcionam à criança um melhor conhecimento sobre si mesmo, sobre os outros, sobre os factos psicológicos.

MARIA NATÁLIA PEREIRA RAMOS

Psicóloga. Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (Coimbra)

BIBLIOGRAFIA

- ANNELL A.L. (ed.), États dépressifs chez l'enfant et l'adolescent, *IV^o congrès de l'union européenne des pédopsychiatres*, Stockholm, Almqvist et Wiksell, 1972.
- ARAJAVI T., HUTTONEN M., Encopresis and enuresis as symptoms of depression, in ANNELL A.L. (ed), *Depressive states in childhood and adolescence* Stockholm, Almqvist et Wiksell, 1972, pp. 212-217.
- BECK A.T., Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy, *Behaviour therapy*, I, 1970, 184-200.
- BUTLER L.F., MIEZITIS S., *Releasing children from depression: a handbook for elementary teachers and consultants*, Oise Press, Ontario, 1980.
- CARSLON G.A., CANTEWELL D.P., Diagnosis of childhood depression: a comparison of Weinberg and DSM III criteria, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1981, 21, 247-250.
- CARSLON G.A., CANTEWELL D.P., Unmasking masked depression in children and adolescents, *American Journal of Psychiatry*, 1979, 137, 4, 445-449.
- CARSLON G.A., CANTEWELL D.P., A survey of depressive symptoms, syndrome and disorder in a child psychiatric population, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1980, 21, 19-25.
- CARTLEDGE G., MILBURN J.F. *Teaching social skills to children*, New York, Pergamon Press, 1983.

- CARTON A., Le développement de la connaissance de soi chez l'enfant et l'adolescent, in OLERON P. (ed.), *Savoirs et savoir-faire psychologiques chez l'enfant*, Bruxelles, Mardaga, 1981.
- CAUTELA J.R., Children's reinforcement survey shedule (CRSS), Cautela J.r. (ed.), in *Behaviour analysis forms for clinical intervention*, Research Press Company, Illinois, 1977.
- COLE P.M., KAZDIN A.E., Crital issues in self-instructions training with children, *Child Behavior therapy*, 1980, 2, 1-21.
- CYTRYN L., MAC KNEW D.H., Factors influencing the changing clinical expression of the depressive process in children, *American Journal of Psychiatry* 1974, 131, 879-881.
- DANGEL R.F., POLSTER R.A., *Teaching child management skills*, New York, Pergamon Press, 1985.
- DE VOGÉ C., A beavioural approach to RET with children, in *Rational Living* 1974, 9 (1), 23-26.
- DEWCK C.S., REPUCCI N.D., Learned helplessness and reinforcement responsibility in children, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1973, 25, 109-116.
- DEWCK C.S., The role of expectation and attributions in the alleviation of learned helplessness, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1975, 31, 674-685.
- DEWCK C.S., Learned helplessness and negative evaluation, in KEISLAR E.R. (ed.), *The Educator: evaluation and motivation*, 1977, 14, 44-49.
- DIENER C.I., DEWCS C.S., An analysis of learned helplessness: continuons changes in performance, strategy & achievement cognition following failure, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1978, 36, 451-462.
- DI GIUSEPPE R.A., The use of behavior modification to establish rational self-statements in children, in ELLIS A., GRIEGER R., New York, Springer Publishing Compagny 1977.
- DUGAS M., États depressifs chez les enfants, *Vie Médicale*, 1966, 47, 1013-1020.
- DUGAS M., MOUREN M.C.; *Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de treize ans*, Paris, PUF, 1980.
- ELLIS A., The basic clinical theory of rational emotive therapy, in ELLIS A. & GRIEGER R., New York, Springer Publising Compagny, 1977.
- FERSTER C.B., A functional analysis of depression, *American Psychologist*, 1973, 28, 857-870.
- FROMMER E.A., Depressive illness in childhood, in COPPENS A. & WALK A. (ed.), *Recent Developpements in Affective Disorders*, Ashford, Kent, Headley brothers, 117-136, 1968.

- FROMMER E., MENDELSON W. e REID M., Differential diagnosis of psychiatric disturbance in preschool children, *British Journal of Psychiatry*, 1972, 121, 71-74.
- GEORGE C., *Apprendre par l'action*, Paris, PUF, 1983.
- GLASEN K., Masqued depression in children and adolescents, *American Journal of Psychotherapy*, 1967, 136, 1203-1205.
- KANFER F.H., Self-management methods, in KANFER F.H. & GOLDSTEIN A.P. (ed.), *Helping People Change*, New York, Pergamon Press, 1980.
- KASLOW N.J., REHM L.P., Childhood depression, in MORRIS R.J. & KRATONCHWILL T.R. (ed.) New York, Pergamon Press, 1983.
- KUHN V., KUHN R., Drug therapy for depression in children: indications and methods, in ANNELL A. (ed.), *Depressive States in Childhood and Adolescence*, Stockholm, Almqvist and Wiksell, 1972, 455-459.
- LEWINSON P.M., The behavioural study and treatment of depression, in HERSEN M., EISLER R. & MEILLER P. (ed), *Progress in behavior modification*, New York, Academic Press, 1977.
- LEWINSON P.M., Activity schedules in the treatment of depression, in KRUMBOLTZ J.R. & THORESON (ed), *Counseling Methods*, Holt Rinehart & Winston, New York, 1976.
- LEWINSON P.M., ALIBET J., Pleasants events, activity schedules and depressions, *Journal of Abnormal Psychology*, 1972, 79, 251-255.
- LING W., OFTEDAL G., WEINBERG W., Depressive illness in childhood presenting as severe headache, *American Journal of Diseases of Children*, 1970, 120, 122-124.
- MAC COVILLE B.J., BOAG L.C. e PUROHIT A.P., Three types of childhood depression, *Canadian Journal of Psychiatry*, 1973, 18, 133-178.
- MATSON J.L., ESVELT-DAWSON K., ANDRASIK F., OLLENDICK T.H., PETTI T.A. e HERSON M., Observation and generalisation effects of social skills training with emotionally disturbed children, *Behaviour Therapy*, 1980, 11, 522-531.
- MEICHENBAUM D. e GOODMAN J., Training impulsive children to talk to themselves: a mean of developing self-control, in ELLIS A. & GOLIEGER (eds), *Handbook of Rational Emotive Therapy*, New York, Springer Publishing Compagny, 1977.
- MELOT A.M. e GUYEN XUAN A., La connaissance des phénomènes psychologiques, in OLERON P., *Savoirs et savoir-faire psychologiques chez l'enfant*, Mardaga P., Bruxelles, 1981.
- MILLER W.R. e SELIGMAN M.E.P., Depression and learned helplessness in man, *Journal of Abnormal Psychology*, 1983, 84, 1065-1072.
- MOAL P. (LE), *L'enfant excité et déprimé*, Paris, PUF, Paideia, 1953.

- PETTI T.A., BORNSTNEIN M., DELAMATER A. e CONNERS C.K., Evaluation multimodel treatment of a depression prepubertal girl, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1980, 19, 69-702.
- PIAGET J., *La prise de conscience*, Paris, PUF, 1974.
- POPE A., MICHALE S. e CRAIGHEAD W.E.I. *Self-esteem enhancement with children and adolescents*, New York, Pergamon Press, 1986.
- POZNANSKI E.O. *et al.*, A depression rating scale for children, *Pédiatries*, 1970, 64, 442-450.
- PUIG-AUTICH J. *et al.*, Prepubertal major on depressive disorder: a pilot study, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1978, 17, 695-707.
- REHM L.P., A self-control of depression, *Behavior Therapy*, 1977, 8, 787-804.
- RENSHAW D.C., Suicide and depression in children, *The Journal of School Health*, 1975, 44, 487-485.
- ROSS A.O. *Child behavior therapy*, New York, Wiley John & sons, 1981, 29-40.
- RUTTER M., The developmental psychopathology of depression issues and perspectives, in RUTTER C.E., TISARD & READ P. B. (eds.), *Depression in childhood Developmental Perspective*, New York, Guilford Press.
- SELIGMAN M.E.P., *Helplessness*, San Francisco, Freeman, 1977.
- SHULTERBRANDT J.C. e RASKIN A. (eds), *Depression in childhood: diagnosis treatment and conceptual modele*, New York, Raven Press, 1977.
- TOOLAM J.M., Depression in children and adolescents, *American Journal of Orthopsychiatry*, 1962, 29, 339-344.
- VERA L., Le modèle comportemental in DUGAS M. (ed.) *La dépression chez l'enfant: Théories et réalités*, Paris, Médecine et enfance, 1985, 59-70.
- VERA L., *Les psychothérapies comportementales chez l'enfant et l'adolescent déprimés*, (sous presse).
- WEINBERG W.A. *et al.*, Depression in children refered to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment, *Behavioral Pediatrics*, 1973, 83, 1065-1072.
- WOLPE J., The experimental model and treatment of neurotic depression, *Behavior Research and Therapy*, 1979, 17, 555-556.
- WOLPE J., Neurotic depression, experimental analog, clinical syndromes and treatment, *American Journal of Psychotherapy*, 1971, 25, 362-368.

RESUMO

Depois dos anos 60, tende a verificar-se um crescente interesse pelo estudo dos comportamentos depressivos da criança e do adolescente, assim como pelas terapias comportamentais e cognitivas da depressão.

O modelo comportamental vai ter em conta os processos históricos, biológicos, cognitivos e comportamentais e a sua relação com o meio físico e social da criança e adolescente.

A abordagem comportamental conceptualiza a depressão em termos multidimensionais — cognitivo, afectivo e comportamental — recorrendo para cada dimensão a técnicas específicas.

Na criança e no adolescente, numerosas investigações têm demonstrado a eficácia da abordagem comportamental e cognitiva na diminuição dos comportamentos depressivos.

O condicionamento clássico da ansiedade, através da imersão e dessensibilização sistemática, o condicionamento operante, por meio de programas de actividades, atribuição de tarefas progressivas e das terapias de auto-afirmação, assim como, os modelos cognitivos, através das técnicas de auto-controle, terapia racional emotiva, terapia cognitiva de Beck e estratégias de desespero aprendido, mostram-se particularmente importantes na modificação dos comportamentos depressivos da criança e do adolescente.

RÉSUMÉ

Depuis les années soixante, il y a eu un intérêt croissant pour l'étude des comportements dépressifs de l'enfant ainsi que pour les thérapies comportementales de la dépression.

Le modèle comportemental prend en compte des processus historiques, biologiques, cognitifs et comportementaux ainsi que leur rapport avec l'environnement physique et social de l'enfant.

L'approche comportementale conceptualise la dépression en termes multidimensionnels — cognitif, affectif, comportemental — faisant appel pour chaque dimension à des techniques spécifiques.

Chez l'enfant et l'adolescent, de nombreuses études montrent l'efficacité de l'approche comportementale et cognitive dans la diminution des comportements dépressifs.

Le conditionnement classique de l'anxiété, par l'immersion et la désensibilisation systématique, le conditionnement opérant à l'aide des programmes d'activités, d'attribution des tâches progressives et de thérapies d'affirmation

de soi, ainsi que les modèles cognitifs par des techniques d'autocontrôle, thérapie rationnelle émotive, thérapie cognitive de Beck et des stratégies de l'impuissance apprise, se montrent particulièrement importants dans la modification des comportements dépressifs chez l'enfant et l'adolescent.

SUMMARY

Since the sixties there has been an increasing interest for the study of the depressive behavior of the child, as well as for the behavior therapies of the depression.

The behavioral model takes into account historical, biological, cognitive and behavioral features, as well as their relations with the physical and social environment of the child.

The behavioral approach conceptualizes the depression in multidimensional terms (cognitive, affective, behavioural), asking for specific technics for each dimension.

As to the child and the adolescent, many studies show the efficiency of the behavioral and cognitive approach in decreasing depressive patterns of behaviors.

The classical conditioning of anxiety by the flooding and the systematic desensitization, the operant methods with activity programs, attribution of progressive tasks and assertive training, as well as the cognitive paradigm by self control model, rational emotive therapy, Beck's cognitive therapy and strategies of learned helplessness show themselves particularly important in changing depressive behavior of the child and the adolescent *.

* O presente artigo deu entrada na Redacção da *Revista Portuguesa de Pedagogia*, no dia 27 de Março de 1989.