

RELAÇÕES ENTRE NARRATIVA, PROSÓDIA E MOVIMENTO NA DEPRESSÃO E
SEUS SUBTIPOS MELANCÓLICA E NÃO-MELANCÓLICA

Luciano da Silva Alencastro

Orientador: Prof. Dr. William B. Gomes

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção
do Grau de Doutor em Psicologia sob Orientação do
Prof. Dr. William B. Gomes

Porto Alegre, Agosto de 2013

Agradecimentos

À minha esposa, Gabi, pelo carinho, compreensão e apoio incondicional nos momentos alegres e nos momentos difíceis desta trajetória. Sem teu amor, eu não teria a mesma força e confiança para atingir o que me propus a atingir.

Ao professor William B. Gomes, pela dedicação ao longo dos últimos 10 anos, oferecendo inspiração e incentivo à minha formação pessoal e profissional.

Ao professor Gustavo Gauer, pelo apoio incondicional em todas as etapas deste percurso. Da miríade de memórias que compõe minha trajetória acadêmica, tu estás presente em muitos dos eventos mais marcantes.

Ao professor Marcelo Fleck, que acreditou no valor desse empreendimento e abriu as portas para que eu pudesse realizar as coletas de dados no HCPA.

À prof. Maria Paz Hidalgo e à Rosa Levandovski, que confiaram nesta proposta, fornecendo apoio instrumental e incondicional a esta pesquisa.

À Jéssica Sartori, que com sua sensibilidade, inteligência e seriedade tornou esse trabalho possível. Ao Marcos Janzen, pela incansável ajuda na revisão deste documento.

Ao Thiago Gomes de Castro, pelo brilhantismo intelectual cuja interlocução qualificou meu trabalho, e pela amizade intensamente significativa.

À Manoela de Oliveira, que primeiro vislumbrou em mim o potencial para a pesquisa. Tua amizade é um dos maiores presentes que a vida me trouxe. Tuas revisões, ponderações e incentivos trouxeram luz a estes escritos.

Ao Carlos Ricardo, pelas conversas repletas de reflexão, companheirismo e humor. À Carolina Tonial, pelo companheirismo e pela presença constante em minhas reflexões psicológicas e metafísicas. Ao Lucas Mocelim, por vibrar sempre por mim, com imenso carinho, incondicionalmente. À Kaena, que com sua amizade me deu força pra encarar tudo.

À minha mãe Marina, meu pai Paulo, e meu irmão André, que com seu amor me deram as condições para que eu pudesse acreditar em mim. Cada palavra desta tese foi escrita em conjunto com vocês, pois escrevi com coração.

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	9
CAPÍTULO I.....	10
INTRODUÇÃO.....	11
1.1. Modelos Cognitivos para a Depressão.....	11
1.1.1. Teoria da Vulnerabilidade Cognitiva.....	12
1.1.2. Teoria do Desamparo Aprendido.....	14
1.1.3. Teoria da Desesperança.....	14
1.1.4. Teoria da Inibição Cognitiva.....	15
1.2. Memória Autobiográfica e Depressão.....	16
1.2.1. Congruência de Memórias com o Humor na Depressão.....	17
1.2.2. Supergeneralização de Memórias Autobiográficas e Depressão.....	18
1.2.3. Centralidade de Eventos Traumáticos e Depressão.....	18
1.3. Narrativa Autobiográfica, História de Vida e Psicopatologia.....	19
1.4. Prosódia e Depressão.....	22
1.5. Avaliação dos Aspectos Motores na Depressão e seus Subtipos Melancólica e Não-melancólica.....	24
Referências.....	27
CAPÍTULO II.....	36
ESTUDOS.....	36
Estudo I: <i>Relações entre coerência narrativa, especificidade de eventos autobiográficos e dimensões do afeto</i>	36
Especificidade de Eventos Autobiográficos e Psicopatologia.....	38
Coerência Narrativa de Eventos Autobiográficos e Psicopatologia.....	39
Método.....	40
Participantes.....	40
Instrumentos.....	40
Procedimentos.....	42
Análises.....	42
Análise da Especificidade de Eventos Autobiográficos.....	42
Análise da Coerência Narrativa de Eventos Autobiográficos.....	43
Análises Estatísticas.....	43
Resultados.....	44
Discussão.....	45

Considerações finais.....	46
Referências.....	48
Estudo II: <i>Prosódia e coerência narrativa autobiográfica na depressão melancólica e não-melancólica</i>	51
Método.....	54
Participantes.....	54
Procedimentos.....	54
Instrumentos.....	55
Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus) – Versão Brasileira.....	55
Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) – Versão Brasileira.....	55
Beck Depression Inventory (BDI) - Versão Brasileira.....	55
The CORE Assessment of Psychomotor Change – Versão Traduzida.....	56
Relato de Eventos Autobiográficos.....	56
Análises.....	56
Análise da Especificidade de Eventos Autobiográficos.....	56
Análise da Coerência Narrativa de Eventos Autobiográficos.....	57
Resultados.....	58
Discussão.....	60
Conclusões.....	63
Referências.....	64
Estudo III: <i>Discriminating melancholic and non-melancholic depression by rest-activity and light exposure parameters</i>	68
Background.....	68
Methods.....	69
Sample characteristics.....	69
Instruments.....	70
Assessment of psychiatric disorders.....	70
Assessment of depression.....	71
Assessment of melancholia.....	72
Assessment of activity and light rhythms.....	72
Data processing and analysis.....	72
Statistical analysis.....	72
Results.....	73
Discussion.....	75
Acknowledgements.....	77

References.....	77
CAPÍTULO V.....	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
Principais Conclusões.....	81
Limitações da Investigação.....	82
ANEXO A.....	83
ANEXO B.....	84
ANEXO C.....	86

LISTA DE TABELAS

Estudo I

Tabela 1. Valores mínimos, valores máximos, médias e desvios-padrão das variáveis (n = 78).....	44
Tabela 2. Correlações entre variáveis do relato autobiográfico e variáveis do afeto.....	44
Tabela 3. Análise de regressão múltipla com variáveis preditoras da coerência narrativa e da especificidade temporal do relato autobiográfico.....	45

Estudo II

Tabela 1. Valores mínimos, valores máximos, médias e desvios-padrão das variáveis (n=17).....	58
Tabela 2. Índices de Depressão nos Grupos Melancólico e Não-melancólico (n = 17).....	58
Tabela 3. Correlações entre variáveis narrativas (prosódia e coerência) e variáveis ligadas à depressão (BDI e CORE).....	59

Estudo III

Table 1. Mann-Whitney U-test of differences between melancholic and non-melancholic group.....	75
--	----

LISTA DE FIGURAS

Estudo II

Figura 1. Frequência fundamental no relato do evento mais triste de um paciente com CORE de 0 pontos..... 59

Figura 2. Frequência fundamental no relato do evento mais triste de um paciente com CORE de 15 pontos..... 60

Estudo III

Figure 1. Flowchart of the study..... 70

Figure 2. Values of total nocturnal and diurnal activity for melancholic and non-melancholic groups..... 74

RESUMO

A presente tese se organiza em torno da seguinte questão: o que caracteriza a expressão autobiográfica, narrativa, vocal e motora na depressão e seus subtipos melancólica e não-melancólica? A fim de investigar esta questão, foram realizados três estudos. O Estudo I investigou a relação entre diferentes dimensões do afeto (estado afetivo positivo/negativo, depressão e neuroticismo) e características do relato de eventos autobiográficos (especificidade e coerência narrativa de eventos). Nesse estudo, 78 estudantes universitários relataram por escrito três eventos autobiográficos e responderam aos instrumentos: 1) Inventário de Depressão de Beck (BDI); 2) Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS); e 3) Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN). O Estudo II investigou a relação entre escore de depressão e variáveis verbais (prosódia e coerência narrativa), verificando também se existem diferenças no padrão prosódico-narrativo da depressão não-melancólica e melancólica. Participaram 17 pacientes com diagnóstico de depressão, avaliados através dos seguintes instrumentos: 1) *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI-Plus), 2) *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D); 3) *Beck Depression Inventory* – BDI; 4) *The CORE Assessment of Psychomotor Change*, e 5) Relato verbal de três eventos de vida. O Estudo III teve como objetivo avaliar diferenças na atividade motora entre indivíduos com depressão melancólica e não-melancólica. A amostra foi composta por 15 pacientes com diagnóstico de depressão. A severidade dos sintomas depressivos foi avaliada utilizando a HAM-D e o BDI. O CORE foi utilizado para avaliar a melancolia, e a atividade motora foi mensurada através de actigrafia. Os resultados da tese sugerem uma revisão da noção de que afetos mais prolongados teriam maior impacto em variáveis narrativas, dado que o estado afetivo foi o único preditor da coerência narrativa. Concluiu-se que a recordação de eventos inespecíficos e a dificuldade de reavaliação de experiências constituem mecanismos basais na depressão, explicando a persistência de memórias dolorosas e crenças negativas inflexíveis. A melancolia caracterizou-se por uma diminuição na movimentação do corpo e na amplitude da frequência vocal, atestando a lentificação do movimento como um critério crucial para a identificação do subtipo melancólico de depressão.

Palavras-chave: *narrativa; depressão; melancolia; prosódia; actigrafia.*

ABSTRACT

This dissertation is organized around the following question: what characterizes the autobiographical narrative, vocal, and motor expression in depression and its melancholic and non-melancholic subtype? In order to investigate this question, three studies were performed. Study I investigated the relationship between different dimensions of affect (positive and negative affective state, depression, and neuroticism) and some features of autobiographical narrative (specificity, and narrative coherence of events). In this study, 78 college students wrote three autobiographical events and answered to three instruments: 1) Beck Depression Inventory (BDI), 2) Positive and Negative Affect Scale (PANAS); and 3) Factorial Scale of Neuroticism (EFN). Study II investigated: 1) the relationship between the depression score, and verbal variables (prosody and narrative coherence); and 2) differences in the prosodic-narrative pattern of individuals with non-melancholic and with melancholic depression. The sample consisted of 17 patients with major depressive disorder, who were assessed using the following instruments: 1) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus), 2) Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), 3) Beck Depression Inventory - BDI, 4) The CORE Assessment of Psychomotor Change, and 5) Verbal report of three life events. Study III aimed to evaluate differences in motor activity between individuals with melancholic and non-melancholic depression. The sample was composed by 15 patients with diagnostic of major depressive episode. The measurement of the severity of depressive symptoms was made using the HAM-D and BDI. The CORE instrument was used to assess melancholia, and motor activity was measured by actigraphy. Altogether, the three studies that compose this dissertation suggest a revision of the notion that long lasting affects would have major impact on narrative variables, once the affective state was the only predictor of narrative coherence. We conclude that the recollection of nonspecific events and re-signification impairment are core mechanisms in depression, explaining the persistence of painful memories and inflexible negative beliefs. The melancholia was characterized by a decrease in body movement and amplitude of vocal frequency, confirming that lentification of movement is a crucial criteria for melancholic subtype of depression.

Keywords: *narrative; depression, melancholia, prosody; actigraphy.*

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), a depressão deve se tornar o transtorno mais comum nos próximos 20 anos. Além disso, ela será a doença que mais gerará custos econômicos e sociais para os governos, devido aos gastos com tratamento e às perdas de produção.

A depressão pode afetar as pessoas em qualquer fase da vida, porém a incidência mais alta se dá nas idades médias, havendo indícios de crescimento desse transtorno durante a adolescência e no início da vida adulta. Ademais, o transtorno é mais comum no sexo feminino – duas mulheres para um homem (OMS, 2009). Por outro lado, existem ressalvas quanto à generalização dessas constatações. Enquanto alguns estudos evidenciam diferenças de prevalência entre sexos somente entre a puberdade e a quinta década de vida (Noble, 2005), outros sustentam que a proporção de duas mulheres para cada homem se mantém ao longo de toda a vida (Angst et al., 2002).

A depressão tem consequências significativas que abrangem aspectos somáticos, cognitivos, sociais e econômicos (Coutinho et al., 2003). Os principais sintomas da doença incluem alterações de humor (tristeza, apatia, falta de capacidade para sentir prazer, irritabilidade), alterações psicomotoras (agitação ou retardo), neurovegetativas (alterações de peso, sono e interesse sexual, fraqueza muscular, peso na região das costas e cefaléia) e cognitivas (alterações na velocidade de raciocínio, atenção e memória, por exemplo) (Baptista, Souza, & Alves, 2008).

No diagnóstico da depressão, é verificado se os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas importantes da vida do indivíduo, tais como social, afetiva, ocupacional, etc. Além disso, é analisado se esses sintomas não seriam decorrência dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância, de uma condição médica geral ou de uma condição de luto. Descartadas essas possibilidades, verifica-se se os sintomas persistem por mais de dois meses ou se são caracterizados por: acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor (APA, 2002).

De acordo com a natureza dos sintomas, é possível diagnosticar subtipos de depressão: não-melancólica e melancólica. A depressão não-melancólica é o tipo mais comum de depressão, também referida como "depressão maior" e caracterizada pelos seguintes sintomas: baixa auto-estima, elevada auto-crítica, humor deprimido, alterações no apetite e distúrbios do

sono (Parker, 2002). A depressão melancólica se caracteriza pela presença de distúrbio psicomotor marcante, expresso como agitação espontânea ou retardo psicomotor- (Parker & Brotchie, 1992). Além das alterações no movimento, a literatura tem documentado déficits cognitivos na depressão melancólica, com prejuízos na formação de conceitos, flexibilidade mental e aquisição de memórias (Mahajan, Mahajan, & Kaur, 2011; Withall, Harris, & Cumming, 2010).

Desta forma, a presente tese investiga a expressão autobiográfica, narrativa, vocal e motora na depressão e seus subtipos melancólica e não-melancólica. O primeiro estudo empírico aborda as relações entre diferentes tipos de afeto (estado afetivo, depressão e neuroticismo) e variáveis da narrativa autobiográfica. Logo após, a investigação se direciona para as características dos subtipos de depressão melancólica e não-melancólica, valendo-se de um delineamento que combina a subjetividade do relato autobiográfico com a objetividade da mensuração vocal (Estudo II) e motora (Estudo III). A seção de Considerações Finais resume criticamente os métodos empregados e procura integrar os achados em vista das questões em torno das quais a tese se organiza: o que caracteriza a expressão autobiográfica, narrativa, vocal e motora na depressão e seus subtipos melancólica e não-melancólica? Haveria convergências entre essas várias dimensões, como um padrão comum de decréscimo na expressão narrativa, vocal e motora do indivíduo depressivo? Dada a abrangência de aspectos investigados, faz-se necessária uma breve revisão acerca dos principais modelos teóricos ligados à cognição, narrativa, prosódia e motricidade na depressão. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, conforme Protocolo de Aprovação 21689.

1.1. Modelos Cognitivos para a Depressão

As teorias cognitivas da depressão propõem que os pensamentos, inferências, atitudes e interpretações determinam os diversos estados emocionais. Por conseguinte, a cognição desempenharia um papel crucial no impacto das experiências negativas, determinando se esses eventos serão seguidos por uma recuperação rápida ou por episódios depressivos recorrentes.

As primeiras abordagens cognitivas para a depressão foram desenvolvidas no final dos anos 1960 e início dos anos 1970. A teoria de Aaron Beck acerca dos esquemas cognitivos como fator de vulnerabilidade (1967) e a teoria do desamparo aprendido de Martin Seligman (1975) foram os primeiros modelos cognitivos da depressão. Ambos têm influenciado fortemente a abordagem cognitiva.

1.1.1. Teoria da Vulnerabilidade Cognitiva

Beck (1976) propôs que os distúrbios emocionais são caracterizados por "esquemas", uma estrutura cognitiva que se desenvolve nas experiências da primeira infância e que passa a influenciar as percepções, as interpretações, a auto-imagem e as memórias do indivíduo. Desta forma, as experiências de vida seriam percebidas sob o ponto de vista dos esquemas pessoais, e suscetíveis de serem distorcidas a fim de ser coerentes com os mesmos. De acordo com Beck, esses esquemas levariam a pessoa a desenvolver uma interpretação negativa sobre si mesma, sobre o mundo e sobre o futuro.

Diversas vertentes teóricas postulam que a causa desse viés negativo no processamento de informações estaria nos padrões de interação com os cuidadores iniciais. A teoria do apego (Bowlby, 1980), a teoria das relações objetais (Baldwin, 1992; Westin, 1991) e várias teorias cognitivas (Beck, 1967; Ingram, Miranda, & Segal, 1998; Segal, 1988) sugerem que cuidadores indevidamente punitivos, duros, críticos ou negligentes podem levar ao desenvolvimento de esquemas cognitivos negativos. Desta forma, se na primeira infância uma criança é ensinada a ter medo de uma ameaça percebida (pelos pais, tios, etc.) como iminente, ou se está sujeita a eventos de vida que causam altos níveis de ansiedade, ela pode desenvolver esquemas que a colocariam em uma condição de vulnerabilidade à depressão (Beck, 1976).

Embora considerada necessária para o desenvolvimento da depressão, a mera presença de um esquema negativo não é suficiente para desencadear depressão. Um aspecto fundamental do modelo de Beck é que os "esquemas depressivos" se encontram "dormentes" até serem ativados por estímulos relevantes. Desta forma, a resposta cognitiva negativa só é ativada em resposta a eventos estressores semelhantes àqueles que originaram o esquema negativo (Scher, Ingram, & Sagal, 2005; Segal & Ingram, 1994).

Nesse modelo, a ativação dos esquemas negativos leva não só a uma percepção global negativa da realidade, mas também a outros sintomas da depressão, como tristeza, desesperança, perda de motivação e retraimento social. esses sintomas também levam o indivíduo a uma autoavaliação negativa, baseada em pensamentos como: "minhas dificuldades me tornam um fardo para a família" e "minha perda de motivação mostra como eu sou preguiçoso". Assim, a constelação depressiva consiste em uma retroalimentação contínua de interpretações negativas, em que os sintomas subjetivos e comportamentais reforçam-se mutuamente (Beck, 2008).

Uma série de estudos empíricos tem corroborado os postulados de Beck. A pesquisa de Sethi (1964) demonstrou que a combinação de uma perda na infância com uma perda semelhante na vida adulta foi o desencadeador de depressão para um grande número de

participantes. Mais recentemente, Patel et al. (2007) investigaram a prevalência de imagens e memórias intrusivas em uma amostra de pessoas com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior. As imagens e memórias intrusivas revelaram esquemas cognitivos associados a doença, morte, ferimentos e dificuldades interpessoais.

Uma extensa revisão de estudos empíricos (Scher, Ingram, & Sagal, 2005) revelou estreita associação entre cognições negativas (pensamentos irracionais, etc.), altos escores em descritores depreciativos (incapaz, inferior, etc.) e vulnerabilidade à depressão. Estudos longitudinais e de *priming* corroboraram a ideia de que o esquema depressivo não afeta o processamento cognitivo até que seja ativado por um evento estressor (Miranda, Gross, Persons, & Hahn, 1998; Gemar, Segal, Sagrati, & Kennedy, 2001). Essa constatação se baseia na análise de diferentes níveis cognitivos, como a atenção e recordação de eventos. Além disso, os efeitos do esquema foram observados tanto em experimentos que induzem um estressor quanto em observações em que o estressor ocorre naturalmente (Scher, Ingram, & Sagal, 2005).

Um refinamento mais recente do modelo da vulnerabilidade cognitiva é o conceito de reatividade cognitiva, definida como uma resposta exagerada a acontecimentos diários (Gunthert, Cohen, Butler, & Beck, 2007). Esse modelo conceitual parte das evidências acerca dos esquemas – que configurariam um viés cognitivo estável e global – a fim de investigar como essas estruturas cognitivas funcionam na diversidade de situações e contextos. A reatividade cognitiva tem sido demonstrada experimentalmente por uma variedade de tarefas de *priming* (ou "intervenções de humor") que utilizam música, imagens e trechos de filme indutores de tristeza (com temas como de rejeição, morte, etc.). Após essas tarefas de *priming*, indivíduos clinicamente vulneráveis apresentaram atitudes mais disfuncionais e maior viés cognitivo negativo em comparação com grupo controle (Scher, Ingram, & Segal, 2005). Além de tarefas experimentais, a reatividade cognitiva também tem sido estudada com base no relato de eventos diários, a fim de acessar como se dão as mudanças afetivas e cognitivas no cotidiano. Nesse tipo de delineamento, os participantes descrevem os acontecimentos que ocorreram a cada dia e o estado psicológico a eles associados.

No estudo de Nezelek e Gable (2001), 123 participantes relataram eventos diários e responderam escalas de medidas afetivas (autoestima, ansiedade, etc.) por 21 dias consecutivos. Indivíduos deprimidos foram mais reativos tanto a eventos diários positivos quanto negativos, apresentando maiores mudanças na autoestima e ansiedade que indivíduos não deprimidos. Gunthert, Cohen, Butler e Beck (2007) conduziram um estudo com 46 pacientes deprimidos, os quais relataram os eventos experienciados durante sete dias consecutivos. Os pensamentos e afetos negativos em resposta a um estressor interpessoal

foram maiores quando comparados à resposta a um estressor não interpessoal. Esses achados sugerem que a recuperação tardia de estresse interpessoal diário pode contribuir para a manutenção dos sintomas depressivos. Ademais, estudos têm demonstrado que a presença de reatividade cognitiva antes de um evento de vida estressante é capaz de prever o início dos episódios depressivos (Scher, Ingram & Segal, 2005).

1.1.2. Teoria do Desamparo Aprendido

A teoria do desamparo aprendido postula que organismos expostos a situações chamadas incontroláveis aprendem que os resultados desses eventos não dependem deles, constatação que leva a déficits motivacionais, cognitivos e emocionais (Overmier & Seligman, 1967; Seligman, 1977). Segundo Maier e Seligman (1976), os déficits motivacionais dizem respeito a dificuldades em iniciar respostas voluntárias que controlem eventos; os déficits cognitivos referem-se a uma dificuldade na aprendizagem de novas respostas; e os déficits emocionais envolvem respostas de ansiedade e medo. Em síntese, Seligman (1977) postula que o desamparo aprendido ocorre quando, depois de experienciarem situações incontroláveis, os indivíduos passam a apresentar tais déficits em situações de possível controlabilidade (isto é, nas quais poderiam emitir respostas de fuga/esquiva, mas não o fazem).

A predominância dos estudos sobre desamparo aprendido se embasa em pressupostos e métodos behavioristas, investigando o efeito de estímulos aversivos nas respostas do organismo (Hunziker 1993, 1997). No entanto, os estudos com participantes humanos tem se aproximado da perspectiva cognitiva, utilizando o relato verbal para acessar a percepção dos participantes acerca das tarefas e situações experienciadas (Matute, 1994, 1995; Magalhães, 2006; Perroni & Andery, 2009). Esses autores acreditam que a avaliação acerca da controlabilidade de uma situação determinaria o comportamento de desamparo aprendido. Por exemplo, nos estudos de Matute (1994, 1995), os participantes foram solicitados a relatar verbalmente qual seria a solução para uma tarefa e se a consideravam controlável. Os resultados foram interpretados estabelecendo-se relações entre o desempenho de sucesso e a percepção de controlabilidade dos participantes.

1.1.3. Teoria da Desesperança

A teoria da desesperança na depressão (Abramson, Alloy, & Metalsky, 1989) sugere que os eventos negativos da vida interagem com estilos inferenciais sobre causas, consequências e suas relações com o *self*. Um exemplo estaria na seguinte constatação de uma pessoa que foi recentemente demitida: "falta-me a capacidade para ser bem sucedido na

minha vida". Essa avaliação define que a causa do evento negativo (demissão) está na falta de capacidade do sujeito, e que as consequências dessa incapacidade se estenderiam para outras áreas de sua vida.

Assim, a teoria propõe que os eventos negativos são compreendidos pelo sujeito depressivo de forma: 1) interna (pessoal), 2) estável (sem possibilidade de mudança) e 3) global (abrangendo os diversos campos da vida pessoal). Esse estilo inferencial levaria à desesperança, tristeza e apatia, pois a expectativa desse sujeito é de que resultados positivos nunca irão ocorrer e que resultados aversivos sempre ocorrerão.

A fim de testar a teoria da desesperança, Abela, Brozina e Seligman (2004) conduziram um estudo em que universitários responderam a questionários avaliando os estilos inferenciais quanto a causas, consequências e a relação das mesmas com o *self*. Os instrumentos foram respondidos antes e depois de uma tarefa de *priming* cognitivo negativo (utilizando situações experimentais como receber um resultado falso de mau desempenho no teste de QI). Os resultados revelaram que o estilo negativo inferencial pareado com eventos negativos (presentes na tarefa de *priming*) é capaz de prever a ocorrência de sintomas depressivos. Resultados similares também foram obtidos com delineamentos longitudinais (Gibb, Beevers, Andover, & Holleran, 2006).

A teoria dos esquemas, a teoria do desamparo aprendido e a teoria da desesperança possuem um postulado em comum: experiências negativas pregressas (frequentemente associadas à infância) levariam ao desenvolvimento de um estilo interpretativo negativo. No entanto, o estilo interpretativo não é o único aspecto cognitivo associado à depressão relatado na literatura. Estudos mais recentes (Joormann, 2010; Joormann & Gotlib, 2008) têm revelado o seguinte aspecto subjacente à depressão: a falha em um mecanismo denominado inibição cognitiva.

1.1.4. Teoria da Inibição Cognitiva

Inibição cognitiva é um processo de controle executivo que seleciona e atualiza o conteúdo da memória de trabalho (Joormann, 2010). Desta forma, esse mecanismo seria responsável pela retirada de pensamentos e lembranças negativas presentes na memória de trabalho (Hasher, Zacks, & May, 1999). Memória de trabalho é um sistema de capacidade limitada que reflete o foco da atenção e da ativação de representações que são o conteúdo da consciência em determinado momento. Dada sua limitação de capacidade, o funcionamento eficiente da memória de trabalho depende de processos de inibição cognitiva que: 1) limitam o acesso à memória de trabalho, removendo informações que já não são relevantes; e 2)

atualizam o conteúdo da memória de trabalho, recuperando informações relevantes para determinado contexto (Hasher et al., 1999).

A experiência de eventos estressantes ou traumáticos leva a humor negativo, o qual é geralmente transitório – sendo substituído rapidamente por pensamentos e memórias que regulam o estado de humor (Joormann, 2010). No entanto, a depressão estaria associada com déficits nesse mecanismo de regulação cognitiva, levando a: 1) um maior acesso do material negativo à memória de trabalho; e 2) dificuldades de remoção do material negativo da memória de trabalho (Rottenberg, 2007).

A literatura está começando a elucidar os circuitos neurais da regulação cognitiva da emoção. Uma série de estudos (revisados por Joormann & Siemer, 2011) evidenciam o envolvimento do sistema límbico, incluindo a amígdala, o hipocampo e partes do córtex cingulado anterior (ACC) na experiência de estados emocionais. Além disso, partes do córtex pré-frontal – como o córtex pré-frontal dorsolateral (CPF DL) estariam relacionados à regulação cognitiva da emoção. O estudo de Johnstone, van Reekum, Urry, Kalin e Davidson (2007) revelou que indivíduos depressivos não apresentaram aumento na ativação CPF DL durante a lembrança de eventos altamente emocionais. Esses achados sugerem que o indivíduo com depressão apresentaria dificuldades na ativação de regiões do cérebro envolvidas no controle das emoções.

Segundo Joormann (2010), esse déficit levaria a três consequências principais: 1) dificuldades na utilização de processos de reavaliação e ressignificação de memórias; 2) dificuldades no acesso a memórias e informações positivas para reparar o efeito emocional negativo; e 3) aumento da ruminação – definida como a tendência a sustentar a atenção, de modo automático, em sentimentos ou eventos considerados desagradáveis ou ameaçadores ao próprio *self* (Trapnell & Campbell, 1999). A literatura demonstra haver correlação entre ruminação e incapacidade de remover material negativo da memória de trabalho, o que dificulta a aprendizagem de novas informações (Joormann & Gotlib, 2008). Ademais, o processamento prolongado de material negativo na memória de trabalho pode afetar a memória de longo prazo, atingindo as representações da memória autobiográfica (Joormann, 2010).

1.2. Memória Autobiográfica e Depressão

Memória autobiográfica pode ser definida como a recordação consciente de uma experiência pessoalmente vivida ou testemunhada (Brewer, 1995). Sem a memória autobiográfica, o indivíduo não seria capaz de saber quem são as pessoas com quem convive,

como é o mundo, o que esperar da vida; o indivíduo não seria capaz de saber quem ele é (Huffman & Weaver, 1996).

As memórias de eventos marcantes proporcionam lições e *insights* à composição da história de vida (Thorne, McLean, & Lawrence, 2004). Ela permite ao sujeito definir a si mesmo, se reconhecer na sua própria experiência, e se expressar a respeito da sua trajetória singular (Blagov & Singer, 2004). Neste sentido, memórias de eventos marcantes constituem marcos determinantes na organização da história de vida do indivíduo.

Lemogne, Piolino, Jouvent, Allilaire e Fossati (2006), em revisão de literatura, constataram a existência de três características principais do funcionamento da memória autobiográfica na depressão: 1) a recuperação de memórias de tonalidade emocional congruentes com as emoções experienciadas na depressão; 2) um aumento na recordação de memórias com pouca especificidade; e 3) intrusão e centralidade de memórias de eventos estressantes e/ou traumáticos.

1.2.1. Congruência de Memórias com o Humor na Depressão

Pesquisadores apontam que codificamos e recordamos eventos autobiográficos congruentes com o afeto em que nos encontramos em determinado momento (Barry, Naus, & Rehm, 2004; Bower, 1981). Em um dos estudos pioneiros nessa área (Bower, 1981), foi solicitado aos participantes que registrassem suas experiências de vida em um diário e, mais tarde, foi pedido que recordassem esses acontecimentos. A valência afetiva das experiências recordadas tendiam a ser congruentes com o humor atual do indivíduo. Esse resultado levou Bower (1981) a postular que as memórias relacionadas a determinada emoção estariam conectadas em rede, o que facilitaria a recuperação de informações congruentes com a emoção experienciada no presente. Por exemplo, um indivíduo que se encontra em um estado afetivo de alegria irá recuperar mais facilmente, e em maior número, informações que contenham um afeto positivo do que aquelas que contenham afetos negativos.

O fenômeno de memórias congruentes com o humor pode ser dividido em dois aspectos: 1) codificação congruente com o humor, em que a informação é aprendida de forma mais eficaz devido a sua valência afetiva coerente com o estado de humor do indivíduo no momento da aprendizagem; e 2) recuperação congruente com o humor, em que ocorre um aumento na recordação de materiais com a mesma valência afetiva do estado de humor atual da pessoa (Pergher, Grassi-Oliveira, Ávila, & Stein, 2006).

O efeito de congruência com o humor tem sido amplamente observado em indivíduos com depressão, os quais recordam mais eventos negativos (Clark & Teasdale, 1982; Brewin, Reynolds, & Tata, 1999; Williams, Watts, Macleod, & Mathews, 2000) e mais informações

negativas acerca de si mesmos (Bellew & Hill, 1990). Assim, o humor deprimido ativa mais memórias negativas, o que pode intensificar o estado depressivo.

1.2.2. Supergeneralização de Memórias Autobiográficas e Depressão

A literatura tem apontado evidências de que pacientes deprimidos apresentam dificuldades para se lembrar de eventos específicos de sua história de vida, sem conseguir recuperar com clareza o contexto temporal e espacial desses episódios. Esse fenômeno tem sido denominado supergeneralização de memórias autobiográficas (Gibbs & Rude, 2004; Williams et al., 2007).

Uma série de estudos tem investigado os processos psicológicos subjacentes à supergeneralização, buscando refinar a compreensão das relações entre supergeneralização de memórias autobiográficas e depressão. Evidências empíricas indicaram que a ruminação é um dos principais mecanismos subjacentes à supergeneralização (Williams, 1996; Raes, Watkins, Williams, & Hermans, 2008; Watkins & Teasdale, 2004).

Kuyken e Brewin (1995) realizaram um dos primeiros estudos para examinar o papel de experiências traumáticas na etiologia das memórias supergeneralizadas. Comparando as mulheres deprimidas com e sem histórico de abuso sexual na infância, constatou-se que aquelas que relataram uma história de abuso recuperaram memórias mais generalizadas que as pacientes que não relataram tal antecedente. Esses dados indicaram que a especificidade de um evento se associa tanto ao diagnóstico de depressão quanto à experiência de eventos traumáticos.

1.2.3. Centralidade de Eventos Traumáticos e Depressão

A Teoria da Centralidade do Evento (Berntsen & Rubin, 2006, 2007) propõe que a memória de um evento emocional negativo pode tornar-se central para a história de vida e identidade, resultando em aumento dos níveis de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade. Se uma memória traumática se torna um ponto central de referência pessoal, pode influenciar a atribuição de significado a eventos não-traumáticos e a geração de expectativas futuras. De forma semelhante à teoria dos esquemas cognitivos (Beck, 1976), Berntsen e Rubin (2007) propõem que a centralidade de lembranças negativas levaria o indivíduo a interpretar eventos não-traumáticos como ameaças, percebendo irrealisticamente um alto risco de ocorrência de traumas futuros.

Perceber a memória traumática como um ponto crucial para a identidade pode levar a divergências entre a história de vida e padrões culturais, trazendo dificuldades de adaptação do indivíduo aos contextos sociais (Thomsen & Berntsen, 2008). Desta forma, a centralidade

de uma memória negativa passa a restringir e resumir o tipo de tema existente na história de vida da pessoa. Isso pode levar a distorções avaliativas, frequentemente caracterizadas por atribuições globais, internas e estáveis quanto a eventos negativos (por exemplo, "as pessoas sempre vão me rejeitar, porque eu sou imperfeito e indigno de ser amado") . A lembrança repetida do trauma faz com que ele se torne cada vez mais interligado a outros tipos de informações autobiográficas da rede cognitiva, levando o indivíduo a reforçar a percepção de que o evento é central para sua identidade (Berntsen & Rubin, 2007).

Uma extensa revisão dos estudos empíricos acerca da centralidade de eventos (Pinto-Gouveia & Matos, 2010) evidenciou que as memórias traumáticas: 1) passam a atuar como pontos de referência para a organização de novas memórias e para a geração de expectativas futuras; e 2) correlacionam-se fortemente com depressão. No entanto, nem todos os pesquisadores têm constatado essa correlação. O trabalho de Newby e Moulds (2011) investigou o papel de centralidade de eventos traumáticos na ocorrência de memórias intrusivas na depressão. Em um primeiro momento, três grupos (indivíduos que nunca foram deprimidos; indivíduos que se recuperaram da depressão; e indivíduos deprimidos) preencheram medidas relacionadas à depressão, memórias intrusivas e centralidade de eventos. Seis meses depois, as mesmas medidas foram avaliadas. Os três grupos não diferiram quanto à centralidade, a qual não foi associada com sintomas depressivos e não foi preditora de depressão no *follow-up*. No entanto, conforme esperado, a centralidade de eventos correlacionou-se positivamente com memórias intrusivas.

A Teoria da Centralidade de Eventos guarda semelhança com postulados que remontam à década de 1970, as quais ressaltavam as diferenças entre a organização cognitiva para eventos positivos e eventos traumáticos. Tomkins (1979) propôs que as cenas matizadas por emoções positivas se organizariam de forma a ressaltar as diferentes formas de se experienciar alegria e empolgação, por exemplo. Em contraste, cenas acompanhadas de emoções negativas seriam organizadas de forma a acentuar a similaridade entre os eventos, sendo percebidas pelo indivíduo como padrões que se repetem em sua história de vida.

A forma com que os eventos são organizados na memória autobiográfica tem sido abordada tanto por modelos cognitivos quanto por teorias construcionistas. Segundo essas teorias (Nelson, 2000; Gergen, 1991; Bamberg, 1997), a identidade seria um enredo que articula e integra a miríade de eventos pessoais. Desta forma, as diferentes configurações narrativas autobiográficas proporcionariam maior ou menor adaptação do indivíduo aos contextos em que ele se insere.

1.3. Narrativa Autobiográfica, História de Vida e Psicopatologia

A capacidade de recordar eventos passados confere ao ser humano um senso de continuidade de sua identidade (Pasupathi, Mansour, & Brubaker, 2007). Diversos estudos têm constatado que esse senso de continuidade é sustentado por estratégias cognitivas organizadas na forma de narrativa (Bluck & Habermas, 2000; McAdams, 2008). Assim, os processos linguísticos e cognitivos que guiam a produção das narrativas teriam o poder de estruturar a experiência perceptiva, de organizar a memória, de segmentar ou unir os diversos eventos de uma vida e de conferir um senso de *self* contínuo (Bruner, 1986/1997; Bluck & Habermas, 2000; Pasupathi, Mansour, & Brubaker, 2007).

Nos últimos anos, teorias sobre narrativa de vida têm procurado se situar em um ponto de equilíbrio entre as tradicionais dicotomias da área – dentre as quais se destaca a natureza individual *versus* social da narrativa (McAdams, 2008). No polo individual encontra-se o interesse por projetos autobiográficos (Tomkins, 1979, Singer & Salovey, 1993). Por projetos autobiográficos entendem-se a multiplicidade de papéis, eventos e histórias de vida que constituem enredos integrados, com explicações causais sobre como as pessoas se tornaram quem são.

A perspectiva mais voltada ao polo social surgiu na década de 1990, com a abordagem pós-moderna e construcionista (Gergen, 1991, Bamberg, 1997). Baseadas nos estudos de comunicação e de teoria literária, essa perspectiva concebe as narrativas pessoais como *performances* situadas (Thorne, 2006). As pessoas falam e atuam diferentes tipos de histórias de acordo com os variados contextos sociais em que se inserem. Cada desempenho poderia ser imaginado como um texto a ser desconstruído de forma a revelar sua dinâmica. Nesta perspectiva, não haveria padrões de unicidade e integração em uma história vida, mas uma multiplicidade de vozes ou posições que podem ser ocupadas por uma mesma pessoa (Hermans & Hermans-Jansen, 1995).

Ainda que a literatura sobre narrativas pessoais apresente significativa dispersão conceitual, McAdams (2008) identifica alguns princípios comuns às várias perspectivas teóricas.

O primeiro princípio concebe o *self* como historiado. Segundo esse princípio, os seres humanos são contadores de histórias por natureza (Bruner, 1986/1997) e a habilidade a de contar histórias seria a responsável pelo surgimento da consciência (Damásio, 1999). McAdams (2008) ilustra esse princípio retomando a famosa concepção de William James (1892/1963) de que o *self* é formado por um “eu” contador de histórias, cujas histórias sobre suas experiências se tornam parte de um “mim” historiado. Assim, o *self* seria tanto o contador de histórias quanto as histórias por ele contadas.

O segundo princípio é que as histórias fornecem integração aos eventos de uma vida (Habermas & Bluck, 2000). McAdams ressalta que as histórias fornecem integrações em dois níveis psicológicos. A integração em nível *sincrônico* une as diferentes – e muitas vezes conflitantes – tendências, papéis e metas de uma pessoa. A integração em nível *diacrônico* fornece coesão em nível temporal. Através dela, criamos explicações causais sobre como uma pessoa rebelde aos 20 anos pôde se tornar um respeitável investidor financeiro aos 35.

O terceiro princípio ressalta que as histórias são contadas em relações sociais. Nesta concepção, a expressão narrativa deve ser compreendida como endereçada a uma audiência ou a um ouvinte, buscando sempre produzir um determinado efeito nessas instâncias receptoras (Pasupathi, 2001). Narradores antecipam o que sua audiência quer ouvir, e essas antecipações influenciam o que e como eles irão narrar suas histórias (Wortham, 2001).

O quarto princípio postula que as histórias são textos que refletem a cultura em que são criadas e narradas (McAdams, 2006). Elas nascem, crescem, se reproduzem e morrem de acordo com as normas, regras e tradições que prevalecem em determinada sociedade. Habermas e Bluck (2000) ressaltam que, antes que a pessoa formule uma história de vida convincente e coerente, ela deve estar ciente do conceito de biografia na cultura em que está situada.

O quinto princípio afirma que existem narrativas melhores que outras. Isto se dá por que a história de vida envolve uma perspectiva moral – em que as pessoas envolvidas são agentes intencionais cujas ações podem ser avaliadas em termos do que é “bom” ou “ruim” em determinada sociedade. A adequação de uma narrativa também pode ser avaliada com base em parâmetros psicológicos. Pesquisadores têm investigado como variáveis narrativas (complexidade, coerência, etc.) se associam à satisfação profissional e à saúde mental (Adler, Kissel, & McAdams, 2006).

Quando relacionada à saúde mental, a boa ou má narrativa passa a ser explicada com base em variáveis psicológicas. Em seu estudo, Main (1991) investigou a relação entre padrões de apego e padrões de narrativa sobre a infância. Foi constatado que pessoas com apego seguro apresentaram narrativas mais ricas e coerentes, nas quais estão presentes tanto eventos negativos quanto positivos ocorridos durante a infância. Já as pessoas com apego ansioso elaboraram narrativas menos coerentes, pois apresentaram: contradições lógicas e factuais; dificuldades em manter-se no tópico da entrevista; contradições entre as descrições gerais sobre seus pais e os fatos autobiográficos descritos; dificuldade em relatar memórias antigas; comportamento de “enrolar” a língua; uso de metáforas inapropriadas ao contexto descrito.

Narrativas têm sido utilizadas no estudo da psicopatologia, para prever e intervir em condições como drogadição (Hurst, 1997) e depressão (Day, 1999; Sousa & Cruz, 2008). Os relatos dos participantes são analisados em busca de fatores estruturais ou temáticos que diferenciem as narrativas dos indivíduos afetados daquelas dos grupos de controle. Por outro lado, pesquisadores e terapeutas têm usado técnicas narrativas como métodos de tratamento. Nesse tipo de tratamento, a construção de novas narrativas pessoais e histórias de vida são utilizadas para a construção de sentido e mudanças na identidade (Hurst, 1997). Na medida em que eventos estressantes são contados pelos participantes, o ouvinte, terapeuta ou conselheiro os auxilia a colocá-los em perspectiva, no intento de produzir uma narrativa autobiográfica mais positiva e abrangente (Suddaby & Landau, 1998).

Ainda que o conteúdo e a estrutura narrativa sejam importantes tópicos de estudo nas relações entre psicopatologia e experiência autobiográfica, percebe-se um recente interesse quanto aos aspectos fonológicos (vocais) da narrativa autobiográfica (Mundt, Snyder, Cannizzaro, Chappie, & Geralts, 2007). Desta forma, a presente tese se ocupa de um campo pouco explorado no estudo da psicopatologia: os aspectos prosódicos da narrativa autobiográfica.

1.4. Prosódia e Depressão

A habilidade de comunicar-se através de sistema de regras estruturado pela linguagem é uma exclusividade humana. A comunicação humana só é possível mediante a articulação de diferentes domínios - semântica, morfologia, sintaxe, fonologia e pragmática. É comum a mensagem falada ser concebida como fazendo parte unicamente do âmbito do código linguístico. No entanto, há também uma grande quantidade de informação transmitida através de conteúdo fonológico da fala. O sinal de fala é um conglomerado de energia acústica altamente interligado e organizado, cujo estudo se divide em uma série de parâmetros prosódicos (Wisniecki, Cannizzaro, Cohen, & Snyder, 2006).

O termo prosódia é utilizado para designar o estudo das variações de tom, intensidade e duração da fala. Em resumo, adotaremos a definição de prosódia como um conjunto de parâmetros acústicos: a altura melódica, a intensidade e a duração temporal (Moraes, 1998). Pistas prosódicas são fundamentais para o processo de produção e interpretação da fala. Os principais parâmetros acústicos de que se ocupam os estudos em prosódia são: 1) frequência fundamental; 2) volume; e 3) duração.

A frequência fundamental (também conhecida como *pitch*) é o correlato acústico da altura melódica – definida como a variação do tom (mais agudo ou mais grave). Desta forma, a frequência fundamental é medida pelo número de vezes que um ciclo completo de vibrações

das partículas se repete durante um segundo. Quanto maior o número de ciclos de vibrações das partículas, mais alto é o *pitch* e mais agudo é o som (Mateus, 2004). De um ponto de vista articulatório, quanto mais delgadas as cordas vocais, maior o número de vibrações. Uma das características vocais primordiais é aquela que depende da frequência fundamental produzida na laringe, a qual tem forte correlação com o sexo: em indivíduos masculinos, a frequência fundamental costuma ser mais baixa, em torno de 113 Hertz, enquanto entre as mulheres é mais elevada, por volta de 205 Hertz (Tsuji, Sennes, Imamura, Trezza, & Hanayama, 2002).

O volume sonoro pode ser forte ou fraco, associando-se ao parâmetro físico da intensidade acústica. Decorre da amplitude da onda sonora (distância entre a pressão zero e a pressão máxima da onda). Relaciona-se à energia transportada pelas partículas e, conseqüentemente, à sensação auditiva do som (Mateus, 2004). A duração diz respeito ao tempo de articulação de um som, que varia conforme a velocidade da elocução e determina a fluência do discurso.

Os modelos cerebrais acerca da percepção da voz postulam que o reconhecimento de informações prosódicas é um processo dividido em estágios (Belin, Fecteau, & Bedard, 2004; Ethofer et al., 2006). A primeira etapa seria um processamento sensorial de baixo nível da entrada de acústica (por exemplo, frequência e intensidade), seguida da identificação do significado das pistas prosódicas (Belin et al., 2004). No entanto, achados de neuroimagem sugerem que o significado emocional pode modular precocemente o processamento sensorial da voz, de forma análoga à visão (Vuilleumier, Armony, Driver, & Dolan, 2001). Desta forma, devido à baixa resolução temporal da técnica de ressonância magnética funcional, ainda não foi descoberto em que momento do processamento auditivo se dá a identificação das emoções presentes na prosódia (Spreckelmeyer, Kutas, Urbach, Altenmüller, & Münte, 2009).

Ainda que a entonação e a velocidade da fala sejam características compreendidas automaticamente e sem esforço durante a interação social, pouco se sabe sobre os mecanismos cerebrais envolvidos no processamento da prosódia. Dados obtidos mediante técnicas de ressonância magnética funcional indicam que a área anterior do sulco temporal superior do hemisfério direito responde seletivamente à voz humana; essas regiões mostram atividade neuronal aumentada quando os indivíduos ouvem palavras em língua estrangeira, risadas e onomatopéias (Ethofer et al., 2006; von Kriegstein, Eger, Kleinschmidt, & Giraud, 2003). Esses achados sugerem que a referida região pode ser especializada em responder aos aspectos prosódicos da fala.

Os aspectos prosódicos são avaliados tanto por medições físicas quantitativas do sinal da fala quanto por juízos avaliativos dos ouvintes. Essas avaliações qualitativas e quantitativas

da expressão verbal podem fornecer uma riqueza de informações sobre um indivíduo – desde sexo e idade até saúde física e estado emocional (Wisniecki, Cannizzaro, Cohen, & Snyder, 2006).

Quanto às interações entre estado emocional e prosódia, a observação clínica tem constatado uma série de alterações vocais na depressão: pausas longas, baixo volume da fala, reduzido tamanho das respostas e lentificação no ritmo da fala (Buyukdura, McClintock, & Croarkin, 2010). Apesar das implicações do padrão vocal para o diagnóstico e avaliação da depressão, poucos estudos contribuíram para sua avaliação objetiva. Um exemplo significativo é o estudo de Mundt, Snyder, Cannizzaro, Chappie e Geralts (2007), em que foi avaliada a prosódia de trinta e cinco pacientes em início do tratamento para depressão. O índice de depressão foi avaliado durante seis semanas. As amostras de voz foram obtidas através do telefone. Os pacientes que responderam ao tratamento apresentaram maior variabilidade de frequência fundamental, menor quantidade de pausas e maior velocidade do que nas primeiras semanas.

Ainda que a alteração prosódica seja tradicionalmente documentada como característica geral dos quadros depressivos, alguns pesquisadores têm considerado a possibilidade dessa característica ser um reflexo das alterações de movimento específicas a um subtipo de depressão: a depressão melancólica (Parker et al., 2010).

1.5. Avaliação do Movimento na Depressão e seus Subtipos Melancólica e Não-melancólica

A avaliação do movimento é crucial na diferenciação dos subtipos de depressão, já que a alteração psicomotora é considerada uma característica específica da depressão melancólica. O modelo de subtipos tem sido defendido por uma série de pesquisadores (Parker et al., 2010; Leventhal & Rehm, 2005), os quais propõem uma distinção biológica, clínica e de resposta a tratamento em relação aos dois subtipos de depressão: não-melancólica e melancólica.

A depressão não-melancólica seria o subtipo mais comum de depressão. Os indivíduos com esse tipo de depressão seriam menos propensos a relatar sintomas psicóticos – como alucinações – e melancólicos – como letargia extrema. A depressão não melancólica englobaria estratégias adaptativas de enfrentamento (*coping*) e subtipos de temperamento (Parker, 2002). Por outro lado, a depressão melancólica se caracterizaria por uma profunda falta de energia, redução na concentração e na memória de trabalho, juntamente com significativas alterações do movimento – como o retardo psicomotor (Parker et al., 2010).

O retardo psicomotor na depressão se caracteriza pela desaceleração na atividade motora geral, incluindo o movimento das mãos, pernas, tronco e cabeça (Buyukdura, McClintock, & Croarkin, 2010). A literatura atesta uma maior lentificação motora e cognitiva

em pacientes com depressão melancólica do que em pacientes com depressão não-melancólica (Pier, Hulstijn, & Sabbe, 2004). A principal área cerebral envolvida nessa lentificação parece ser a estrutura fronto-estriato-límbica (Winograd-Gurvich, Fitzgerald, Georgiou-Karistianis, Bradshaw, & White, 2006). Estudos sugerem que a alteração psicomotora em pacientes deprimidos também pode estar associada a anomalias nas projeções entre gânglios da base e nas funções dopaminérgicas (Buyukdura, McClintock, & Croarkin, 2010).

A avaliação quantitativa da atividade motora poderia favorecer a pesquisa da depressão e seus subtipos, tendo conseqüências diretas para seu diagnóstico diferencial e tratamento (Parker, Gladstone, & Hadzi-Pavilovic, 2002). A actigrafia pode contribuir neste sentido, pois é um método objetivo de mensuração da atividade motora espontânea dos membros superiores, inferiores e/ou cintura através do acelerômetro. O primeiro actígrafo foi desenvolvido em 1922 por Szymansky para detectar movimentos do corpo em um estudo sobre o sono. Porém, seu uso foi abandonado em favor da polissonografia feita por eletroencefalograma. Posteriormente, entre os anos 70 e 80, a actigrafia foi retomada com a invenção do actígrafo de pulso pelo Instituto de Pesquisa Militar Walter Reed, em Washington, com o objetivo de monitorar a atividade física de militares (Schimitt, Hidalgo, & Caumo, 2010).

A fim de avaliar quantitativamente a atividade motora, o actígrafo é preso ao punho, como um relógio de pulso, registrando os movimentos durante as 24 horas do dia. Esses registros podem ser transferidos ao computador, permitindo a análise de informações como tempo total de sono, tempo total acordado, número de despertares, latência para dormir e características do ritmo de atividade motora diurna e noturna (Schimitt, Hidalgo, & Caumo, 2010). Esse método vem sendo amplamente utilizado em psiquiatria, contribuindo para a quantificação de atividade motora na depressão (Finazzi, Mesquita, Lopes, Oliveira, & Del Porto, 2010; Berle, Hauge, Oedegaard, Holsten, & Fasmer, 2010).

A pesquisa de Finazzi, Mesquita, Lopes, Oliveira e Del Porto (2010) investigou a associação entre atividade motora e a gravidade da depressão em seis adolescentes deprimidos. A atividade motora foi avaliada por actigrafia e a gravidade da depressão foi avaliada semanalmente utilizando o CDRS-R (*Children's Depression Rating Scale Revised*). Os resultados sugeriram uma associação entre o nível de atividade motora e a gravidade da depressão em adolescentes. No estudo de Berle, Hauge, Oedegaard, Holsten e Fasmer (2010), a atividade motora foi registrada com actígrafos por duas semanas em pacientes com esquizofrenia e depressão maior, comparando-os com um grupo controle. A atividade motora

foi significativamente menor tanto em pacientes com esquizofrenia quanto em pacientes com depressão quando comparados aos controles.

A presente tese propõe o uso de uma ferramenta computacional para mensuração das características vocais (software *Praat*) e de um aparelho para mensuração da motricidade (actígrafo), permitindo uma análise objetiva e complementar aos protocolos de avaliação que dependem do autorrelato do paciente ou da avaliação de profissionais. Além disso, pretende-se obter achados narrativos, prosódicos (vocais) e motores que sustentem a distinção entre depressão melancólica e não-melancólica. No entanto, antes de investigar os diferentes subtipos de depressão, consideramos pertinente ao escopo dessa tese averiguar o impacto de diferentes tipos de afeto (estado afetivo positivo/negativo, depressão e neuroticismo) na expressão narrativa autobiográfica, a fim de ilustrarmos a complexidade das interações entre experiência afetiva e expressividade humana.

Referências

- American Psychological Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM IV TR* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Abela, J. R. Z., Brozina, K., & Seligman, M. E. P. (2004). A test of integration of the activation hypothesis and the diathesis-stress component of the hopelessness theory of depression. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*, 111-128.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., & Metalsky, G. I. (1989). Hopelessness Depression - A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review*, *96*, 358-372.
- Adler, J., Kissel, E., & McAdams, D. P. (2006). Emerging from the CAVE: Attributional style and the narrative study of identity in midlife adults. *Cognitive Therapy and Research*, *30*(1), 39-51.
- Alpert, M., Pouget, E. R., & Silva, R. R. (2001). Reflections of depression in acoustic measures of a patient's speech. *Journal of Affective Disorders*, *66*(1), 59-69.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lepine J. P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002) Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, *252*, 201–209.
- Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, *112*, 461-484.
- Bamberg, M. (1997). Positioning between structure and performance. *Journal of Narrative and Life History*, *7*(1-4), 335-342.
- Baptista, M. N., Souza, M. S., & Alves, G. A. S. (2008). Evidências de validade entre a Escala de Depressão –EDEP o BDI e o Inventário de , Percepção de Suporte Familiar – IPSF. *Psico-USF*, *13*(1), 211-220.
- Barry, E. S., Naus, M. J., & Rehm, L. P. (2004). Depression and implicit memory: understanding mood congruent memory bias. *Cognitive Therapy and Research*, *28*, 387-414.
- Beck, A. T. (1967). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- Beck, A. T. (2008). The Evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, *165*(8), 969-77.
- Belin, P., Fecteau, S., & Bédard, C. (2004). Thinking the voice: neural correlates of voice perception. *Trends in Cognitive Sciences*, *8*, 129-135.

- Bellew, M., & Hill, B. (1990). Negative recall bias as a predictor of susceptibility to induced depressed mood. *Personality and Individual Differences, 11*, 471-480.
- Berle, J. O., Hauge, E. R., Oedegaard, K. J., Holsten, F., & Fasmer, O. B. (2010) Actigraphic registration of motor activity reveals a more structured behavioural pattern in schizophrenia than in major depression. *BioMed Central Research Notes, 3*(1):149.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: a measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 219-231.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology, 21*, 417-431.
- Blagov, P. S., & Singer, J. A. (2004). Four dimensions of self-defining memories (specificity, meaning, content, and affect) and their relationships to self-restraint, distress, and repressive defensiveness. *Journal of Personality, 72* (3), 481-512.
- Bluck, S., & Habermas, T. (2000). The life story schema. *Motivation & Emotion, 24*, 121-147.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist, 36*, 129 - 148.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss*. New York: Basic Books.
- Brewer, W. F. (1995). What is recollective experience? In D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Brewin, C. R., Reynolds, M., & Tata, P. (1999). Autobiographical memory processes and the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 108* (3), 511-517.
- Bruner, J. (1997). *Realidade mental, mundos possíveis* (M. A. G. Domingues, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas (Original work published 1986).
- Buyukdura, J. S., McClintock, S. M., Croarkin, P. E. (2010). Psychomotor retardation in depression: Biological underpinnings, measurement, and treatment. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 35*(2), 395-409.
- Clark, D. M., & Teasdale, J. D. (1982). Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology, 91*, 87-95.
- Coutinho, M. P. L., Gontières, B., Araújo, L. F., & Sá, R. C. N. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: Representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF* (Bragança Paulista), *8*(2), 93-192.

- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. New York: Harcourt Brace.
- Day, R. J. (1999). Construction of narratives by depressed and nondepressed adolescents. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences and Engineering*, 60(2-B), 08-24.
- Finazzi, M. E.; Mesquita, M. E.; Lopes, J. R.; Fu, L. I.; Oliveira, M. G.; Del Porto, J. A. (2010). Motor activity and depression severity in adolescent outpatients. *Neuropsychobiology*, 61(1), 33-40.
- Ethofer, T., Anders, S., Erb, M., Herbert, C., Wiethoff, S., Kissler, J., Grodd, W., Wildgruber, D. (2006). Cerebral pathways in processing of affective prosody: a dynamic causal modeling study. *Neuroimage*, 30, 580-587.
- Gemar, M. C., Segal, Z. V., Sagrati, S., & Kennedy, S. J. (2001). Mood-induced changes on the implicit association test in recovered depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 282–289.
- Gergen, K. J. (1991). *The saturated self: dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.
- Gibb, B., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2004). Emotional maltreatment from parents, verbal peer victimization, and cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 1 – 21.
- Gibbs, B., & Rude, S. S. (2004). Overgeneral autobiographical memory as depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 511-526.
- Gunther, K. C., Cohen, L. H., Butler, A. C., & Beck, J. S. (2007). Depression and next day spillover of negative mood and depressive cognitions following interpersonal stress. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 521–532.
- Habermas, T., & Bluck, S. (2000). Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126, 748–769.
- Hasher, L., Zacks, R.T., & May, C.P. (1999). Inhibitory control, circadian arousal, and age. In D. Gopher & A. Koriat (Eds.), *Attention and performance XVII: Cognitive regulation of performance: Interaction of theory and application* (pp. 653–675). Cambridge, MA: MIT Press.
- Hermans, H.J.M., & Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-narratives: The construction of meaning in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Huffman, C. M., & Weaver, K. A. (1996). Autobiographical recall and visual imagery. *Perceptual and Motor Skills*, 82, 1027-1034.

- Hunziker, M. H. L. (1993). Desamparo aprendido: um modelo animal de depressão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9(3), 487-498.
- Hunziker, M. H. L. (1997). Um olhar crítico sobre o estudo do desamparo aprendido. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 17-26.
- Hurst, N. H. (1997). A narrative analysis of identity change in treated substance abusers. *Psychological Inquiry*, 7(4), 330-334.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- James, W. (1963). *Psychology*. Greenwich, CT: Fawcett. (Original work published 1892).
- Johnstone, T., van Reekum, C., Urry, H., Kalin, N., & Davidson, R. (2007). Failure to regulate: Counterproductive recruitment of top-down prefrontal-subcortical circuitry in major depression. *Journal of Neuroscience*, 27, 8877–8884.
- Joormann, J. (2010). Inhibition and emotion regulation in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 161–166.
- Joormann, J., & Gotlib, I.H. (2008). Updating the contents of working memory in depression: Interference from irrelevant negative material. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 182–192.
- Joormann, J., & Siemer, M. (2011). Affective Processing and Emotion Regulation in Dysphoria and Depression: Cognitive Biases and Deficits in Cognitive Control. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 13–28.
- Kuyken W., & Brewin C. R. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 585–591.
- Lemogne, C., Piolino, P., Jouvent, R., Allilaire, J. F., Fossati, P. (2006). Episodic autobiographical memory in depression: a review. *Encephale*, 32, 781-8.
- Leventhal, A. M., & Rehm, L. P. (2005). The empirical status of melancholia: Implications for psychology. *Clinical Psychology Review*, 25, 25-44.
- Magalhães, K. A. (2006). *Alterações ambientais independentes da resposta: um estudo sobre desamparo aprendido, comportamento supersticioso e o papel do relato verbal*. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Mahajan, R., Mahajan, N.S., Kaur, D. (2011). Cognitive functions in depressed young adults with or without somatic syndrome. *J Mental Health Hum Behav.*, 16, 33–36.
- Maier, S.F., & Seligman, M.E.P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105, 3-46

- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Maris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127-159). London: Routledge.
- Mateus, M. H. M. (2004). Estudando a melodia da fala – traços prosódicos e constituintes prosódicos. *Palavras – Revista da Associação de Professores de Português*, 28, 79-98.
- Matute, H. (1994). Learned helplessness and superstitious behavior as opposite effects of uncontrollable reinforcement in humans. *Learning and Motivation*, 25, 216-232.
- Matute, H. (1995). Human reactions to uncontrollable outcomes: further evidence for superstitions rather than helplessness. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 48(2), 142-157.
- Mayer J. D., & Salovey P. (1988). Personality moderates the interaction of mood and cognition. In Fiedler K., Forgas J. P. (Eds.), *Affect, cognition and social behavior* (pp. 87-99). Toronto: Hogrefe.
- McAdams, D. (2006). The problem of narrative coherence. *The Journal of Constructivist Psychology*, 19 (2), 109-125.
- McAdams, D. P. (2008). Personal narratives and the life story. In O. John, R. Robins, and L. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 241-261). New York: Guilford Press.
- Miranda, J., Gross, J. J., Persons, J. B., & Hahn, J. (1998). Mood matters: Negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 363 – 376.
- Moraes, J. A. (1998). *Os fenômenos supra-segmentais no português do Brasil*. tese (Doutorado em Letras). PUC-RS, 19-23 outubro 1998, p. 1-29; 30-55.
- Mundt, J. C., Snyder, P. J., Cannizzaro, M. S., Chappie K. L., & Geraltz, D. S. (2007). Voice acoustic measures of depression severity and treatment response collected via interactive voice response (IVR) technology. *Journal of Neurolinguistics*, 20(1), 50-64.
- Newby, J. M. & Moulds, M. (2011). Intrusive memories of negative events in depression: is the centrality of the event important? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 277-83.
- Nelson, K. (2000). Narrative, time and the emergence of the encultured self. *Culture & Psychology*, 6(2), 209-223.
- Newby, J. M. & Moulds, M. (2011). Intrusive memories of negative events in depression: is the centrality of the event important? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 277-83.

- Nezlek, J. B., & Gable, S. L. (2001). Depression as a moderator of relationships between positive daily events and day-to-day psychological adjustment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1692–1704.
- Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism* 54, 49-52.
- OMS. (2009). Organização Mundial da Saúde (World Health Organization). Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf>.
- Overmier, J.B., & Seligman, M.E.P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63, 28-33.
- Parker, G. (2002). *Dealing with Depression: A Commonsense Guide to Mood Disorders*. Sydney: Allen & Unwin.
- Parker, G. & Brotchie, H. (1992). Psychomotor change as a feature of depressive disorders: an historical overview. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 26 , 146-155.
- Parker, G., Gladstone, G., & Hadzi-Pavilovic, D. (2002). Measuring psychomotor agitation by use of an actimeter. *J Affect Disord*; 72, 91-94.
- Parker G., Fink, M., Shorter, E., Taylor, M. A., Akiskal, H., Berrios, G., Bolwig, T., Brown, W. A. , Carroll, B., Healy, D., Klein, D. F., Koukopoulos, A., Michels, R., Paris, J., Rubin, R. T., Spitzer, R., & Swartz, C. (2010). Issues for DSM-5: Whither melancholia? The case for its classification as a mood disorder. *Am J Psychiatry* , 167, 745–747.
- Pasupathi, M. (2001). The social construction of the personal past and its implications for adult development. *Psychological Bulletin*, 127, 651-72.
- Pasupathi, M., Mansour, E., & Brubaker, J.R. (2007). Developing a life story: Constructing relations between self and experience in autobiographical narratives. *Human Development*, 50, 85-110.
- Patel, T., Brewin, C. R., Wheatley, J., Wells, A., Fisher, P., & Myers, S. (2007). Intrusive images and memories in major depression. *Behavioral Research and Therapy*, 45, 2573-2580.
- Pergher, G. K., Grassi-Oliveira, R., Ávila, L. M. & Stein, L. M. (2005). Memória, humor e emoção. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 5-12.
- Perroni, C. E, & Andery, M. A. P. A. (2009). Alterações ambientais independentes da resposta e sua interação com o relato verbal. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(1), 96-118.
- Pier, M. P. B. I., Hulstijn, W., & Sabbe, B. G. C.(2004). Differential patterns of psychomotor functioning in unmedicated melancholic and nonmelancholic depressed patients. *J. Psychiatric Res.* 38, 425–435.

- Pinto-Gouveia, J. & Matos, M. (2010). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*, 25(2), 281-290.
- Raes, F., Watkins E. R., Williams J. G., & Hermans, D. (2008). Non-ruminative processing reduces overgeneral autobiographical memory retrieval in students. *Behaviour research and therapy*, 46(6), 748-56.
- Rottenberg, J. (2007). Major depressive disorder: Emerging evidence for emotion context insensitivity. In J. Rottenberg & S.L. Johnson (Eds.), *Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science* (pp. 151–165). Washington, DC: American Psychological Association.
- Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25, 487–510.
- Schmitt, R. L., Hidalgo, M. P., Caumo, W. (2010). Ritmo social e suas formas de mensuração: uma perspectiva histórica. *Rev Estud Pesq Psicol*, 10(2), 457-70.
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.
- Segal, Z. V., & Ingram, R. E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 663-695.
- Seligman, M. E. P. (1977). *Desamparo*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Sethi, B. B. (1964): The relationship of separation to depression. *Arch Gen Psychiatry* 10, 486–496.
- Singer, J. A., & Salovey, P. (1993). *The remembered self: Emotion and memory in personality*. New York, NY: Free Press.
- Sousa, B. & Cruz (2008). Narrativa protótipo da depressão. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16 (1), 71-80.
- Spreckelmeyer, K. N., Kutas, M., Urbach, T., Altenmüller, E., & Münte, T. F. (2009). Neural processing of vocal emotion and identity. *Brain and Cognition*, 69, 121–126.
- Suddaby, K. & Landau, J. (1998). Positive and negative timelines: a technique for restorying. *Family Process*, 37(3), 287-298.
- Thorne, A. (2006). Putting the person into social identity. *Human Development*, 47, 1–5.
- Thorne, A., McLean, K. C. & Lawrence, A. M. (2004). When remembering is not enough: Reflecting on self-defining memories in late adolescence. *Journal of Personality*, 72, 513-542.

- Thomsen, D. K. & Berntsen, D. (2008). The Cultural Life Script and Life Story Chapters Contribute to the Reminiscence Bump. *Memory*, 16, 420 – 435.
- Tomkins, S. (1979). Script theory: Differential magnification of affects. In H. E. Howe & R. A. Dienstbier (Eds.), *Nebraska symposium on motivation*, vol. 26, 201-236.
- Trapnell, P. D., & Campbell, P. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284–304.
- Tsuji, D. H., Sennes, L. U., Imamura, R., Trezza, P. M. & Hanayama, E. M. (2002). Cirurgia para diminuir a frequência fundamental da voz: tireoplastia tipo III de Isshiki. *Revista Brasileira Otorrinolarigologia*, 68(1), 133-138.
- von Kriegstein, K., Eger, E., Kleinschmidt, A., & Giraud, A. L. (2003). Modulation of neural responses to speech by directing attention to voices or verbal content. *Brain Res Cogn Brain Res*, 17, 48-55.
- Vuilleumier, P., Armony, J.L., Driver, J., & Dolan, R.J. (2001). Effects of attention and emotion on face processing in the human brain: An event-related study. *Neuron*, 30, 1-20.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8.
- Westin, D. (1991). Social cognition and object relations. *Psychological Bulletin*, 109, 429-455.
- Williams, J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D. Rubin (Ed.), *Remembering Our Past: Studies in Autobiographical Memory* (pp. 244–267). Cambridge: Cambridge University Press.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., Macleod, C., & Mathews, A. (2000). *Psicologia cognitiva e perturbações emocionais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Williams, J.M.G. Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148.
- Winograd-Gurvich, C., Fitzgerald, P. B., Georgiou-Karistianis, N., Bradshaw, J. L., & White, O. B. (2006). Negative symptoms: A review of schizophrenia, melancholic depression and Parkinson's disease. *Brain Res Bull.*, 70(4-6), 312-21.
- Wisniecki, A., Cannizzaro, M., Cohen, H. & Snyder, P. J. (2006). Speech Impairments in Neurodegenerative Diseases/Psychiatric Illnesses. In: Keith Brown (Ed.), *Encyclopedia of Language & Linguistics*, 758–764. Amsterdam: Elsevier.

Withall A, Harris LM, Cumming SR (2010): A longitudinal study of cognitive function in melancholic and non-melancholic subtypes of Major Depressive Disorder. *J Affect Disord* 123, 150-157.

CAPÍTULO II

ESTUDOS

ESTUDO I: Relações entre coerência narrativa, especificidade de eventos autobiográficos e dimensões do afeto

Luciano da Silva Alencastro; Jéssica Sartori Ribeiro & William Barbosa Gomes

Resumo: O estudo investigou a relação entre diferentes tipos de afeto (estado afetivo positivo/negativo, depressão e neuroticismo) e características do relato de eventos autobiográficos (especificidade e coerência narrativa de eventos). Participaram 78 estudantes universitários entre 18 e 48 anos (média = 23,41 anos; DP = 6,94), os quais recordaram e relataram por escrito três eventos autobiográficos: 1) o evento mais surpreendente de sua vida; 2) o evento mais triste de sua vida; e 3) o evento mais feliz de sua vida. Logo depois, os participantes responderam ao instrumentos: 1) Inventário de Depressão de Beck (BDI); 2) Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS); e 3) Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN). Constatou-se um mecanismo de “travamento cognitivo” na depressão, tornando a recordação autobiográfica pouco específica sob o ponto de vista temporal e pouco detalhada sob o ponto de vista narrativo. Além disso, os resultados sugerem uma revisão da noção de que afetos mais prolongados – tais como a depressão – teriam maior impacto em variáveis narrativas e cognitivas, dado que o estado afetivo foi o único preditor da coerência narrativa.

Palavras-chave: afeto; narrativa; memória autobiográfica; depressão.

A subjetividade da experiência emocional tem sido um obstáculo para a inserção do afeto como tópico de investigação científica, dificultando o desenvolvimento de conceitos e instrumentos que impulsionassem o estudo do fenômeno (Santos, Silveira, Gomes, & Stein, 2009; Mendl, Burman, & Paul, 2009). Bates (2000) procurou sintetizar os avanços da área, circunscrevendo três grandes domínios do estudo do afeto: 1) estado afetivo (investigado em pesquisas sobre emoções positivas e negativas, isto é, estados emocionais breves), 2) humor (investigado em pesquisas sobre ansiedade e depressão, que são estados emocionais

prolongados), e 3) afeto enquanto traço (investigado em pesquisas sobre fatores da personalidade, referindo-se a características afetivas mais estáveis).

O estado afetivo pode ser caracterizado como um estado breve de prontidão para a ação frente a um estímulo específico, com duração de minutos até algumas horas (Scherer, 2005). Poucos estudos empíricos têm investigado o impacto dos estados afetivos na recordação e narrativa autobiográfica. Alguns pesquisadores (Bower, Gilligan, & Monteiro, 1981; Mayer & Salovey, 1988) apontam que codificamos, recordamos e relatamos eventos autobiográficos congruentes com o estado afetivo em que nos encontramos em determinado momento.

O estado afetivo distingue-se do humor por esse último ser caracterizado por um estado duradouro de disposição à ação (de semanas a meses), e que não é específico a um estímulo (Scherer, 2005). Dentro da categoria humor, o presente estudo está interessado na depressão e suas relações com a experiência autobiográfica. Neste sentido, a literatura tem documentado que pessoas deprimidas têm a tendência de recordar eventos autobiográficos com tonalidade afetiva negativa, tais como tristeza e fracasso – caracterizando o fenômeno de congruência de humor em memórias autobiográficas (Aurélio & Cláudio, 2009).

Quanto à terceira dimensão temporal do afeto – afeto enquanto traço de personalidade – o Modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) tem se destacado quanto à consistência teórica e empírica. Nesta perspectiva, haveria cinco fatores principais de personalidade: Extroversão (*Extroversion*), Neuroticismo (*Neuroticism*), Realização (*Conscientiousness*), Socialização (*Agreeableness*) e Abertura (*Openness to Experience*). Esse modelo é baseado na Teoria de Traços, cuja suposição básica é de que as pessoas possuem predisposições comportamentais amplas para responder em certas situações (Trentini et al., 2009).

No Brasil, o neuroticismo foi o primeiro fator do modelo a ser operacionalizado em forma de instrumento: a Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo – EFN (Hutz & Nunes, 2001). Estudos empíricos têm demonstrado a associação do neuroticismo com diversas variáveis psicológicas – dentre as quais se destaca a depressão. Um exemplo é o estudo de Jylhä, Melartin, Rytsälä, e Isometsä (2009), em que pacientes com transtorno depressivo ($n=193$) foram entrevistados quando contavam 6 e 18 meses de tratamento, sendo comparados com um grupo da população geral ($n=388$). Na regressão logística, os pacientes obtiveram escores mais altos de neuroticismo (odds ratio 1,11, $p=0,001$) do que na população geral. Adicionalmente, o estudo de Maciel e Yoshida (2006), constatou correlação significativa de .72 entre o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN).

A revisão da literatura atesta a predominância de estudos que investigam apenas uma das dimensões temporais da emoção (*estado afetivo*, como a raiva; *humor*, como a depressão; ou *traço de personalidade*, como o neuroticismo) e sua influência na memória. Desta forma, o presente estudo propõe um delineamento de pesquisa que avalie a interação entre diferentes dimensões do afeto (estado afetivo, humor e traço de personalidade) e características do relato de eventos autobiográficos (especificidade e coerência narrativa de eventos).

Especificidade de Eventos Autobiográficos e Psicopatologia

Memória autobiográfica pode ser definida como a recordação consciente de uma experiência pessoalmente vivida ou testemunhada (Brewer, 1995). A literatura tem evidenciado que a dificuldade em recordar elementos específicos seria uma importante característica da memória autobiográfica na depressão (Gibbs & Rude, 2004; Williams et al., 2007). Esse fenômeno tem sido denominado supergeneralização de memórias autobiográficas.

A falta de especificidade na recordação de eventos autobiográficos tem sido explicada através da noção de "travamento mnemônico" (Williams, 1996), que postula a existência de um truncamento em uma fase intermédia da recuperação de eventos autobiográficos. Nessa fase, ocorre a interrupção da busca de memórias, a fim de reduzir o afeto negativo associado a memórias específicas dolorosas. Assim, o processo de recordação só consegue recuperar informações e memórias autobiográficas pouco específicas, tais como autodescritores categóricos ("eu sempre decepiono outras pessoas") e eventos generalizados ("eu não consigo recordar de um acontecimento do mês de janeiro; recordo apenas que eu estava de férias").

De forma semelhante, McAdams (2008) ressalta que as emoções de valência negativa seriam reguladas por um sistema cognitivo de evitação/inibição, o qual evitaria memórias associadas a sofrimento. Devido à sua constante atuação, esse mecanismo de evitação passa a se generalizar para todo o sistema de memória autobiográfica, dificultando o acesso a eventos específicos e seus detalhes experienciais.

Em termos experimentais, o fenômeno das memórias autobiográficas supergeneralizadas é usualmente avaliado através do Teste da Memória Autobiográfica (TMA), utilizado pela primeira vez em pacientes suicidas por Williams e Broadbent (1986). Nesse teste, são oferecidas dez palavras-estímulo para o participante, sendo cinco delas positivas (feliz, seguro, interessado, sucedido e surpreso) e cinco negativas (triste, irritado, desajeitado, ferido e solitário). As palavras são apresentadas uma de cada vez, alternando entre positivas e negativas. Os sujeitos são instruídos a recordar e relatar verbalmente eventos específicos de sua vida que tenham relação com cada uma das palavras apresentadas. É

explicitado que uma recordação específica é aquela que possui localização temporal e espacial.

Ainda que seja uma tarefa amplamente utilizada, o TMA tem se revelado incapaz de avaliar um importante aspecto da especificidade de eventos pessoais: o grau de detalhamento de um episódio. Por possuir um sistema de codificação que classifica os eventos entre três categorias de especificidade temporal (categórica, estendida ou específica), o teste deixa de avaliar em que medida existe maior ou menor detalhamento dos episódios pessoais. Essa limitação metodológica vem sendo apontada por alguns pesquisadores (Lemogne, Piolino, Jouvent, Allilaire, & Fossati, 2006; Raes et al., 2006; Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Neste sentido, ressaltamos a pertinência do estudo da coerência narrativa de eventos autobiográficos – construto que avalia o grau de descrição de detalhes específicos do evento, como sua localização espacial, detalhes sensório-perceptuais e descritores de impressões subjetivas.

Coerência Narrativa de Eventos Autobiográficos e Psicopatologia

Teóricos, pesquisadores e terapeutas ressaltam a importância de uma narrativa ser dotada de coerência (Bohanek, Fivush, & Walker, 2005; Berntsen, Willert, & Rubin, 2003). Mas o que define uma narrativa como coerente ou incoerente? De acordo com McAdams (2006), o principal aspecto a ser considerado é que a coerência está vinculada a um contexto social.

A fim de ser considerada coerente, uma narrativa deve contemplar uma série de aspectos socialmente esperados: 1) que a história tenha um encadeamento temporal cronológico, com início, meio e fim; e 2) que a história descreva as causas e consequências dos eventos ocorridos (McAdams, 2006). Se esses elementos faltarem na narrativa, a audiência poderá apresentar dificuldades para compreender a história, avaliando-a como incoerente ou com pouca coerência.

A coerência da narrativa tem sido estudada através de distintos sistemas de avaliação, cujas origens remontam ao pioneiro modelo de Labov e Waletzky (1967). Esse sistema foi operacionalizado por Baerger & McAdams (1999) em quatro itens avaliados quantitativamente: 1) orientação (em que medida a narrativa descreve o contexto espaço-temporal e as pessoas presentes no evento); 2) encadeamento sequencial (em que medida existe uma descrição adequada da sequência de ações ocorrida no evento); 3) avaliação (em que medida existe um envolvimento emocional e avaliativo do narrador em relação ao evento); e 4) integração (em que medida os diversos elementos da narrativa estão conectados uns aos outros). Esse critério de operacionalização abarca a maioria dos aspectos conceituais

descritos na literatura de coerência narrativa, propiciando o estudo quantitativo da coerência narrativa e de sua relação com variáveis como desenvolvimento do ego (Adler, Wagner, & McAdams, 2007) e depressão (Baerger & McAdams, 1999).

Uma série de estudos indica que indivíduos com menores índices de depressão recordam eventos de vida mais variados e com uma estrutura narrativa mais coerente (McAdams, Lensky, Daple, & Allen, 1988; Baerger e McAdams, 1999). No entanto, ainda não foi investigado o impacto de outros tipos de afeto – como o estado afetivo positivo e negativo – na narrativa autobiográfica.

Desta forma, o presente estudo investigou: 1) as relações da especificidade temporal e coerência narrativa de eventos com indicadores de depressão (BDI); 2) as relações entre especificidade temporal de eventos e estados afetivos (raiva, medo, etc.); 3) as relações entre especificidade temporal de eventos e neuroticismo; 4) as relações entre coerência narrativa de eventos e estados afetivos; 5) as relações entre coerência narrativa de eventos e neuroticismo; e 6) as relações entre especificidade de eventos e neuroticismo.

As expectativas são as seguintes: 1) que um baixo escore de especificidade de eventos esteja associado a altos níveis na escala de depressão (BDI); 2) que um baixo índice de coerência narrativa de eventos esteja associado a altos níveis na escala de depressão; 3) que um alto escore de afeto negativo esteja associado a baixos índices coerência narrativa; 4) que um alto escore de afeto negativo esteja associado a baixos índices de especificidade de eventos; 5) que um alto escore de neuroticismo esteja associado a baixos índices de coerência narrativa; e 6) que um alto escore de neuroticismo esteja associado a baixos índices de especificidade de eventos.

Método

Participantes

Participaram desse estudo 78 estudantes universitários, sendo 58 mulheres (74,4%), com idades entre 18 e 48 anos (média = 23,41 anos; DP = 6,94). Os participantes estavam matriculados em diversos cursos de uma mesma universidade pública.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) Protocolo para relato escrito de eventos autobiográficos; 2) Inventário de Depressão de Beck (BDI); 3) Escala de Afetos Positivos e Negativos – PANAS (Anexo A); e 4) Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN).

Protocolo para relato escrito de eventos autobiográficos (Santos & Gomes, 1997): Nessa tarefa, solicita-se aos participantes que recordem três eventos autobiográficos específicos e relatem por escrito em uma folha de papel pautado tamanho A4. Os três eventos solicitados são: 1) o evento mais surpreendente de sua vida; 2) o evento mais triste de sua vida; e 3) o evento mais feliz de sua vida. É explicitado que uma recordação específica é que aquela que possui localização temporal e espacial. Em geral, essa simples solicitação enseja a preparação de uma breve narrativa na qual podem ser observadas características da expressão narrativa autobiográfica.

Inventário de Depressão de Beck – BDI (Cunha, 2001). O instrumento foi desenvolvido originariamente por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961). Trata-se de uma escala de autorrelato para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos. O inventário é composto por 21 itens, cada um com quatro alternativas que refletem graus crescentes de intensidade de sintomas depressivos, com escores de 0 a 3. O escore total, obtido a partir da somatória das respostas de cada questão, pode indicar um dos seguintes níveis de intensidade da depressão, conforme normas da versão em português: mínimo 0-11; leve 12-19; moderado 20-35; grave 36-63. A escala possui estimativas de fidedignidade estabelecidas a partir de seis amostras clínicas (Beck & Steer, 1993) que variaram entre 0,79 e 0,90.

Escala de Afetos Positivos e Negativos – PANAS (Positive and Negative Affect Schedule), adaptada para o português por Giacomonni e Hutz (1997). O instrumento é composto de 40 itens subdivididos em dois fatores: 20 referentes ao afeto positivo ($\alpha=0,90$) e 20 ao afeto negativo ($\alpha=0,90$). O afeto positivo representa o quanto uma pessoa está se sentindo entusiástica, ativa e alerta, enquanto o afeto negativo é uma dimensão geral de angústia e de insatisfação que inclui uma variedade de estados de humor aversivos, como raiva, culpa, desgosto e medo. O participante é orientado a avaliar como está se sentindo naquele dia, tendo como referência a sua vida como um todo, não se detendo apenas no seu estado de saúde física. Os itens aparecem na forma de 40 palavras (aflito, animado, amedrontado, angustiado, etc.), as quais são pontuadas pelo participante em escala Likert de 5 pontos (1=muito pouco; 5=extremamente).

Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo - EFN (Hutz & Nunes, 2001). É um instrumento de auto-relato composto por 82 itens, para avaliar Neuroticismo/Estabilidade emocional, segundo quatro fatores: vulnerabilidade (N1), desajustamento psicossocial (N2), ansiedade (N3) e depressão (N4). O fator *vulnerabilidade* é composto por itens que descrevem medo de críticas, insegurança, dependência de pessoas próximas, baixa auto-estima, dificuldade em tomar decisões, etc.; o fator *desajustamento*

psicossocial contém itens que descrevem comportamentos sexuais de risco ou atípicos, consumo exagerado de álcool, hostilidade com pessoas ou animais, necessidade recorrente de chamar atenção, tendência à manipulação das pessoas, descaso com regras sociais, etc.; o fator *ansiedade* contém itens que visam avaliar transtornos relacionados com ansiedade, irritabilidade, transtornos do sono, impulsividade, sintomas de pânico, mudanças de humor, etc.; o fator *depressão* agrupa itens relacionados a traços de humor deprimido, tais como pessimismo, sentimentos de solidão, falta de objetivos na vida, etc. (Hutz & Nunes, 2001). Os escores superiores a 120 indicam alto nível de neuroticismo, inferiores a 80 indicam baixo nível de neuroticismo, enquanto os escores entre 80 e 120 são esperados para a maior parte da população (Hutz & Nunes, 2001). A EFN já demonstrou boas qualidades psicométricas (precisão e validade) com amostras de universitários brasileiros (Nunes, 2000).

Procedimentos

Os estudantes foram convidados, em sala de aula, a participar de uma pesquisa sobre narrativa de eventos de vida e emoção. Aqueles que aceitaram participar receberam duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) – uma para o participante e a outra para o pesquisador – e responderam a um questionário de dados sociodemográficos. Logo depois, foi solicitado aos participantes que relatassem três eventos autobiográficos (o mais surpreendente; o mais triste e o mais feliz) e respondessem aos seguintes instrumentos: 1) Inventário de Depressão de Beck (BDI); 2) Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS); e 3) Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN).

Análises

Análise da Especificidade de Eventos Autobiográficos

Os três eventos recordados foram codificadas de acordo com as três categorias do Teste da Memória Autobiográfica (TMA) de Williams e Broadbent (1986), compondo uma escala de 1 (nenhuma especificidade) a 3 (máxima especificidade). O primeiro tipo de memória generalizada é a categórica (escore 1), que se refere a eventos repetidos, sem qualquer referência a um tempo específico. Como exemplos, poderíamos citar “jantares românticos” ou “caminhadas na beira da praia”. O segundo tipo de recuperação generalizada é a estendida (escore 2), na qual a lembrança remete a um determinado período de tempo, com início e fim determinados, porém com uma duração superior a um dia. “Minhas férias no Nordeste no ano passado” e “quando eu vivia no interior” poderiam ser exemplos deste tipo de memória estendida. Na terceira categoria para a classificação das memórias autobiográficas específicas (escore 3), encontram-se as lembranças que possuem uma

localização temporal específica com duração máxima de um dia. Exemplos desse tipo de recuperação poderiam ser “minha festa de formatura” ou “o dia em que conheci minha namorada”. Por fim, foi realizada uma média dos escores obtidos em cada um dos três eventos, obtendo-se um escore geral de especificidade.

Análise da Coerência Narrativa de Eventos Autobiográficos

Os três relatos de eventos foram analisados utilizando o modelo de coerência narrativa teorizado por Labov e Waletzky (1967) e operacionalizado Baerger & McAdams (1999). Nesse modelo, quatro critérios são avaliados com base em uma escala *Likert* de 1 a 5: 1) orientação (o quanto a narrativa descreve o contexto espaço-temporal e as pessoas presentes no evento); 2) encadeamento sequencial (o quanto existe uma descrição adequada da sequência de ações ocorrida no evento); 3) avaliação (o quanto existe um envolvimento emocional e avaliativo do narrador em relação ao evento relatado); e 4) integração (em que medida os diversos elementos da narrativa estão conectados uns aos outros). Os valores relativos a cada um desses critérios de coerência são somados e divididos por quatro (número total de critérios), fornecendo uma medida geral de coerência. Além disso, foi contabilizada a quantidade de palavras de cada relato, a fim de verificar possíveis correlações entre volume do relato e demais variáveis do estudo (depressão, neuroticismo, etc.).

Dois juízes avaliaram independentemente 65% dos relatos, atingindo 78% de concordância. Discordâncias foram resolvidas por discussões. O restante dos relatos foi codificado por um dos juízes.

Análises Estatísticas

As variáveis apresentaram distribuição normal. Desta forma, foi utilizada correlação de *Pearson* para investigar a existência de relação entre: 1) especificidade temporal e coerência narrativa de eventos com indicadores de depressão (BDI); 2) especificidade de eventos e estados afetivos; 3) especificidade temporal de eventos e neuroticismo; 4) coerência narrativa de eventos e estados afetivos; 5) coerência narrativa de eventos e neuroticismo; e 6) especificidade temporal de eventos e neuroticismo. Foi utilizado teste *t* de *Student* a fim de verificar possíveis diferenças de sexo para as variáveis estudadas. Também foi utilizada Regressão Linear Múltipla para investigar quais tipos de afeto (estado afetivo positivo/negativo, depressão e neuroticismo) explicam as variáveis do relato autobiográfico (coerência narrativa e especificidade do evento). Todas as análises foram realizadas utilizando o Programa SPSS versão 20.0.

Resultados

Para uma melhor compreensão das correlações, faz-se necessário apresentar os valores das principais variáveis investigadas (Tabela 1).

Tabela 1. *Valores mínimos, valores máximos, médias e desvios-padrão das variáveis (n = 78)*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio- Padrão
Idade	18	48	23,41	6,974
Afeto Positivo	28	91	57,12	13,044
Afeto Negativo	20	78	38,09	11,611
BDI	0	29	7,95	6,347
EFN	105	337	188,86	50,915
Subescala Depressão (EFN)	20	110	40,14	15,754
Especificidade Temporal	0	3	2,25	2,223
Coerência Narrativa	0	4,5	2,29	3,67
Número de Palavras	0	672	191,31	150,41

A tabela a seguir (Tabela 2) descreve as correlações estatisticamente significativas entre variáveis do relato autobiográfico e variáveis do afeto.

Tabela 2. *Correlações entre variáveis do relato autobiográfico e variáveis do afeto.*

Variáveis do Relato Autobiográfico	Afeto Negativo	Subescala Depressão (EFN)
Coerência narrativa (média dos 3 eventos)	-0,296**	-0,198
Especificidade temporal do evento mais triste	-0,062	-0,357**
Orientações do evento mais triste	-0,142	-0,337**
Avaliações do evento mais feliz	-0,295**	-0,171
Quantidade de palavras (média dos 3 eventos)	-0,345**	-0,200

**p < 0,01 *p < 0,05

Foram realizadas análises de regressão linear múltipla (método *stepwise*) a fim de investigar as variáveis preditoras da coerência narrativa e da especificidade temporal do relato autobiográfico (Tabela 3). A primeira análise de regressão considerou a coerência narrativa do evento autobiográfico como variável dependente e as variáveis do afeto (afeto positivo e negativo, escore de depressão do BDI, escore geral de neuroticismo da EFN e escore de depressão da EFN) como variáveis independentes. Essa análise de regressão indicou uma associação significativa da coerência narrativa com afeto negativo e com afeto positivo. Esse modelo apresentou um coeficiente de correlação $R = 0,373$ (R^2 ajustado = 0,117), sendo capaz de predizer 11,7% da variação da coerência narrativa.

Tabela 3. *Análise de regressão múltipla com variáveis preditoras da coerência narrativa e da especificidade temporal do relato autobiográfico*

	B	Beta	t	p
<i>Coerência Narrativa</i>				
1. Afeto Negativo	-0,084	-0,265	-2,45	0,017
2. Afeto Positivo	0,065	0,230	2,125	0,037
<i>Especificidade Temporal</i>				
1. Depressão (EFN)	-0,038	0,016	-0,271	0,016

Também foi realizada análise de regressão para determinar o quanto as variáveis do afeto explicam a especificidade temporal do evento autobiográfico narrado. A análise indicou uma associação significativa da especificidade temporal com o escore de depressão da EFN. Esse modelo apresentou um coeficiente de correlação $R = 0,271$ (R^2 ajustado = 0,061), sendo capaz de predizer 6,1% da variação da especificidade temporal do evento narrado. Não foram encontradas diferenças entre sexo quanto às diversas variáveis de interesse.

Discussão

Uma das principais expectativas do presente estudo era a existência de associação negativa entre escore de depressão e coerência narrativa, conforme indicado pela literatura (Baerger & McAdams, 1999). Essa hipótese não foi confirmada, sendo que a coerência narrativa correlacionou-se negativamente com outra variável do afeto: o escore de afeto negativo ($r=-0,29$). Desta forma, a maior ou menor coerência do relato parece se relacionar com estados afetivos pontuais (como irritação e medo), e não com afetos mais prolongados (como depressão e neuroticismo).

A análise de regressão foi convergente com esse achado correlacional, já que apenas o afeto negativo (em primeiro lugar) e positivo (em segundo) explicaram a coerência narrativa.

Além disso, a associação entre afeto negativo e média de palavras dos três eventos (correlação negativa de 0,34) ressalta o importante efeito dos estados afetivos no relato autobiográfico, pois quanto maior o estado afetivo negativo, menor a disposição para narrar o evento.

A análise de regressão revelou que a única variável do afeto preditora da especificidade temporal foi o escore de depressão da EFN. Apesar dessa subescala da EFN não ser um indicador de depressão enquanto humor, ela avalia traços de humor deprimido, isto é, componentes mais estáveis desse tipo de funcionamento afetivo. Assim, esse resultado sugere que quanto maior a intensidade do traço de afeto deprimido, menor a especificidade temporal de um evento autobiográfico.

Essa interpretação é convergente com evidências anteriores de que pacientes com humor deprimido apresentariam dificuldades para se lembrar de eventos específicos de sua história de vida (Gibbs & Rude, 2004; Williams et al., 2007). Quando solicitados a recordar um evento específico, seus relatos se caracterizam por: 1) referências temporais demasiadamente estendidas (por exemplo, “a época em que eu cursava engenharia”); ou 2) ausência de referência temporal (por exemplo, “viagens que fiz para Santa Maria”).

O conceito de "travamento mnemônico" pode auxiliar na elucidação desse achado, tratando-se de um mecanismo de interrupção na busca de memórias a fim de reduzir o afeto negativo associado a eventos dolorosos (Williams, 1996). Assim, o processo de recordação só conseguiria recuperar informações e memórias autobiográficas pouco específicas. O fato da subescala de depressão da EFN associar-se à especificidade do evento mais triste (correlação negativa de 0,35) é consistente com esse viés interpretativo, pois indica que a inespecificidade aparece sobretudo na recuperação de eventos dolorosos.

O presente estudo revelou interessantes achados envolvendo os componentes da coerência narrativa, como a associação entre avaliações no evento mais feliz e afeto negativo (correlação negativa de 0,29). Dos quatro critérios de coerência, o item “avaliação” remete mais diretamente a aspectos subjetivos, referindo-se tanto às emoções quanto aos juízos avaliativos acerca do evento. É possível que a dificuldade de acesso às emoções e valorações se deva à incongruência entre a valência afetiva da lembrança (evento mais feliz) e o estado afetivo em que pessoa se encontra no momento (afeto negativo).

Também foi observada uma associação entre o índice de orientações no evento mais triste e a subescala de depressão da EFN (correlação negativa de 0,33). O índice de orientações avalia o detalhamento do cenário em que se deu o evento – pessoas presentes, espaço físico e localização temporal dos acontecimentos descritos. Desta forma, esse resultado indica que quanto maior o índice de depressão, maior a dificuldade em descrever o contexto espaço-temporal do evento autobiográfico.

É interessante o fato dessa correlação ser observada apenas em uma das três tarefas – no relato do evento mais triste. De forma semelhante, o escore de depressão da EFN associou-se à diminuição da especificidade temporal apenas quanto ao evento mais triste. Assim, a convergência entre inespecificidade temporal e inespecificidade de detalhamento contextual de eventos dolorosos sugere mecanismos cognitivos comuns a esses dois fenômenos.

Considerações finais

Dada as evidências do presente estudo, destacamos a relevância da noção de “mecanismo de evitação/inibição mnemônica” existente na depressão, o qual buscaria reduzir o contato com o afeto negativo associado a eventos dolorosos (McAdams, 2008). Propomos que esse mecanismo cognitivo seria responsável por dois efeitos principais: 1) fazer com os eventos sejam lembrados de forma temporalmente inespecífica, como no relato “vezes em que fui à praia”; e 2) fazer com que os eventos sejam lembrados com pobreza de detalhes contextuais - como a localização espacial e as pessoas presentes no evento. Desta forma, a fim de evitar o contato com o afeto negativo, esse mecanismo de inibição tornaria a recordação pouco específica sob o ponto de vista temporal e pouco detalhada sob o ponto de vista narrativo.

Assim, sugerimos que futuros estudos investiguem o efeito de técnicas terapêuticas que estimulem o paciente à descrição dos detalhes dos eventos autobiográficos na dimensão espacial, temporal e interpessoal. Esse tipo de técnica poderia auxiliar na dissolução do mecanismo de evitação mnemônica na depressão, possibilitando maior contato com os detalhes e emoções dos eventos. Assim, o “destravamento mnemônico” poderia contribuir para a ressignificação de acontecimentos dolorosos e de crenças disfuncionais.

A ausência de resultados envolvendo o escore do BDI e a riqueza de achados ligados à subescala de depressão da EFN são aspectos que suscitam questões teóricas, instrumentais e metodológicas. É possível que o BDI seja um instrumento pouco adequado para investigações em que os participantes possuem baixos níveis de depressão. Neste sentido, sugerimos que futuras investigações comparem o desempenho de diferentes escalas relativas ao fenômeno depressão (BDI, subescala de depressão da EFN, Hamilton, etc.) entre participantes com variados níveis de depressão, verificando possíveis divergências e convergências entre os instrumentos. Por fim, os achados envolvendo a subescala de depressão da EFN podem indicar que os déficits na especificidade temporal e na descrição do cenário dos eventos estão associados a um componente estável do humor deprimido – pertencente à dimensão do afeto denominada traço de personalidade.

As alterações do humor foram o mais significativo foco da Psiquiatria e da Psicologia nos últimos anos. No entanto, o estado afetivo (com duração de minutos a horas) foi a única dimensão do afeto capaz de explicar a variação da coerência narrativa no relato autobiográfico. Esse resultado sugere uma revisão da noção de que afetos mais prolongados – tais como a depressão – teriam maior impacto em variáveis narrativas. Assim, incentivamos o uso de delineamentos que investiguem simultaneamente as diversas dimensões do afeto, possibilitando uma síntese compreensiva mais abrangente acerca da interação entre afeto e cognição.

Referências

- Adler, J.M., Wagner, J.W., McAdams, D.P. (2007). Personality and the coherence of psychotherapy narratives. *Journal of Research in Personality*, 41(6), 1179-1198.
- Aurélio, J. G.; & Cláudio, V. (2009). Congruência de humor em memórias autobiográficas de infância de indivíduos com depressão. *Análise Psicológica* 27, 2, 159 - 173.
- Baerger, D. R., & McAdams, D. P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry* 9, 69-96.
- Bates, J. (2000). Temperament as an emotion construct: Theoretical and practical issues. In M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp.382-396). New York. Guilford Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio: Psychology Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Berntsen, D., Willert, M., & Rubin, D. C. (2003). Splintered memories or vivid landmarks? Qualities and organization of traumatic memories with and without PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, 17, 675-693.
- Bohanek, J.G., Fivush, R., & Walker, E. (2005). Memories of positive and negative emotional events. *Applied Cognitive Psychology*, 19, 51-66.
- Bower, G. H., Gilligan S. G. & Monteiro, K. P. (1981). Selectivity of learning caused by affective states. *Journal of Experimental Psychology: General*, 110, 451-473.
- Brewer, W. F. (1995). What is recollective experience? In D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Conway M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2); 261-288.
- Cunha, J. (2001). *Manual em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Giacomoni, C. H. & Hutz, C. S. (1997). A mensuração do bem-estar subjetivo: Escala de afeto positivo e negativo e escala de satisfação de vida [Resumos]. In Sociedade Interamericana de Psicologia (Org.), *Anais XXVI Congresso Interamericano de Psicologia* (p. 313). São Paulo: SIP.
- Gibbs, B., & Rude, S. S. (2004). Overgeneral autobiographical memory as depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 511-526.
- Hutz, C. S. & Nunes, C. H. S. S. (2001). *Escala fatorial de ajustamento emocional/neuroticismo - EFN*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jylhä P., Melartin T., Rytälä H. & Isometsä E. (2009). Neuroticism, introversion, and major depressive disorder--traits, states, or scars? *Depress Anxiety*, 26(4), 325-34.
- Labov, W. & Waletzky, J. (1967). Narrative analysis: oral versions of personal experience. *Journal of Narrative and Life History*, 7, 3-38.
- Lemogne, C., Piolino, P., Jouvent, R., Allilaire, J. F., Fossati, P. (2006). Episodic autobiographical memory in depression: a review. *Encephale*, 32, 781-8.
- Maciel, M. J. N., & Yoshida, E. M. P. (2006). Avaliação da alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica*, 5, 43-54.
- Mayer J. D., & Salovey P. (1988). Personality moderates the interaction of mood and cognition. In Fiedler K., Forgas J. P. (Eds.), *Affect, cognition and social behavior* (pp. 87-99). Toronto: Hogrefe.
- McAdams, D. (2006). The problem of narrative coherence. *The Journal of Constructivist Psychology*, 19 (2), 109-125.
- McAdams, D. P. (2008). Personal narratives and the life story. In O. John, R. Robins, and L. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 241-261). New York: Guilford Press.
- McAdams, D. P., Lensky, D. B., Daple, S. A., & Allen, J. (1988). Depression and the organization of autobiographical memory. *Journal of Social & Clinical Psychology* 7(4), 332-349.
- Mendl, M., Burman, O. & Paul, E. (2010). An integrative and functional framework for the study of animal emotion and mood. *Proceedings of the Royal Society B*, 277, 2895-2904.
- Nunes, C. H. S. S. (2000). *A construção de um instrumento de medida para o fator neuroticismo/estabilidade emocional dentro do modelo de personalidade dos cinco grandes fatores*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

- Porto Alegre. RS (disponível para download no site www.psicologia.ufrgs.br/laboratório/).
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M., Demyttenaere, K., Sabbe, B., Pieters, G., Eelen, P. (2006). Is overgeneral autobiographical memory an isolated memory phenomenon in major depression? *Memory*, *14*(5), 584-94.
- Santos, M. M. S., & Gomes, W. B. (1997). Relações entre qualidades e quantidades no estudo da consciência pública e privada [Resumo]. *Salão de Iniciação Científica, 10, Feira de Iniciação Científica, 7*, 170. Porto Alegre: Ed. UFRGS.
- Santos, R. F., Silveira, R. A. T., Gomes, C. F. A., & Stein, L. M. (2009). Normas de emocionalidade para a versão brasileira do paradigma Deese-Roediger-McDermott (DRM). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *25*, 387-394.
- Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, *44*, 695-729.
- Trentini, C. M., Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Teixeira, M. A. P., Gonçalves, M. T. A. & Thomazoni A. R. (2009). Correlações entre a EFN - Escala Fatorial de Neuroticismo e o IFP - Inventário Fatorial de Personalidade. *Avaliação Psicológica*, *8*(2), 209-217.
- Williams, J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D. Rubin (Ed.), *Remembering Our Past: Studies in Autobiographical Memory* (pp. 244-267). Cambridge: Cambridge University Press.
- Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, *95*, 144 – 9.
- Williams, J.M.G. Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, *133*, 122-148.

ESTUDO II: Prosódia e coerência narrativa autobiográfica na depressão melancólica e não-melancólica

Luciano da S. Alencastro, Marcelo P. de Almeida Fleck & William B. Gomes

Resumo: O estudo investigou a relação entre intensidade de depressão e variáveis verbais (prosódia e coerência narrativa), verificando também se existem diferenças no padrão prosódico-narrativo entre pacientes com depressão não-melancólica e melancólica. Participaram 17 pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo maior, sendo 15 mulheres (88,2%), com idades entre 28 e 70 anos (média = 47,6 anos; DP = 10,45). Os procedimentos se deram em 4 etapas: 1) etapa diagnóstica realizada através do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI-Plus); 2) quantificação de sintomas depressivos através de duas escalas (*Hamilton Depression Rating Scale - HAM-D -* e *Beck Depression Inventory - BDI*); 3) avaliação da melancolia através do instrumento CORE (*The CORE Assessment of Psychomotor Change*); e 4) avaliação da narrativa e prosódia através do relato verbal de três eventos de vida. O escore de depressão associou-se a: 1) maior velocidade e menor extensão do relato do evento mais feliz; e 2) déficit na expressão das emoções e avaliações nos três eventos. A depressão melancólica, por sua vez, associou-se a: 1) diminuição na amplitude da frequência fundamental, configurando uma expressão vocal apática e monotônica; e 2) baixos escores de coerência narrativa no relato autobiográfico, os quais podem resultar em prejuízos na organização das memórias.

Palavras-chave: depressão; melancolia; narrativa; prosódia.

A depressão é caracterizada por uma série alterações na fala: pausas longas, baixo volume da fala, reduzido tamanho das respostas e lentificação no ritmo da fala (Buyukdura, McClintock, & Croarkin, 2010). A literatura tem apontado que a lentificação do movimento e da fala é característica fundamental de um subtipo de depressão: a depressão melancólica (Parker et al., 2010)

O DSM-IV classifica a melancolia como um especificador do Episódio Depressivo Maior, abrangendo características como anedonia, insônia terminal, culpa, alterações psicomotoras, de apetite e de peso. Desta forma, a população identificada como melancólica pelo DSM-IV forma um grupo com características bastante heterogêneas (Parker, 2002). Uma

série de pesquisadores tem discordado da concepção do DSM-IV, concebendo a melancolia como um subtipo específico de depressão com características homogêneas (Parker et al., 2010; Leventhal & Rehm, 2005).

Gordon Parker introduz que o objetivo principal da subtipagem seria distinguir a depressão melancólica e não-melancólica (Parker, 2003). A depressão não-melancólica seria o tipo mais comum de depressão e englobaria estratégias adaptativas de enfrentamento (*coping*) e subtipos de temperamento. Os indivíduos com esse tipo de depressão seriam menos propensos a relatar sintomas psicóticos – como alucinações – e melancólicos – como letargia extrema (Parker, 2002).

A depressão melancólica é definida como transtorno do humor e do movimento, sendo esse último necessário e suficiente para seu diagnóstico (Parker & Hadzi-Pavlovic, 1996). Neste contexto, o grupo de Parker desenvolveu o CORE (*The CORE Assessment of Psychomotor Change*), um instrumento que possibilita o diagnóstico de melancolia através da mensuração de alterações psicomotoras. As alterações psicomotoras podem se expressar como agitação espontânea (inquietação motora e movimentos estereotipados) ou como retardo (lentificação no pensamento, no movimento e na fala) (Parker et al., 2010).

Ainda que a alteração na fala seja reconhecida como uma característica clínica da depressão melancólica, percebe-se uma ausência de estudos que a investigue objetivamente. No entanto, a mensuração da prosódia da fala já tem sido utilizada a fim de alcançar maior objetividade na avaliação de algumas doenças psiquiátricas, como a esquizofrenia (Alpert, Shaw, Pouget, & Lim, 2002) e a doença de Parkinson (Schröder, Nikolova, & Dengler, 2010; Harel, Cannizzaro, & Snyder, 2004).

O termo prosódia é utilizado para designar o estudo das variações de tom, intensidade e duração da fala (Moraes, 1998). Os principais parâmetros acústicos de que se ocupam os estudos em prosódia são: 1) altura melódica: definida como a variação do tom (mais agudo ou mais grave) e associada ao correlato acústico da frequência fundamental; 2) volume sonoro: pode ser forte ou fraco, associando-se ao parâmetro físico da intensidade acústica; e 3) duração: tempo de articulação de um som, que varia conforme a velocidade da elocução e influencia o ritmo verbal (Mateus, 2004).

A literatura tem atestado a utilidade da análise quantitativa da prosódia na depressão (Alpert, Pouget, & Silva, 2001; Mundt, Snyder, Cannizzaro, Chappie, & Geralts, 2007). A maioria desses estudos tem utilizado: 1) o *software Praat* como recurso computacional para a mensuração da prosódia – fornecendo as médias do volume (em Decibéis), da velocidade (palavras por segundo) e da frequência fundamental (em Hertz) da fala; e 2) e o *relato de eventos autobiográficos* como recurso metodológico para o estudo da prosódia (Cohen,

Alpert, Nienow, Dinzeo, & Docherty, 2008; Cohen, Hong e Guevara, 2010). Por evocar conteúdo emocional intenso e variado, o relato de eventos pessoais produz variações significativas nos parâmetros vocais prosódicos, possibilitando sua mensuração e análise (Cohen, Hong, & Guevara, 2010). Ademais, o relato autobiográfico permite o estudo das variações na coerência narrativa – a qual apresenta significativa correlação com intensidade de depressão (Baerger & McAdams, 1999).

Herman e Steskal (2007) ressaltam a necessidade de uma vertente de pesquisa que investigue a forma com que a coerência narrativa dialoga com aquilo que Labov (1972) chamou de "fonologia expressiva" – que engloba uma série de características prosódicas, como mudanças na frequência, intensidade e ritmo da fala. Assim, o estudo conjunto de variações narrativas e prosódicas forneceria um panorama mais apurado sobre as alterações da expressão verbal na depressão.

Um dos primeiros estudos empíricos avaliando o padrão prosódico na depressão foi empreendido por Roessler e Lester (1976). Os pesquisadores investigaram as mudanças vocais de um paciente durante sessões de psicoterapia. Foi constatado que o humor depressivo se correlaciona com baixa frequência fundamental e decréscimo no volume da voz. Mais recentemente, no estudo de Alpert, Pouget e Silva (2001), a prosódia de vinte e dois pacientes deprimidos (doze homens e dez mulheres idosos) foi comparada com um grupo controle equivalente. Foram avaliadas os seguintes aspectos prosódicos: fluência (produção de fala e pausas), ênfase e inflexão. Mudanças na fluência mostraram-se associadas a indivíduos com episódios de depressão enquanto alterações prosódicas de ênfase e inflexão mostraram-se associadas a indivíduos com um traço depressivo. O estudo de Mundt, Snyder, Cannizzaro, Chappie e Geralts (2007) também constatou alterações prosódicas na depressão, já que pacientes que responderam ao tratamento apresentaram maior variabilidade de frequência fundamental, menor quantidade de pausas e maior velocidade do que nas primeiras semanas.

Em que pese a constatação clínica de que a lentificação verbal caracterizaria a depressão melancólica, observa-se uma ausência de estudos empíricos que investiguem esse padrão na depressão melancólica e não-melancólica. Desta forma, o objetivo desse estudo é investigar a relação entre intensidade de depressão e variáveis verbais (prosódia e coerência narrativa), verificando também se existem diferenças no padrão prosódico-narrativo entre pacientes com depressão não-melancólica e melancólica.

A presente pesquisa tem a expectativa de que quanto maior o escore de depressão: 1) menor será a velocidade da narrativa; 2) menor será a frequência fundamental da narrativa; 3) menor será o volume (intensidade acústica) do relato; 4) menor será a amplitude da frequência fundamental; e 5) menor será a coerência narrativa do relato. Além disso, espera-se que

pacientes com depressão melancólica apresentem medidas ainda menores quanto à velocidade, frequência fundamental, volume (intensidade acústica), amplitude da frequência fundamental e coerência narrativa.

Método

Participantes

Participaram desse estudo 17 pacientes encaminhados à triagem do PROTHUM-HCPA (Programa de Transtornos do Humor - Hospital de Clínicas de Porto Alegre). Todos os participantes apresentaram diagnóstico de transtorno depressivo de acordo com o instrumento *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI-Plus), sendo 15 mulheres (88,2%), com idades entre 28 e 70 anos (média = 47,6 anos; DP = 10,45).

Os critérios de inclusão no estudo foram: 1) pacientes submetidos à triagem no PROTHUM-HCPA com diagnóstico de transtorno depressivo maior de acordo com o DSM-IV (avaliado pelo instrumento MINI-Plus); e 2) pacientes que concordem em participar do estudo. Os Critérios de não-inclusão foram: 1) pacientes sem diagnóstico de transtorno depressivo; 2) pacientes que não concordem em participar do estudo; e 3) pacientes incapacitados de preencher os instrumentos aplicados.

Procedimentos

Os procedimentos se deram em uma sequência de 5 etapas: 1) convite para participar do estudo, etapa em que o pesquisador (doutorando da Psicologia – UFRGS) informou os participantes acerca dos objetivos e procedimentos do estudo e forneceu duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) – uma para o participante e a outra para o pesquisador; 2) etapa diagnóstica realizada por um psiquiatra do PROTHUM-HCPA através de um instrumento diagnóstico para transtornos psiquiátricos (*Mini International Neuropsychiatric Interview* – MINI-Plus); 3) quantificação de sintomas depressivos realizada por um psiquiatra do PROTHUM-HCPA através de duas escalas (*Hamilton Depression Rating Scale* - HAM-D - e *Beck Depression Inventory* – BDI); 4) avaliação da melancolia pela mensuração de alterações psicomotoras, realizada por um psiquiatra do PROTHUM-HCPA através da aplicação do instrumento *The CORE Assessment of Psychomotor Change* – CORE; e 5) avaliação da narrativa e prosódia através de uma tarefa de relato verbal autobiográfico, etapa em que o pesquisador solicitou aos pacientes que relatassem três eventos de vida, os quais foram gravados em um gravador digital.

Instrumentos

Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus) – Versão Brasileira

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV e da CID-10. Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. ao SCID-P e ao CIDI (uma entrevista padronizada desenvolvida pela OMS para entrevistadores leigos). Os resultados desses estudos (Amorim, 2000) mostraram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média= 18.7 ± 11.6 minutos; mediana = 15 minutos). O M.I.N.I. Plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I.

Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) – Versão Brasileira

A escala apresenta 17 itens que são avaliados dentro de um período determinado de dias de acordo com a intensidade e com a frequência da sintomatologia depressiva do paciente através de uma escala que varia de “ausente” até “bastante severo”. Ela, contudo, não constitui instrumento diagnóstico para identificação de depressão (Hamilton, 2000). O autor da HAM-D não propôs um ponto-padrão de corte, mas na prática se aceita que escores acima de 23 pontos identificam pacientes gravemente deprimidos; entre 19-22 pontos, pacientes moderadamente deprimidos; entre 14-18 pontos, pacientes levemente deprimidos, e escores menores do que 7 indicam eutimia (Hamilton, 2000).

A validade e a confiabilidade entre avaliadores da HAM-D têm sido demonstradas em vários estudos (Moreno & Moreno, 1998). Algumas de suas limitações incluem o fato de a escala carecer de consistência interna e de que alguns itens são comprometidos por idade ou sexo do sujeito. Além disso, a presença de vários sintomas somáticos pode levar a conclusões enganosas quando a escala é usada em pacientes com doenças físicas (Snaith, 1996).

Beck Depression Inventory (BDI) - Versão Brasileira

O *Beck Depression Inventory* (“Inventário de Depressão de Beck”) é o instrumento de auto-avaliação dos sintomas depressivos mais amplamente usada em pesquisa clínica (Richter et al, 1998). Ele é capaz de identificar e quantificar quadros de depressão leve, moderada e severa tanto em pacientes internados quanto em pacientes ambulatoriais (Beck et al, 1961).

A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Para amostras de pacientes com transtorno afetivo os pontos de corte recomendados são os seguintes: 0-10, sem depressão ou com sintomas depressivos mínimos;

de 10-18, depressão leve à moderada; de 19-29, depressão moderada à grave; e de 30-63 depressão grave (Beck & Steer, 2000).

A validade concorrente do BDI em relação a outras avaliações clínicas de depressão é alta para pacientes com transtornos psiquiátricos e as propriedades psicométricas da versão brasileira do BDI preencheram os critérios exigidos (Gorenstein & Andrade, 1996; Gorenstein & Andrade, 1998).

The CORE Assessment of Psychomotor Change – Versão Traduzida

Se trata de um instrumento com 18 itens subdivididos em 3 escalas (escala de não-interatividade, escala de retardamento e escala de agitação) em que o entrevistador observa movimentos motores espontâneos do paciente durante entrevista de triagem e os quantifica. Cada item é pontuado em uma escala de 4 pontos, 0 indica ausência de alteração, 1-3 representa presença de alteração - em grau leve, moderado ou intenso, respectivamente. Um escore total de 8 ou mais indica depressão do subtipo melancólico. Alguns dos itens do instrumento são os seguintes: agitação motora, estereotipias verbais, atraso da resposta verbal, imobilidade facial e lentificação dos movimentos. A primeira parte da entrevista consiste na aplicação da escala HAM-D para depressão, seguida de questões abertas relevantes para a clarificação do fenômeno depressivo. O CORE deve ser aplicado após 20 minutos do início da entrevista já que a ansiedade inicial dos pacientes pode interferir nos itens a avaliar (Parker & Hadzi-Pavlovic, 1996).

Relato de Eventos Autobiográficos (Santos & Gomes, 1997)

É solicitado ao indivíduo que recorde e relate verbalmente três eventos autobiográficos específicos: 1) o evento mais surpreendente; e 2) o evento mais triste; 3) o evento mais feliz. É explicitado que uma recordação específica é aquela que possui localização temporal e espacial. Os relatos foram gravados em um gravador digital Sony ICD-PX312 2GB e importados para o software *Praat* para análise acústica.

Análises

Análise da Prosódia do Relato Verbal de Eventos Autobiográficos

Por evocar conteúdo emocional intenso e variado, o relato de eventos autobiográficos produz variações significativas nos parâmetros vocais prosódicos, possibilitando sua mensuração objetiva por meio de ferramentas computacionais (Cohen, Hong, & Guevara, 2010). A análise quantitativa desses relatos verbais foi realizada através do *software Praat*

(Boersma & Weenink, 1992), amplamente utilizado em estudos sobre psicopatologia (Cohen, Hong, & Guevara, 2010; Cohen, Alpert, Nienow, Dinzeo & Docherty, 2008; Mundt, Snyder, Cannizzaro, Chappie, & Geralts, 2007). O programa produz médias e gráficos para os parâmetros prosódicos relativos à totalidade do relato verbal ou a qualquer trecho selecionado pelo pesquisador.

Para cada relato de evento autobiográfico, foram calculados os principais parâmetros prosódicos descritos na literatura: 1) média da frequência fundamental do relato (em Hertz); 2) valor mínimo e valor máximo da frequência fundamental do relato, (em Hz); 3) amplitude da frequência fundamental (subtração entre o valor máximo da frequência fundamental e o valor mínimo da frequência fundamental do relato, em Hz), 4) média da intensidade vocal (volume, em Decibéis); 5) tempo de relato (em segundos); e 6) velocidade do relato (em palavras por segundo). A interação desses indicadores prosódicos com as demais variáveis do estudo (escore de depressão, escore de melancolia, etc.) foi analisada através do Programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0). A literatura atesta a utilidade da análise quantitativa da prosódia em diferentes campos da saúde mental – como o estudo da esquizofrenia (Alpert, Shaw, Pouget, & Lim, 2002), da doença de Parkinson (Schröder, Nikolova, & Dengler, 2010; Harel, Cannizzaro, & Snyder, 2004) e da depressão (Alpert, Pouget, & Silva, 2001; Mundt, Snyder, Cannizzaro, Chappie, & Geralts, 2007).

Análise da Coerência Narrativa do Relato Verbal de Eventos Autobiográficos

Os três relatos de eventos foram transcritos e posteriormente analisados utilizando o critério teorizado por Labov e Waletzky (1967) e operacionalizado por Baerger & McAdams (1999). Nesse modelo, quatro critérios para obtenção de coerência narrativa são avaliados com base em uma escala *Likert* de 1 a 5: 1) orientação (o quanto a narrativa descreve o contexto espaço-temporal e as pessoas presentes no evento); 2) encadeamento sequencial (o quanto existe uma descrição adequada da sequência de ações ocorrida no evento); 3) avaliação (o quanto existe um envolvimento emocional e avaliativo do narrador em relação ao evento relatado); e 4) integração (em que medida os diversos elementos da narrativa estão conectados uns aos outros). Os valores relativos a cada um desses critérios de coerência são somados e divididos por quatro (número total de critérios), fornecendo uma medida geral de coerência. Além disso, foi contabilizada a quantidade de palavras de cada relato, a fim de verificar possíveis correlações entre tamanho do relato e demais variáveis (frequência vocal, velocidade da narrativa, etc.).

Dois juízes avaliaram independentemente 60% dos relatos, atingindo 82% de concordância. Discordâncias foram resolvidas por discussões. O restante dos relatos foi codificado por um dos juízes.

Resultados

Para uma melhor compreensão das correlações, faz-se necessário apresentar os valores das principais variáveis investigadas (Tabela 1).

Tabela 1. *Valores mínimos, valores máximos, médias e desvios-padrão das variáveis (n = 17)*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Idade	28	70	47,6	10,45
BDI	24	55	39,4	8,81
Hamilton	15	36	24,8	4,91
Core (≥ 8 = melancolia)	0	20	7,93	5,83
Frequência (em Hertz)	83	297	177,47	35,38
Amplitude da Frequência (em Hertz)	26	214	124,71	52,44
Volume (em Decibéis)	71	79	74,12	2,78
Número de Palavras	24	195	72,25	53,89
Tempo do Relato (em segundos)	11,11	110,46	34,04	29,63
Velocidade do Relato (em palavras/seg.)	1,74	2,96	2,31	0,42
Coerência Narrativa	0,5	3,83	1,97	1,07

Não foram verificadas diferenças significativas de escore de depressão entre os grupos melancólico e não-melancólico (Tabela 2). Esse resultado excluiu a possibilidade de que as diferenças entre os grupos sejam explicadas em termos de diferenças de intensidade de depressão, justificando a investigação das características prosódicas e narrativas específicas aos subtipos de depressão melancólica e não-melancólica.

Tabela 2. *Índices de Depressão nos Grupos Melancólico e Não-melancólico (n = 17)*

		Desvio			
		Média	Padrão	Mínimo	Máximo
BDI	Grupo Melancólico	38,50	9,827	24	49
	Grupo Não-melancólico	40,43	8,121	28	49
Hamilton	Grupo Melancólico	26,38	5,069	22	36
	Grupo Não-melancólico	23,00	4,397	15	28

A tabela a seguir (Tabela 3) descreve as correlações estatisticamente significativas entre as variáveis ligadas à narrativa (prosódia e coerência narrativa) e variáveis ligadas à depressão (BDI e CORE).

Tabela 3. *Correlações entre variáveis narrativas (prosódia e coerência) e variáveis ligadas à depressão (BDI e CORE)*

Variáveis Narrativas	BDI	CORE
Quantidade de palavras do evento mais feliz	-0,597*	-0,245
Tempo do relato do evento mais feliz	-0,796**	-0,186
Escore médio de avaliações nos 3 eventos	-0,690**	-0,391
Velocidade do relato do evento mais feliz	0,722**	-0,054
Amplitude da frequência do evento mais triste	0,127	-0,604*
Amplitude média da frequência dos 3 eventos	0,100	-0,515*
Coerência narrativa do evento mais surpreendente	-0,337	-0,577**

**p < 0,01 *p < 0,05

A associação negativa entre CORE e amplitude da frequência (em Hertz) pôde ser ilustrada através de um gráfico que expõe a variação da frequência no relato de um paciente que pontuou 0 no CORE (Figura 1), seguido de um gráfico com a variação da frequência de um paciente que pontuou 15 no CORE (Figura 2). Os dois gráficos: 1) apresentam uma extensão similar (cerca de 30 segundos); 2) ressaltam os extremos (escore nulo *versus* escore alto de melancolia); e 3) ilustram a amplitude da frequência do evento mais triste (que obteve correlação de -0,6 com o CORE).

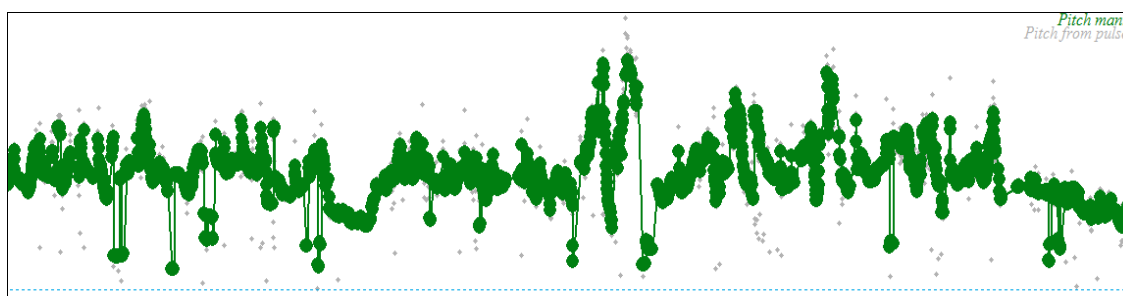


Figura 1. *Frequência fundamental no relato do evento mais triste de um paciente com CORE de 0 pontos*

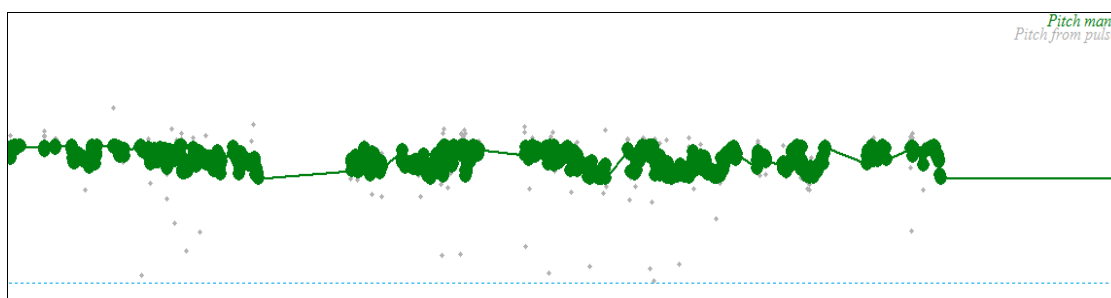


Figura 2. *Frequência fundamental no relato do evento mais triste de um paciente com CORE de 15 pontos*

Também houve correlação negativa marginalmente significativa do CORE com o escore médio de coerência narrativa dos três eventos ($r=-0,507$; $p=0,054$). Não foram constatadas diferenças significativas entre sexo quanto às diversas variáveis (coerência narrativa, frequência vocal, etc.).

Discussão

Dentre os achados do presente estudo, destacam-se a associação da intensidade de depressão com maior velocidade e menor extensão do evento feliz, bem como a diminuição na amplitude da frequência vocal associada à melancolia. Esses achados confirmam a expectativa de que a prosódia se encontra alterada na depressão, constituindo importante parâmetro para a diferenciação entre os subtipos melancólico e não-melancólico. A fim de organizar a discussão dos resultados, esta seção será dividida em duas partes: 1) relações entre intensidade de depressão e variáveis verbais (prosódia e coerência narrativa); e 2) relações entre escore de melancolia (CORE) e variáveis verbais (prosódia e coerência narrativa).

Relações entre intensidade de depressão, prosódia e coerência narrativa

Propõe-se uma compreensão integrada das correlações do BDI com: 1) quantidade de palavras do evento mais feliz (correlação negativa); 2) tempo de duração do relato do evento mais feliz (correlação negativa); e 3) velocidade do relato do evento mais feliz (correlação positiva). Esses achados parecem indicar que quanto maior a intensidade da depressão, menor a disposição para narrar o evento mais feliz – pois o relato se mostrou menor (em quantidade de palavras), mais breve (menor quantidade de tempo) e mais veloz em indivíduos com altos escores de depressão. É possível também que a menor disposição para o relato autobiográfico seja reflexo de uma dificuldade para recordar o evento mais feliz – devido à incongruência entre a valência afetiva da tarefa (felicidade) e o estado de humor deprimido.

A recordação congruente com o humor tem como característica um aumento na recordação de materiais com o mesmo tom afetivo do estado de humor atual (Pergher, Grassi-Oliveria, Ávila, & Stein, 2006). Desta forma, o estilo curto do relato autobiográfico em pacientes com altos escores de depressão pode indicar dificuldades na recordação de eventos que não sejam congruentes com a valência do humor atual. Esses resultados são coerentes com o estudo de Johnson, Petzel, Hartney e Morgan (1983), em que estudantes de graduação deprimidos recordaram mais de tarefas em que fracassaram, enquanto que estudantes não-deprimidos recordaram mais de tarefas em que obtiveram sucesso. Esse achado foi interpretado como decorrência do fenômeno da recordação congruente com o humor.

O escore de depressão do BDI associou-se negativamente com o escore médio de avaliações nos três eventos relatados. Dos quatro índices de coerência (orientação, ação, avaliação e integração), as proposições avaliativas são as que remetem mais diretamente a aspectos subjetivos, pois se referem às emoções e juízos avaliativos ligados ao evento relatado. Assim, a correlação indica que altos escores de depressão se associam a dificuldades na expressão emocional e avaliativa no processo de recordação autobiográfica.

Esse resultado concorda com os postulados de Hermans e Hermans-Janssen (1995), que referem a existência de um “processo bloqueado de valoração” na narrativa autobiográfica de pessoas com depressão. Para os autores, as situações cotidianas permitem uma variedade de experiências nas quais a valoração acompanha as mudanças inerentes às situações, originando uma grande variedade valorativa. Os pesquisadores verificaram que essa variedade valorativa encontra-se prejudicada em pessoas com depressão, as quais passam a produzir uma narrativa autobiográfica com uma estrutura rígida e uma temática recorrente: a desesperança (Hermans & Hermans-Janssen, 1995).

De forma semelhante, de Joormann (2010) propõe a existência de um déficit na utilização de processos de avaliação e resignificação de memórias na depressão, devido a falhas no mecanismo de regulação cognitiva responsável pela remoção do material negativo da memória de trabalho. O processamento prolongado de material negativo na memória de trabalho afetaria a memória de longo prazo, tornando cada vez mais difícil a avaliação e resignificação desses conteúdos (Joormann, 2010). Esse viés interpretativo contextualiza adequadamente a correlação negativa entre depressão (BDI) e avaliações no relato, explicando também a persistência de memórias dolorosas e crenças negativas inflexíveis na cognição do indivíduo deprimido.

Relações entre escore de melancolia (CORE), prosódia e coerência narrativa

É possível que o número reduzido de participantes tenha impossibilitado alcançar significância estatística no teste de diferenças entre o grupo com depressão melancólica e não-melancólica. Portanto, a interpretação das características de cada subtipo de depressão será discutida com base nas correlações obtidas. Assim, será possível averiguar que características prosódicas e narrativas se associam ao CORE, fazendo parte da configuração fenomênica específica à depressão melancólica.

A associação negativa entre o CORE e a amplitude da frequência (distância entre o valor máximo e mínimo da frequência do relato, em Hertz) confirma a expectativa de que haveria uma diminuição na entonação da fala em pacientes com depressão melancólica. Portanto, é possível que a lentificação na melancolia se expresse não só como retardo na movimentação motora, mas também como diminuição na movimentação da frequência da voz. Assim, a frequência vocal deixa de movimentar-se tanto para entonações mais agudas quanto para entonações mais graves, restringindo-se a uma pequena amplitude de variação em torno da média. Desta forma, a prosódia na melancolia se caracterizou por uma expressão vocal monótona (apática) e monotônica (pouca variação de tom).

A análise gráfica evidenciou esse achatamento na amplitude da frequência do paciente com alto score de melancolia (Figura 2). Em contraste, o gráfico do paciente com score nulo de melancolia (Figura 1) apresentou uma significativa movimentação da frequência vocal para baixo (diminuição de tom, tornando a voz mais grave) e para cima (aumento de tom, tornando a voz mais aguda). Esse movimento da entonação vocal reflete a intensidade e a variabilidade das emoções experienciadas durante a narrativa autobiográfica (Cohen, Hong & Guevara, 2010). Assim, o achatamento da amplitude da frequência vocal oferece suporte empírico para as teorizações acerca de um embotamento emocional na melancolia (Parker et al., 2010).

No estudo estudo de Alpert, Pouget e Silva (2001), prejuízos na fluência da fala mostraram-se associadas a indivíduos com episódios de depressão, enquanto alterações prosódicas de ênfase e inflexão (ligadas às variações na frequência vocal) mostraram-se associadas a indivíduos com um traço depressivo estável. Se considerarmos a melancolia em sua tradicional concepção etiológica – isto é, determinada por fatores biológicos estáveis –, conclui-se que o presente estudo corrobora as evidências de Alpert, Pouget e Silva (2001). Além disso, as alterações vocais observadas no presente estudo reafirmam a melancolia como uma desordem do movimento – não apenas no âmbito da movimentação motora, mas também da movimentação prosódica.

Além das alterações no movimento, a literatura tem documentado déficits cognitivos na depressão melancólica, com prejuízos na aquisição de memórias, flexibilidade mental e

formação de conceitos (Mahajan, Mahajan, & Kaur, 2011; Withall, Harris, & Cumming, 2010). O presente estudo sugere a existência de um déficit narrativo associado à melancolia, dada a correlação negativa entre CORE e coerência narrativa do evento mais surpreendente ($r=-0,577$), reforçada pela correlação marginalmente significativa do CORE com o índice médio de coerência narrativa dos três eventos ($r=-0,507$; $p=0,054$).

Greenberg & Rubin (2003) ressaltam que a habilidade narrativa é um importante processo cognitivo, com áreas cerebrais e redes neurais específicas. Esse processo cognitivo seria responsável por fornecer às sensações e memórias uma organização ligada à temporalidade e ao significado. Gazzaniga (1998) concorda com essa concepção, postulando a existência de um dispositivo no hemisfério esquerdo do cérebro – denominado módulo intérprete – com a função de organizar narrativas coerentes acerca dos acontecimentos.

Com base nesses pressupostos, é possível aventar a possibilidade dessa diminuição na coerência narrativa acarretar dificuldades na organização das memórias na depressão melancólica. Fragilidades na coerência narrativa autobiográfica costumam se associar a prejuízos no senso de identidade e na coesão entre os diversos eventos autobiográficos (Bruner, 1986/1997; Pasupathi, Mansour, & Brubaker, 2007) – o que poderia explicar a despersonalização observada em casos graves de melancolia. Nesses casos, os pacientes se sentem desconectados de suas próprias emoções e memórias, bem como do ambiente em que estão inseridos (Fuchs, 2005).

Conclusões

Em síntese, o escore de depressão associou-se a: 1) maior velocidade e menor extensão do relato do evento mais feliz, interpretados como decorrência da dificuldade de recuperar eventos incongruentes com o humor atual do paciente; e 2) déficit na expressão das emoções e avaliações nos três eventos, interpretado em termos de um prejuízo no mecanismo de regulação cognitiva responsável pela avaliação e ressignificação de memórias. A depressão melancólica, por sua vez, mostrou-se associada a: 1) diminuição na amplitude da frequência fundamental, configurando uma expressão vocal apática e monotônica; e 2) baixos escores de coerência narrativa no relato autobiográfico, os quais podem resultar em prejuízos na organização das memórias.

Verificou-se que prosódia se correlacionou de forma mais intensa com o escore de depressão (BDI). Esse resultado talvez seja decorrência de um forte bloqueio em recordar eventos de tonalidade afetiva positiva, determinando a menor extensão e maior velocidade do relato do evento mais feliz. Ressalta-se, porém, que as correlações entre prosódia e melancolia

(CORE) também revelaram consistência estatística, sustentando diferenças prosódicas entre subtipos de depressão quanto à amplitude da frequência fundamental.

Esses achados têm importantes implicações para o campo diagnóstico, pois evidenciam distintos déficits cognitivos, narrativos e prosódicos na depressão em geral e na depressão melancólica. Incentiva-se o desenvolvimento de estudos que: 1) ampliem o número de participantes, valendo-se também de delineamentos longitudinais a fim de fornecer maior consistência teórica e empírica às presentes conclusões; 2) investiguem os efeitos de técnicas terapêuticas específicas para cada subtipo de depressão, como o aprimoramento da coerência narrativa autobiográfica em pacientes com depressão melancólica; e 3) verifiquem se os indicadores prosódicos e narrativos se alteram no decorrer do tratamento da depressão.

Referências

- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 22, 106-115.
- Alpert, M., Pouget, E. R., & Silva, R. R. (2001). Reflections of depression in acoustic measures of a patient's speech. *Journal of Affective Disorders*, 66(1), 59-69.
- Alpert, M., Shaw, R. J., Pouget, E. R., Lim, K. O. (2002). A comparison of clinical ratings with vocal acoustic measures of flat affect and alogia. *J Psychiatr Res.*, 36, 347-353.
- Baerger, D. R., & McAdams, D. P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry* 9, 69-96.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck A. T., & Steer R. A. (2000). Beck Depression Inventory (BDI). In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al (eds). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, pp. 519-523.
- Boersma, P. & Weenink, D. (1992). PRAAT: doing phonetics by computer. <http://www.praat.org>.
- Bruner, J. (1997). *Realidade mental, mundos possíveis* (M. A. G. Domingues, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas (Original work published 1986).
- Buyukdura, J. S., McClintock, S. M., Croarkin, P. E. (2010). Psychomotor retardation in depression: Biological underpinnings, measurement, and treatment. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 35(2), 395-409.

- Cohen, A. S., Alpert, M., Nienow, T. M., Dinzeo, T. J., & Docherty, N. M. (2008). Computerized measurement of negative symptoms in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 42(10), 827–836.
- Cohen, A. S., Hong, S. L., & Guevara, A. (2010). Understanding emotional expression using prosodic analysis of natural speech: Refining the methodology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 41(2), 150-157.
- Fuchs, T. (2005). Corporalized and disembodied minds - A phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 12, 95–107.
- Gazzaniga, M. (1998) *The Mind's Past*. Berkeley, California: University of California Press.
- Gorenstein C, & Andrade L. (1996). Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz. J Med Biol Res*, 29, 453-457.
- Gorenstein, C. & Andrade, L. (1998). Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 245-250.
- Greenberg, D. L. & Rubin, D. C. (2003). The neuropsychology of autobiographical memory. *Cortex*, 39, 687-728.
- Hamilton, M. (2000). Hamilton Rating-Scale for Depression (HAM-D). In: Rush AJ, Pincus H. A., First M. B., et al (Eds.). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, pp. 526-529.
- Harel, B., Cannizzaro, M., & Snyder, P. J. (2004). Variability in fundamental frequency during speech in prodromal and incipient Parkinson's disease: a longitudinal case study. *Brain and Cognition*, 56, 24–29.
- Herman, D., & Steskal, J. (2007). Emotion Discourse as Design Heuristic: Creating Emotional Intelligence for Virtual Narrative Agents. Intelligent Narrative Technologies: *Papers from the 2007 AAAI Fall Symposium*. Technical Report FS-07-05. Eds. Brian Magerko and Mark Riedl. Menlo Park, CA: Association for the Advancement of Artificial Intelligence.
- Hermans, H.J.M., & Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-narratives: The construction of meaning in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Johnson, J. E., Petzel T. P., Hartney, L. M., & Morgan, R. (1983). Recall of importance ratings of completed and uncompleted tasks as a function of depression. *Cognitive Therapy Research*, 7, 51-6.
- Joormann, J. (2010). Inhibition and emotion regulation in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 161–166.

- Labov, W. (1972). The Transformation of Experience in Narrative Syntax. In W. Labov (Ed.), *Language in the Inner City* (pp. 354 – 96). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Labov, W. & Waletzky, J. (1967). Narrative analysis: oral versions of personal experience. *Journal of Narrative and Life History*, 7, 3-38.
- Leventhal, A. M., & Rehm, L. P. (2005). The empirical status of melancholia: Implications for psychology. *Clinical Psychology Review*, 25, 25-44.
- Mahajan, R., Mahajan, N.S., Kaur, D. (2011). Cognitive functions in depressed young adults with or without somatic syndrome. *J Mental Health Hum Behav.*,16, 33–36.
- Mateus, M. H. M (2004). Estudando a melodia da fala – traços prosódicos e constituintes prosódicos. *Palavras – Revista da Associação de Professores de Português*, 28, 79-98.
- Moraes, J. A. (1998). *Os fenômenos supra-segmentais no português do Brasil*. tese (Doutorado em Letras). PUC-RS, 19-23 outubro 1998, p. 1-29; 30-55.
- Moreno, R. A., & Moreno, D. H. (1998). Hamilton (HAM-D) and Montgomery & Asberg (MADRS) rating scales. *Rev Psiq Clín.*, 25(5), 262-72.
- Mundt, J. C., Snyder, P. J., Cannizzaro, M. S., Chappie K. L., & Geralts, D. S. (2007). Voice acoustic measures of depression severity and treatment response collected via interactive voice response (IVR) technology. *Journal of Neurolinguistics*, 20(1), 50-64.
- Parker, G. (2002). *Dealing with Depression: A Commonsense Guide to Mood Disorders*. Sydney: Allen & Unwin.
- Parker, G. (2003). Modern diagnostic concepts of the affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2003: 108 (Suppl. 418), 24-28.
- Parker G., Fink, M., Shorter, E., Taylor, M. A., Akiskal, H., Berrios, G., Bolwig, T., Brown, W. A. , Carroll, B., Healy, D., Klein, D. F., Koukopoulos, A., Michels, R., Paris, J., Rubin, R. T., Spitzer, R., & Swartz, C. (2010). Issues for DSM-5: Whither melancholia? The case for its classification as a mood disorder. *Am J Psychiatry* , 167, 745–747.
- Parker, G., and Hadzi-Pavlovic, D. (1996). *Melancholia: A Disorder of Movement and Mood. A Phenomenological and Neurobiological Review*, New York: Cambridge University Press.
- Pasupathi, M., Mansour, E., & Brubaker, J.R. (2007). Developing a life story: Constructing relations between self and experience in autobiographical narratives. *Human Development*, 50, 85-110.
- Pergher, G. K., Grassi-Oliveira, R., Ávila, L. M. & Stein, L. M. (2006). Memória, humor e emoção. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 5-12.

- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*, 31, 160 – 168.
- Roessler, R. & Lester, J. W. (1976). Voice predicts affect during psychotherapy, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 163(3), 166-76.
- Santos, M. M. S., & Gomes, W. B. (1997). Relações entre qualidades e quantidades no estudo da consciência pública e privada [Resumo]. *Salão de Iniciação Científica*, 10, Feira de Iniciação Científica, 7, 170. Porto Alegre: Ed. UFRGS.
- Schroder, C., Nikolova, Z. T., Dengler, R. (2010). Changes of emotional prosody in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences*, 289, 32-5.
- Snaith, R. P. (1996). Present use of the Hamilton Depression Rating Scale: observation on method of assessment in research of depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 594-597.
- Withall A, Harris LM, Cumming SR (2010): A longitudinal study of cognitive function in melancholic and non-melancholic subtypes of Major Depressive Disorder. *J Affect Disord* 123, 150-157.

Estudo III: Discriminating **melancholic** and **non-melancholic** depression
by rest-activity and light exposure parameters

*Luciano da Silva Alencastro, Daniel Fernando Fuchs, Marcelo Pio de Almeida Fleck,
William Barbosa Gomes, Rosa Levandovski, Maria Paz Loayza Hidalgo*

Abstract: This research aimed to evaluate the capacity of chronobiologic parameters (motor activity rhythm and light exposure) to discriminate between individuals with melancholic and non-melancholic depression. The sample was composed by 15 patients aging between 28 and 57 years ($46 \pm 8,73$; 13 female) with diagnostic of major depressive episode. The measurement of the severity of depressive symptoms was made using the HAM-D and BDI. The CORE instrument was used to assess melancholia. The motor activity was assessed by continuous actigraphy monitoring in all patients over a week. The mesor was significantly higher in the non-melancholic than in the melancholic group, indicating that the second group had lower motor activity. This finding confirms that psychomotor lentification is a core feature of melancholic depression. The most important chronobiological parameter to differentiate melancholic and non-melancholic depression was the level of nocturnal activity.

Keywords: depression; melancholia; actigraphy; motor activity.

Background

Depressed patients differ from normal and psychiatric comparison groups with regard to body movements, motor reaction time and motor activity (Sobin & Sackeim, 1997). In this context, psychomotor disturbance (PMD) has been described as an important symptom of depression, and has been recognized as a key feature of melancholic depression (Parker & Hadzi-Pavlovic, 1996; Schrijvers et al., 2008; Sobin et al., 1998). While current diagnose suggests major depressive disorder (MDD) is an homogeneous disorder that changes according to an index of severity, subtypes of depression are also defined on the basis of certain symptoms being present in one subtype, but not in other (Quinn, Harris, & Kemp, 2012). For instance, psychomotor retardation is characteristic of melancholic depression (Parker, Fink, Shorter et al., 2010). The historical controversy about the nature and definition of the melancholic subtype of depression has gained strength in preparation of the DSM-5 manual (Gili, Roca, Armengol, Asensio, Garcia-Campayo & Parker, 2012).

Non-melancholic depression is the most common type of depression (Parker & Manicavasagar, 2005). It is also referred to as ‘major depression’, ‘clinical depression’, and

‘mixed anxiety and depression’ and is characterized by depressed mood for more than two weeks (Parker & Manicavasagar, 2005). Individuals with non-melancholic depression tend to exhibit a decline in self-esteem, self-criticism, depressed mood, as well change in appetite, fatigue or sleep disturbance (Parker, 2002). Non-melancholic depression is associated with psychological processes that include personality styles which interact with life stressors (Parker & Manicavasagar, 2005). People with non-melancholic depression do not have the marked psychomotor disturbance seen in melancholic depression (Parker & Manicavasagar, 2005). Melancholic depression is generally characterized by non-reactivity of mood to circumstances, anhedonia, terminal insomnia, hypercortisolemia, diurnal mood variation (with worsening in the morning), cognitive impairment (with reduced concentration and working memory) and psychomotor disturbance (Fink & Taylor, 2007; Parker, Kathryn, Barret, Synnot, Breakspear et al., 2010; Parker, Fink, Shorter et al., 2010). The psychomotor disturbance is expressed as spontaneous agitation – defined by facial and motor agitation – or as retardation – defined by slowed movement and speech and immobility of face and body (Parker & Brotchie, 1992).

Of the different methods available to measure activity, actigraphy has been one of the most preferred methods to measure physical activity objectively (Attu, Rhebergen, Comijs, Parker, & Stek, 2012). Objective measurement of activity using body-worn accelerometers has been available in research settings for over 20 years, and accelerometers have been used extensively in research in a wide range of situations to measure daytime activity, sleep activity, light exposure and other chronotype features (Martin & Hakim, 2011; Matthews et al., 2012). One of the most important circadian theories for major depressive disorder suggested that the circadian pacemaker is misaligned with respect to the timing of sleep and the activity-rest rhythm (Ávila Moraes et al., 2013).

The literature highlights findings that depressive patients with melancholic features have lower rates of remission (Montes et al., 2004; McGrath et al., 2008). The present study proposed to combine the observational perspective of CORE (*The CORE Assessment of Psychomotor Change*) with the objectivity of actigraphy to evaluate differences between non-melancholic and melancholic depression. We assume that motor activity rhythm and light exposure could have different patterns between melancholic and non-melancholic depression. Thus, we designed a study to evaluate the capacity of chronobiologic parameters discriminate between subjects with melancholic and non-melancholic depression.

Methods

Sample characteristics

The investigation had a cross-sectional design and the study protocol is shown in Figure 1. The sample was composed by 15 patients aging between 28 and 57 (46 years \pm 8,73; 13 female). All the patients were referred to the Mood Disorders Program of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PROTHUM-HCPA). This program is characterized by being an outpatient tertiary care service with a focus on unipolar major depression. Most patients are referred to it because they have a severe or refractory depression. To be included in the sample, patients had to be experiencing a major depressive episode and agree to participate in the study. Exclusion criteria were a previous history of mania or hypomania, or inability to understand the research instruments. The CORE instrument was used to define two groups: the melancholic group (n=8) and the non-melancholic group (n=7). This study was conducted according to international ethical standards (Portalupi et al., 2010). The study protocol (number 11-0456 GPPG/HCPA) was approved by the Ethic Committee at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), and all participants signed an informed consent form.

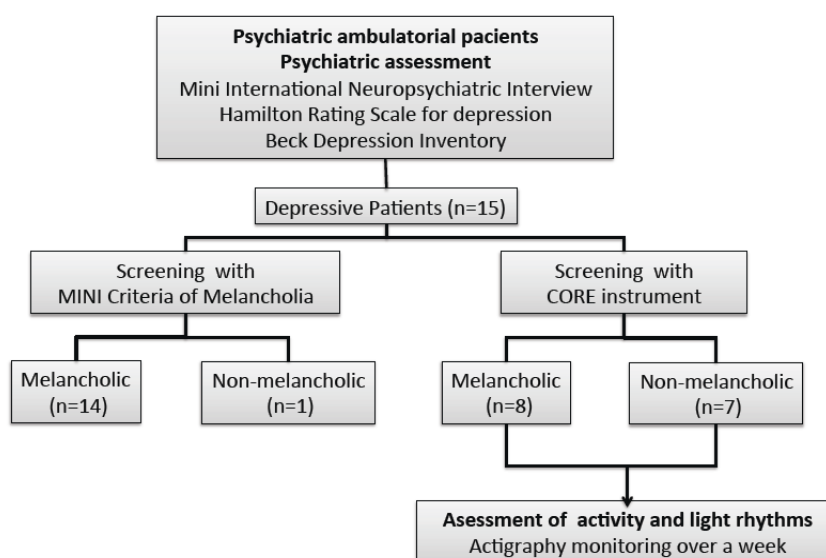


Figure 1. *Flowchart of the study*

Instruments

Assessment of psychiatric disorders

Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 5.0), Brazilian version (Amorim, 2000) - consists of a brief and accurate structured interview protocol for the diagnosis of psychiatric disorders according to DSM-IV and ICD 10 (Sheehan et al. 1998) criteria.

Assessment of depression

The HAM-D - Hamilton Rating Scale for depression - measures the severity of depressive symptoms and is composed of 21 questions, with the final score ranging from 0 to 62 (Hamilton, 1960). Patients with HAM-D scores of 11 to 17 were classified as having mild depression, 18 to 25 as moderate depression, and >25 as being in a severe depressive episode (Paykel, 1990).

The BDI - *Beck Depression Inventory* - is a self-report scale that can be used as a screening questionnaire to assess the cognitive, affective and somatic symptoms of depression (Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Díez-Manrique & Dowrick, 2000). The BDI includes 21 items; each response is assigned a score ranging from 0 (no symptoms of depression) to 3 (severe symptoms of depression). The total score ranges from 0 to 63. Total scores from 0 to 9 points indicate absence of, or minimal depressive symptoms, 10 to 18 points indicate mild depressive symptoms, 19 to 29 points indicate moderate depressive symptoms, and 30 to 63 points indicate severe depressive symptoms, as described previously (Beck & Steer, 2000).

Assessment of melancholia

Two definitions of melancholia were used. Firstly, DSM-defined melancholia as identified by the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 5.0), Brazilian version (Amorim, 2000). This instrument consists of a brief and accurate structured interview protocol for the diagnosis of psychiatric disorders according to DSM-IV and ICD 10 criteria (Sheehan et al. 1998). Some of the questions in the M.I.N.I. that evaluate melancholia are: ‘during the most severe period of the current depressive episode, did you lose almost completely your ability to enjoy nearly everything?’, ‘Did you feel depressed in a way that is different from the kind of feeling you experience when someone close to you dies?’, ‘Did you feel regularly worse in the morning, almost every day?’.

Secondly, the CORE defined melancholia by the measurement of psychomotor disturbance. *The CORE Assessment of Psychomotor Change* is an 18-item observational instrument that consists of three sub-scales: retardation, agitation and noninteractiveness (or cognitive impairment). This instrument was developed to assess psychomotor disturbance following a ‘trunk and branch’ model (Parker & Hadzi-Pavlovic 1996). The truncal ‘psycho’ component comprises components such as non-interactivity and impaired concentration, while branch items assess motor components of agitation and retardation. All items are rated as observed by an assessing clinician. Each item is scored on a 4-point scale, 0 indicating the absence of the feature, 1–3 representing the sign being present — to slight, moderate or marked degrees respectively. A CORE score greater than or equal to eight

indicates that the person is likely to suffer from melancholia. High reliability has been demonstrated in previous studies (Parker & Hadzi-Pavlovic, 1996; Rhebergen et al., 2011).

Assessment of activity and light rhythms

The rhythm variables (rest–activity cycle and light exposition) were assessed by continuous actigraphy monitoring in all patients over a week (7 days). The subjects wore actigraphs placed on the non-dominant wrist in order to assess agitation expressed by restlessness of upper limbs. The actigraph model used in this study was an Actiwatch-L® (Mini Mitter Company), which measures activity and ambient light exposure. Actiwatch is an activity monitor designed for long-term monitoring of gross motor activity in humans. It contains an accelerometer that is capable of sensing any motion with a minimal resultant force of 0.01 g and light sensing that records information about the amount and duration of ambient white light illuminance in units of lux. All communication with the actigraph is accomplished using an Actiwatch reader® (Mini Mitter Company) that is connected to a computer via an RS-232 Serial Port. The software used was the Actiware Sleep-Circadian Rhythm Analysis® (Mini Mitter Company). The data were converted into a .txt format that could be processed by the chronobiology program “El Temps”.

Data processing and analysis

Motor activity was first visually inspected by double-plotted graphs. The circadian rhythm was examined by Sokolove and Bushell’s (1978) periodogram which provides the period of the most significant rhythm and the percentage of variance (PV) explained by this rhythm. PV was used as a marker of the stability and prominence of the rhythm. Periods and PV were considered significant at a level of $p < 0.05$. Moreover, data from each patient was fitted to a cosinusoidal curve of a 24-hour rhythm (Cosinor analysis). This analysis provided the amplitude, mesor, and acrophase of the adjusted rhythm. The mean and standard errors of the daily acrophases were calculated. The mean daily profiles of the rhythm of each variable were calculated. From these profiles, we calculated the mean daily values of motor activity and light, as well as the diurnal and nocturnal mean values of each of the variables.

Statistical analysis

Categorical variables are expressed as percentage and frequency, and continuous variables are expressed as the mean \pm standard deviation. The χ^2 test, Student t test, Fisher exact test, or Mann-Whitney U test were applied according to the data distribution and the variable characteristics. The activity was measured by actigraphy and compared using Mann-

Whitney U-test for continuous nonparametric data. For all analyses, the statistical significance was set at $p < 0.05$, with a two-tailed hypothesis. The tests were performed using SPSS version 19.0.

Results

When patients were evaluated by the CORE, eight (53,33%) met the criteria for melancholia. By contrast, according to the DSM-IV criteria, 14 (93,33%) of patients were classified as meeting melancholia criteria.

The difference test showed that the total motor activity in the non-melancholic group was significantly higher than in the melancholic group ($p=0,043$). When the mean values for motor activity for day and night were calculated for the groups, nocturnal activity was significantly higher in the non-melancholic than in the melancholic group ($p=0,029$). We found no significant differences between the two groups regarding diurnal activity. This results are shown in Figure 2.

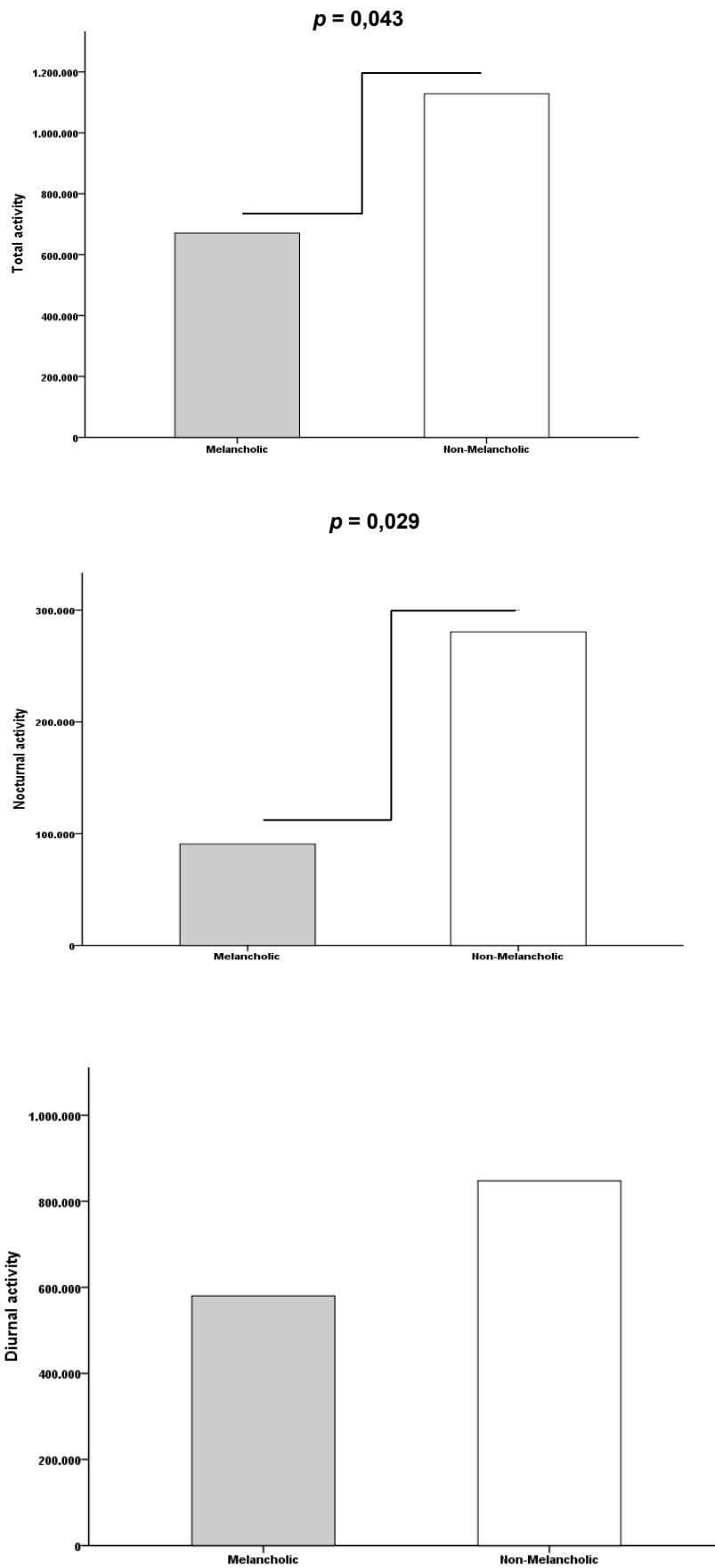


Figure 2. Values of total, nocturnal and diurnal activity for melancholic and non-melancholic groups

In the Cosinor analyses, used to estimate the activity rhythm, mesor was the only chronobiological parameter that discriminated the groups, and it was significantly higher in non-melancholic than in the melancholic group ($p=0,043$). This study did not find differences: 1) in acrophase and amplitude between the groups for activity or light; 2) in severity of depression between the two groups. The results of the difference tests are shown in Table 1. Finally, we did not find associations among chronobiological features and the 3 scales of CORE (retardation, agitation and noninteractiveness).

Table 1. *Mann-Whitney U-test of differences between melancholic and non-melancholic group*

	<i>U</i>	<i>p</i>	Means of melancholic group	Means of non-melancholic group	Mean difference
Total Activity	40	0,043*	670873,12	1128149,66	457276,54
Nocturnal Activity	41	0,029*	90704,50	280473,33	189768,83
Diurnal Activity	35	0,181	580168,62	847676,33	267507,71
Mesor	40	0,043*	996,68	1677,37	680,68
Acrophase	24	1,000	1160,38	1027,27	133,11
Amplitude	27	0,755	935,94	1162,58	226,64
BDI	25,5	0,852	38,5	39,16	0,66
Hamilton	19,5	0,573	26,37	23,33	3,04

*Mann-Whitney test; * $p < 0,05$*

Discussion

This study indicates that the most important chronobiological parameter to differentiate melancholic and non-melancholic depression is the level of activity during the night. The higher motor activity at night in the non-melancholic group is consistent with the idea that chronobiological disturbance is more characteristic of non-melancholic than of melancholic depression. This interpretation is in line with studies by Parker (2000) who suggests that non-melancholic depressions are mainly determined by serotonergic dysfunction - affecting sleep.

The literature has documented that serotonergic neurons play a vital role in the modulation of the onset and that maintenance of sleep, and sleep disturbance in depression is linked to alterations of serotonergic pathways (Moraes et al., 2011). Additionally, pharmacological studies have pointed serotonin as an agent of sleep. Non-melancholic subjects appear to increase 5-HT_{2C} receptor function in response to high cortisol, while the opposite is the case for melancholic subjects, indicating different abnormalities of serotonin in these subtypes of depression (Porter et al., 2004). Thus, this finding suggests that anomalies in the serotonergic system may play a crucial role in the circadian rhythm and may be an important element to explain the nocturnal agitation in non-melancholic group.

One alternative explanation for the higher motor activity at night that we have observed in this study may relate to anxiety, which has been consistently associated with non-melancholic depression (Parker et al., 1998; Whiffen, Parker, Wilhelm, Mitchell & Malhi, 2003). According to this perspective, the serotonergic dysfunction causes anxiety, that could be a contributory factor to insomnia and agitation at night.

In our study, the mesor discriminated melancholic from non-melancholic patients. This variable is an estimate of central tendency of the distribution of values of activity. The mesor was significantly higher in the non-melancholic than in the melancholic group, indicating that the second group has lower values of motor activity. In a previous study (Ávila Moraes et al., 2013), the amplitude values for activity discriminates the healthy group from the clinical patients with depression, indicating that circadian rhythms are influenced by depressive states. The present results are consistent with this view, adding the suggestion that differences in chronobiological pattern of melancholic and non-melancholic depression exist.

These findings confirm the hypothesis reported in the literature according to which psychomotor lentification is a core feature of melancholic depression (Parker & Hadzi-Pavlovic, 1996; Sobin et al., 1998). Further, the lower mesor of activity – accessed by actigraphy – indicates that motor retardation could be more consistently associated with melancholia than agitation, and could, therefore, be an important index of the differences between melancholic and non-melancholic depression.

It is important to emphasize that diurnal activity did not differentiate melancholic from non-melancholic patients. The clinical diagnostic of melancholia is predominantly based in diurnal features. So, probably this is one of the factors that influenced the clinical diagnostic and hindered the discrimination of patients, using the M.I.N.I criteria. Thus, actigraphy – assessing both diurnal and nocturnal activity – may be an important tool to differentiate types of depression, specially because nowadays there is no consensus about what is the best measure of melancholia. This study reveals a strong discordance between the diagnostic of

melancholia using the CORE measure or the DSM-IV criteria and evidences the difference existent in the construct of melancholia used by these two systems. This discordance is similar to the findings of previous studies (Joyce, Mulder et al., 2002; Caldieraro, Baeza, Pinheiro, Ribeiro, Parker & Fleck, 2012).

Assessment of psychomotor symptoms has been typically conducted using interviewer-rated scales based on observable signs, as CORE. Thus, the actigraphy approach to the assessment of chronobiological and motor patterns may contribute to the diagnosis of depression subtypes and may have important implications for research on the neurobiology, genetics and treatment of depression.

Finally, the findings of this study highlight that the crucial difference observed was a higher nocturnal activity in the non-melancholic group – a pattern that has not been documented in previous empirical works. Further studies would contribute greatly to the theory and practice by investigating if this pattern of motor activity at night was found due to a serotonergic deregulation in non-melancholic depression or due to other mechanisms.

Acknowledgements

This study was supported by FIPE/HCPA and LSA received financial support from CNPq.

References

Amorim, P. **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000; **22**: 106-115.

Attu, SD, Rhebergen, D, Comijs, HC., Parker, G. , & Stek, ML. **Psychomotor symptoms in depressed elderly patients: Assessment of the construct validity of the Dutch CORE by accelerometry.** *Journal of Affective Disorders* 2012; **137**: 146 – 150.

Ávila Moraes C, Cambras T, Diez-Noguera A, Schimitt R, Dantas G, Levandovski R, Hidalgo MP. **A new chronobiological approach to discriminate between acute and chronic depression using peripheral temperature, rest-activity, and light exposure parameters.** *BMC Psychiatry* 2013;**13**:77.

Beck AT, & Steer RA. Beck Depression Inventory (BDI). In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al (eds). **Handbook of Psychiatric Measures.** Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 2000.

Caldieraro MA, Baeza FL, Pinheiro DO, Ribeiro MR, Parker G, Fleck MP. **Clinical differences between melancholic and nonmelancholic depression as defined by the CORE system.** *Compr Psychiatry* 2013; **54**(1):11-5.

Fink M, Taylor MA. **Resurrecting melancholia.** *Acta Psychiatr Scand* 2007; **115**: 14–20.

Gili M, Roca M, Armengol S, Asensio D, Garcia-Campayo J, Parker G. **Clinical patterns and treatment outcome in patients with melancholic, atypical and non-melancholic depressions.** *PLoS One.* 2012; **7**(10):e48200.

Hamilton M. **A rating scale for depression.** *J Neurol Neurosurg Psychiatry* **1960**; **23**:56-62.

Joyce, P. R., R. T. Mulder, et al. **Melancholia: definitions, risk factors, personality, neuroendocrine markers and differential antidepressant response.** *Aust N Z J Psychiatry* 2002; **36**(3): 376-383..

Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS. **The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depression.** *Psychiatric Clinics of North American* 2002, **25**: 658–698

Lasa L, Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique FJ, Dowrick CF. **The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis.** *J Affect Disord* 2000, **57**:261-5.

Martin, JL, Hakim, AD. **Wrist actigraphy.** *Chest*, 2011, **139**:1514-1527.

Matthews RW, Ferguson SA, Zhou X, Kosmadopoulos A, Kennaway DJ, Roach GD. **Simulated driving under the influence of extended wake, time of day and sleep restriction.** *Accid. Anal. Prev.* 2012; **45**: 55–61.

McGrath PJ, Khan AY, Trivedi MH, Stewart JW, Morris DW, et al. **Response to a selective serotonin reuptake inhibitor (citalopram) in major depressive disorder with melancholic features: a STAR*D report.** *J Clin Psychiatry* 2008; **69**:1847–55.

Montes JM, Ferrando L, Saiz-Ruiz J. **Remission in major depression with two antidepressant mechanisms.** *J Affect Disord.* 2004;**79**(1-3): 229-34.

Moraes WAS, Burke PR, Coutinho PL, Guilleminault C, Bittencourt AG, Tufik S, Poyares D. **Sedative antidepressants and insomnia.** *Rev Bras Psiquiatr.* 2011; **33**(1):91-5.

Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Roussos J, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP, Hickie I, Gladstone G, Eyers K. **Non-melancholic depression: the contribution of personality, anxiety and life events to subclassification.** *Psychol Med.* 1998; **28**(5):1209-19.

Parker G, Manicavasagar V. **Modelling and managing the depressive disorders - A clinical guide.** Cambridge University Press, New York, 2005.

Parker G. **Dealing with Depression: A Commonsense Guide to Mood Disorders.** Sydney, Allen & Unwin, 2002.

Parker G. **Classifying depression: should paradigms lost be regained?** *Am J Psychiatry* 2000; **157**(8): 1195-1203.

Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Boyce P, Wilhelm K, Brodaty H, Mitchell P, Hickie I, Eyers K. **Classifying depression by mental state signs.** *British Journal of Psychiatry* 1990; **157**: 55-65

Parker G, Brotchie H. **Psychomotor change as a feature of depressive disorders: an historical overview.** *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1992; **26**:146-155.

Parker G, Kathryn F, Barret M, Synnot H, Breakspear M, et al. **Inching toward Bethlehem: Mapping melancholia.** *J Affect Disord* 2010; **123**: 291–298.

Parker G, Fink M, Shorter E, Taylor MA, Akiskal H, Berrios G, Bolwig T, Brown WA, Carroll B, Healy D, Klein DK, Koukopoulos A, Michels R, Paris J, Rubin RT, Spitzer R, Swartz C. **Whither melancholia? The case for its classification as a distinct mood disorder.** *Am J Psychiatry* 2010;**167**:745-7.

Parker G, Hadzi-Pavlovic D. **Melancholia: A Disorder of Movement and Mood. A Phenomenological and Neurobiological Review.** Cambridge University Press, New York, 1996.

Paykel ES. **Use of the Hamilton Depression Scale in general practice.** *Psychopharmacol Ser* 1990; **9**:40-7.

Portaluppi F, Smolensky MH, Touitou Y. **Ethics and methods for biological rhythm research on animals and human beings.** *Chronobiol Int* 2010, **27**:1911-29.

Porter RJ, Gallagher P, Watson S, Young AH. **Corticosteroid-serotonin interactions in depression: a review of the human evidence.** *Psychopharmacology (Berl)* 2004; **173**:1–17.

Quinn C, Harris A, Kemp A. **The Interdependence of Subtype and Severity: Contributions of Clinical and Neuropsychological Features to Melancholia and Non-melancholia in an Outpatient Sample.** *Journal of the International Neuropsychological Society* 2012; **10**:1-9.

Rhebergen D, Rouwenhorst A, Comijs HC, Dols A, Beekman ATF, Terwee CB, Arts D, Stek ML. **The inter-rater reliability of the Dutch version of the core. A validation study conducted among depressed elderly in-patients.** *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2011; **53** (1): 49–55.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. **The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10.** *J Clin Psychiatry.* 1998; **59**: 22-33.

Schrijvers D, De Bruijn ERA, Maas Y, De Grave C, Sabbe BG, & Hulstijn W. **Action monitoring in major depressive disorder with psychomotor retardation.** *Cortex* 2008; **44**: 569-579.

Sobin C, Mayer L, Endicott J. **The motor agitation and retardation scale: a scale for the assessment of motor abnormalities in depressed patients.** *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1998;**10**(1):85–92.

Sobin C, Sackeim, HA. **Psychomotor symptoms of depression.** *Am J Psychiatry* 1997; **154**:4–17

Sokolove PG, Bushell WN. **The chi square periodogram: its utility for analysis of circadian rhythms.** *J Theor Biol* 1978; **72**:131-60.

Whiffen VE, Parker GB, Wilhelm K, Mitchell PB, Malhi G. **Parental care and personality in melancholic and nonmelancholic depression.** *J Nerv Ment Dis.* 2003;**191**(6):358-64.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Principais Conclusões

A presente investigação pôs em evidência a pertinência do estudo do impacto dos tipos de afeto na narrativa e memória autobiográfica. Delineamentos de pesquisa que incluam o estudo simultâneo de diferentes tipos de afeto podem refinar o tradicional escopo de investigação – voltado quase exclusivamente ao estudo do humor (ansiedade, depressão, etc.) e suas relações com processos cognitivos (memória, atenção, etc.).

Destacamos a relevância dos prejuízos cognitivos identificados na presente tese, os quais auxiliam na compreensão do estilo de recordação na depressão e das crenças advindas desse viés mnemônico. O “mecanismo de evitação/inibição mnemônica” (evidenciado no Estudo I) buscaria reduzir o contato com o afeto negativo associado a eventos dolorosos, fazendo com que o indivíduo deprimido só consiga relatar eventos pouco detalhados em seu cenário (pessoas, espaço físico, etc.) e pouco específicos em sua localização temporal. O Estudo II evidenciou um déficit na expressão das emoções e avaliações no relato autobiográfico do indivíduo deprimido, prejuízo interpretado como decorrência de falhas no mecanismo de regulação cognitiva responsável pela avaliação e ressignificação de memórias. Assim, é possível que a inespecificidade na recordação de eventos e a dificuldade de ressignificação de experiências sejam mecanismos cognitivos basais na depressão, explicando a persistência de memórias dolorosas, crenças negativas inflexíveis e atribuições de sentido generalizadas.

A comparação dos resultados dos Estudos II e III evidencia um padrão global de diminuição na movimentação em pacientes com depressão melancólica. Esse padrão foi observado tanto na diminuição da movimentação da frequência vocal mensurada pelo software *Praat* quanto na diminuição da movimentação corporal mensurada pela actigrafia. Esse achado sugere que a lentificação na melancolia atinge diferentes ritmos humanos, reforçando a concepção de que o retardo psicomotor é um critério crucial para a identificação da depressão melancólica. Desta forma, a convergência entre achados vocais e motores oferece sustentação empírica para diferenciação entre os subtipos de depressão melancólica e não-melancólica.

É importante ressaltar que o presente trabalho revelou instigantes resultados ainda não descritos na literatura. O estado afetivo (irritação, medo) foi o único tipo de afeto capaz de prever a variação da coerência narrativa nos relatos autobiográficos, contradizendo expectativas de que afetos mais prolongados (como a depressão) teriam maior impacto em

variáveis narrativas. Além disso, constatou-se que o parâmetro cronobiológico mais efetivo na diferenciação entre os dois subtipos de depressão foi o nível de atividade motora durante a noite – maior entre pacientes com depressão não-melancólica. Esses resultados podem representar interessantes frentes de investigação futura, contribuindo para o preenchimento de lacunas teórico-empíricas no estudo dos afetos e da depressão.

Na concepção metodológica desta tese esteve presente a preocupação em combinar diferentes abordagens, integrando a subjetividade da perspectiva de primeira pessoa (relato autobiográfico escrito e verbal) e a objetividade de ferramentas tecnológicas (software *Praat* e actigrafia). A variedade de dados gerados a partir dessas ferramentas e tarefas ofereceu acesso privilegiado aos domínios cognitivo, afetivo, narrativo, vocal e motor da depressão, possibilitando a observação de convergências entre essas diferentes dimensões. A compreensão integrada desses domínios representa um esforço para alcançar avanços teóricos e metodológicos capazes de abarcar a complexidade da depressão, contribuindo também para obtenção de parâmetros consistentes para a diferenciação entre depressão melancólica e não-melancólica.

Limitações da Investigação

Dado o reduzido número de participantes, ressalta-se a impossibilidade de generalização dos resultados obtidos. A fim de diminuir os efeitos desse tipo de limitação, buscou-se: 1) um constante diálogo das evidências obtidas com os achados empíricos descritos na literatura, promovendo maior contextualização dos resultados; 2) considerar como relevantes apenas os indicadores quantitativos com destacada consistência estatística.

Outra importante limitação refere-se à incipiência na investigação conjunta de variáveis narrativas, vocais e motoras na depressão e seus subtipos. Assim, tanto as dificuldades conceituais/operacionais peculiares ao campo quanto a limitação do número de participantes determinaram o caráter exploratório desta pesquisa. Apesar desses obstáculos, foi possível obter evidências empíricas instigantes, o que incentiva novos estudos com maior número de participantes para o acesso às referidas variáveis.

ANEXO A

ESCALA DE AFETO POSIVO E NEGATIVO – PANAS

A seguir você vai encontrar uma lista de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e depois marque a resposta adequada no espaço ao lado da palavra. Indique até que ponto você tem se sentido desta forma no dia de hoje.

- 1=nem um pouco**
2=um pouco
3=moderadamente
4= bastante
5=extremamente

aflito	forte
amável	hostil
amedrontado	humilhado
angustiado	impaciente
animado	incomodado
apaixonado	inquieto
apreensivo	inspirado
arrojado	interessado
assustado	irritado
chateado	medroso
cuidadoso	nervoso
culpado	orgulhoso
decidido	perturbado
delicado	poderoso
determinado	preocupado
dinâmico	produtivo
envergonhado	rancoroso
entusiasmado	tímido
estimulado	vigoroso
excitado	zeloso

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Relações entre afeto, indicadores de depressão, coerência e especificidade de eventos na narrativa autobiográfica.

NOME DA INSTITUIÇÃO: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ao assinar este documento, estou consentindo em participar do estudo realizado pelo pesquisador Luciano da Silva Alencastro, que tem como objetivo investigar se existe relação entre a forma com que os eventos de vida são narrados e as várias dimensões com que o afeto é vivenciado (estados afetivos, como a raiva; humor, como a depressão; e traço de personalidade, como o neuroticismo). Desta forma, será investigado: 1) as relações da especificidade e coerência narrativa de eventos com indicadores de depressão; 2) as relações entre especificidade de eventos e estados afetivos (raiva, medo, etc.); 3) as relações entre especificidade de eventos e neuroticismo; 4) as relações entre coerência narrativa de eventos e estados afetivos; e 5) as relações entre coerência narrativa de eventos e neuroticismo.

Declaro ter recebido uma explicação clara e completa sobre as tarefas que participarei, as quais envolvem o relato de eventos de vida e o preenchimento de questionários avaliando as várias formas com que o afeto é vivenciado. O tempo total previsto para a realização dessas tarefas é de aproximadamente 40 minutos.

1º Foi explicada a justificativa e o objetivo da presente pesquisa.

2º Foi explicado o procedimento que será utilizado, bem como os instrumentos que serão aplicados.

3º Estou ciente de que poderei interromper a realização das tarefas quando desejar, assim como não sou obrigado a responder todas as questões propostas.

4º Participarei desta pesquisa sem qualquer ônus financeiro para mim.

5º Caso eu apresente desconforto durante as tarefas, estou ciente de que o pesquisador (psicólogo) interromperá o procedimento e avaliará a necessidade de encaminhamento para serviços de atendimento psicológico.

6º A minha assinatura neste documento dará autorização ao pesquisador para utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, respeitando as prerrogativas de sigilo e preservação de identidade inerentes a pesquisas científicas.

7º Assino o presente documento, em duas vias de igual teor, ficando uma em minha posse.

A presente pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o qual se encontra à disposição ao telefone (51) 3308-5698. Para quaisquer esclarecimentos, o pesquisador Luciano da Silva Alencastro e seu orientador William B. Gomes colocam-se a disposição aos telefones (51) 98886652 e (51) 33085105.

Nome**Data****Assinatura do Participante**

Assinatura do Pesquisador

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (HCPA)

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre depressão, atividade motora e verbal. Esta pesquisa tem como objetivo investigar se há diferenças quanto a características vocais (frequência, volume e velocidade da fala) e características motoras (nível de atividade motora) nas diferentes formas que a depressão pode se apresentar. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração para responder algumas questões e a seguir para fazer alguns testes. Nesses testes, iremos lhe solicitar que fale em um microfone e faremos uma análise com um programa de computador para avaliar a velocidade, o volume e as variações de sua fala. Também serão analisados os seus movimentos ao longo do dia através de um aparelho que avalia a quantidade de movimentos realizados. Você responderá a alguns questionários em que estaremos avaliando características de seus sintomas e aspectos de sua vida que serão anonimamente utilizados para fins de pesquisa. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua saúde física e sua vida emocional. Esta pesquisa ocorrerá em 2 etapas. A primeira etapa corresponde à realização dos testes descritos anteriormente. Na segunda etapa, estes testes serão realizados novamente 6 meses depois da primeira coleta a fim de analisar as mudanças nas características da voz e do movimento. Esses procedimentos não envolvem nenhum risco e nenhum desconforto maior e sua colaboração nos ajudará a entender melhor esses processos em pessoas que tem o tipo de problema que você tem.

O grupo coordenador desta pesquisa pertence ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e tem como responsável o Dr. Marcelo Fleck (fone HCPA: 51 3316.8413).

Gostaríamos de deixar claro que o(a) senhor(a) deve ter toda a liberdade para sair desta pesquisa a qualquer momento ou negar-se a participar dela se assim desejar. A desistência de participar dessa pesquisa não influenciará na continuidade de seu tratamento para depressão nesse ambulatório. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo(a) senhor(a) serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Este documento será assinado em duas vias, ficando uma das vias com você e outra com o pesquisador. Ao assinar este documento você estará declarando que o leu e compreendeu e que concorda em participar desse estudo.

Data: ____/____/20__

Nome do(a) paciente: _____

Assinatura: _____

Nome do(a) pesquisador(a): _____

Assinatura: _____