

Psicoterapia das depressões

Sidnei Schestatsky¹ e Marcelo Fleck¹

Resumo

Os autores examinam o status atual das psicoterapias no tratamento das depressões, principalmente das quatro formas melhor testadas empiricamente nos últimos 10 anos: psicoterapia interpessoal, psicoterapia cognitiva e comportamental, e psicoterapia psicodinâmica breve. São descritos os principais estudos de eficácia dessas psicoterapias assim como uma revisão metaanalítica sobre o assunto. Conclui-se que já há sólidas evidências de bons resultados nas depressões ambulatoriais e unipolares quando tratadas por intervenções psicossociais, combinadas ou não com farmacoterapia.

Descritores

Psicoterapia; depressões; eficácia dos resultados

Abstract

It is examined the present status of psychotherapeutic treatment of depression, specially the impact of the four types of psychotherapy best empirically tested for the past 10 years: interpersonal therapy, cognitive and behavioral therapies, and brief psychodynamic therapy. Both the main efficacy studies of those therapies as well as a meta-analytic review of their results are described. The conclusion is that there are already strong evidences of good outcome when ambulatorial unipolar depression is treated by psychosocial interventions, alone or in combination with pharmacotherapy.

Keywords

Psychotherapy; depression; efficacy of outcomes

Introdução

A última década deste século, homenageada em certos círculos como a “década do cérebro”, se aproxima do seu fim confirmando, em parte, várias das expectativas nela depositadas, como o expressivo desenvolvimento das neurociências e a consolidação da chamada revolução nas ciências cognitivas, consideradas por alguns autores,¹ como “a nova ciência da mente”. O que talvez não fosse tão esperado é que este mesmo período marcasse, igualmente, o ressurgimento científico das psicoterapias, ou mais amplamente das intervenções psicossociais, como técnicas efetivas no tratamento e/ou manejo de várias psicopatologias, incluindo até suas formas mais graves, como a esquizofrenia.^{2,3} Mas foi sobretudo na área das depressões que nos últimos 10 anos se realizaram os estudos maiores e melhores controlados metodologicamente, sobre a eficácia de pelo menos 4 tipos de psicoterapia: cognitiva, comportamental, interpessoal e psicodinâmica. Os objetivos desta revisão são resumir parte

desses resultados mais significativos, e descrever, mais detalhadamente, alguns dos aspectos técnicos da psicoterapia interpessoal para as depressões, considerada em vários centros acadêmicos americanos (e de outros lugares do mundo), surpreendentemente,* como uma técnica ainda experimental e com um lugar algo indefinido nos programas de treinamento das residências psiquiátricas daquele país.⁴

Tipos de psicoterapia testados na depressão

Serão feitos breves resumos das formas mais estudadas para o tratamento da depressão,⁵ antes de se discutir estes estudos propriamente ditos. Na *psicoterapia comportamental* os modelos mais freqüentemente praticados são os de autocontrole e o de treinamento de habilidades sociais. Assume-se que a depressão e os reforços sejam fenômenos relacionados, e que os déficits nas habilidades sociais contribuam para a incapacidade do paciente de obter os reforços positivos disponíveis no ambiente social e/ou de lidar com as adversidades do cotidia-

* É surpreendente no sentido de que os resultados da eficácia da psicoterapia interpessoal no tratamento da depressão unipolar ambulatorial estão disponíveis há pelo menos 10 anos, desde as publicações dos resultados sobre o tratamento das depressões do NIMH.²²

1. Professores Adjuntos do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS e Coordenadores do Programa de Atendimento aos Transtornos de Humor (Prothum) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

no. Há quatro elementos básicos nesta terapia: análise funcional do contexto dos sintomas, monitoração e planejamento de atividades com o paciente, manejo de experiências aversivas e desenvolvimento de habilidades sociais.

O modelo de Beck⁶ é o mais pesquisado na *psicoterapia cognitiva*. Pacientes deprimidos expressariam “pensamentos automáticos negativos” sobre si mesmos, seu mundo e seu futuro. Beck notou que essas cognições negativas se mantinham por meio de um modelo distorcido de processar informações, criando um círculo vicioso, em que o afeto deprimido aumentava a intensidade dos pensamentos negativos que, por seu turno, aumentavam os distúrbios afetivos, cognitivos e comportamentais. As cognições negativas surgiram da ativação de crenças disfuncionais subjacentes, aprendidas, construídas e mantidas, de forma inconsciente, desde a infância. A característica essencial desta terapia é o uso de uma abordagem colaborativa, de “testagem” das hipóteses distorcidas do paciente. Os sintomas agudos da depressão são enfrentados com o uso de técnicas comportamentais e verbais (identificação, enfrentamento e desafio das cognições negativas). Mais adiante, as intervenções têm como alvo desafiar as crenças disfuncionais mais arraigadas e assim, tentar diminuir a vulnerabilidade do paciente a episódios futuros. A adição de técnicas comportamentais às estratégias cognitivas faz com que freqüentemente se associe ambos os modelos e se fale em uma psicoterapia cognitivo-comportamental (PCC) para a depressão.

As *psicoterapias psicodinâmicas breves* tradicionais⁷⁻¹¹ têm em comum a concepção da depressão como um fracasso adaptativo resultante de conflitos intrapsíquicos, e mais modernamente, de distúrbios relacionais. Ao invés de se dirigirem aos sintomas depressivos em si mesmos, elas têm como objetivo usar a relação terapêutica para investigar e esclarecer esses conflitos precoces, principalmente os relacionados com problemas de privação, proximidade e intimidade afetivas. Os diversos formatos dessas psicoterapias compartilham pelo menos uma ou mais das seguintes características: foco centralizado em temas de perdas e separação, seleção de pacientes altamente motivados, e ênfase relativa nas interpretações transferenciais e na elaboração da raiva e pesar pela terminação sempre iminente da terapia.

Mais recentemente, Luborsky¹² desenvolveu um manual do que chamou de psicoterapia suportiva-expressiva para a depressão (SE-D), que difere consideravelmente da imagem comum da psicoterapia psicanalítica tradicional. Além de ser breve (16 a 20 sessões), o terapeuta mostra-se mais ativo, o foco transferencial é mais limitado, e o acento tônico maior se dá nos processos desadaptativos dos relacionamentos interpessoais do paciente. No dizer de Connolly e cols,¹³ “enquanto a psicanálise envolve a interpretação sistemática da transferência de padrões distorcidos que emergem na relação terapêutica, a SE enfoca a investigação de temas transferenciais nos relacionamentos dos pacientes fora do consultório”.

Psicoterapia interpessoal

A psicoterapia ou terapia interpessoal (TIP) é um tratamento de tempo limitado, planejado especificamente para tratar a fase

aguda das depressões maiores, unipolares e não-psicóticas, e que foi desenvolvido e testado através de testes clínicos randomizados por Gerald Klerman e colaboradores, que publicaram seu manual em 1984.¹⁴ A TIP foi introduzida no treinamento dos residentes de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre desde o início da década de 90, por um dos autores deste artigo (S.S.), fazendo parte atualmente das técnicas terapêuticas padrão, combinada ou não com psicofármacos, do seu Prothum.

Baseada principalmente nas idéias da escola interpessoal de psicanálise de Sullivan,¹⁵ nos estudos sobre o luto de Freud,¹⁶ e na Teoria do Apego de Bowlby,¹⁷ a TIP não considera os fatores interpessoais como causa da depressão. Conceitua a depressão como um fenômeno complexo e multideterminado, que deve ser objeto de investigações científicas em várias áreas do conhecimento.^{18,19} No entanto, parte do princípio de que a depressão ocorre num contexto social e interpessoal e seu início, resposta ao tratamento e prognóstico são influenciados pelas relações interpessoais do paciente deprimido com suas pessoas significativas. Utiliza a conexão entre os fenômenos interpessoais atuais e os sintomas depressivos como um foco de tratamento, e lida, de um modo geral, com relações interpessoais mais atuais e não tanto das passadas, auxiliando o paciente a manejar de forma mais adequada os problemas interpessoais que estejam associados ao início ou manutenção do episódio depressivo, seja qual for sua duração ou natureza.^{20,21}

A TIP procura concentrar como foco do tratamento uma *área-problema*. São quatro as áreas-problema freqüentemente encontradas nos pacientes deprimidos, e como tal assim definidas pela TIP: 1. *Luto* (perda por morte); 2. *Disputas interpessoais* (com parceiro, filhos, outros membros da família, amigos, companheiros de trabalho); 3. *Mudança de papéis* (novo emprego, saída de casa, término dos estudos, mudança de casa, divórcio, mudanças econômicas ou outras mudanças familiares); 4. *Déficits interpessoais* (solidão, isolamento social).

Essas áreas podem estar combinadas, mas preferencialmente uma, ou, no máximo duas, devem ser eleitas como foco, priorizando-se as mais diretamente relacionadas com o desencadeamento do episódio depressivo atual. A TIP está estruturada para, em geral, ser realizada em 16 sessões, com freqüência semanal.

Fases da terapia interpessoal

• Sessões iniciais

Correspondem às três sessões iniciais, em que é colhida a história psiquiátrica, com ênfase no diagnóstico da depressão através dos critérios das classificações vigentes. A seguir é atribuído o “papel de doente” ao paciente, sendo-lhe explicado o que é a depressão e agrupado os seus diferentes sintomas como sendo componentes desta síndrome. A atribuição do papel de doente visa aliviar o paciente de obrigações sociais usuais, percebidas como acima de suas capacidades durante o episódio depressivo, evitando que se sinta ainda mais culpado por não poder desempenhar-se como antes da doença.

Uma importante tarefa desta fase é a elaboração do *inventário das relações interpessoais*. Este inventário consiste na identificação das relações interpessoais mais significativas na vida do paciente e as características dessas relações em termos de

padrões de interação, expectativas, aspectos satisfatórios e insatisfatórios, desejos de mudança de comportamentos na sua pessoa e na do outro, padrões de comunicação verbal e não-verbal. O terapeuta, então, relaciona a depressão do paciente a sua situação interpessoal, dentro das quatro áreas-problema citadas: luto, disputas de papéis, transição de papéis e déficits interpessoais. Nesta etapa, é discutida a necessidade de se associar medicação, baseando-se nos sintomas do paciente, resposta a tratamentos prévios e suas preferências, pesando-se as potenciais vantagens e desvantagens desta combinação.

• *Sessões intermediárias*

Nas sessões intermediárias as áreas-problema são investigadas a partir dos objetivos e estratégias definidos no manual desenvolvido pelos autores da técnica.¹⁴ No luto, considerado como uma reação não-normal após a morte de alguém amado, a função do terapeuta é facilitar a expressão dos sentimentos associados e auxiliar o paciente a encontrar, gradualmente, novas atividades e relacionamentos, visando uma melhor elaboração da perda. No caso das *disputas de papéis*, o terapeuta ajuda o paciente a examinar as características da relação e a natureza da disputa, a fim de verificar a possibilidade ou da resolução dos conflitos presentes, ou da relação ter chegado a um impasse, ou de ter atingido um estágio de irreversibilidade, com um rompimento inevitável, e a necessidade de busca de outras alternativas. *Transição de papéis* é uma área-problema que inclui as mudanças importantes de estilos de vida, como o início ou fim de uma carreira profissional, aposentadoria, promoção de emprego, diagnóstico de alguma doença grave. O tratamento visa auxiliar o paciente a lidar com a mudança, reconhecendo de forma mais realista os aspectos negativos e positivos do novo e do velho papel. A quarta área-problema é denominada de *deficits interpessoais* naqueles pacientes com grandes dificuldades nas habilidades sociais, incluindo as de iniciar e manter relações interpessoais. Como estes pacientes raramente construíram relações interpessoais importantes atuais, o foco do tratamento recai ou sobre relações passadas, ou, freqüentemente, sobre a relação com o terapeuta e, logo que possível, sobre o início da formação de novas relações.

• *Sessões finais*

A fase final dura poucas sessões, centrando-se no estímulo ao paciente de reconhecer e consolidar seus progressos, bem como desenvolver a capacidade de identificar e lidar com novos sintomas depressivos, caso apareçam, no futuro.

Terapia Interpessoal de Manutenção (TIP-M)

A depressão é uma doença que tende a ser recorrente. Com isso, os tratamentos de manutenção, destinados a evitar recidivas, têm atualmente crescido muito em importância. O tratamento psicoterápico de manutenção é uma alternativa importante quanto à farmacoterapia nos pacientes em que a medicação não está indicada (ex: durante a gravidez), nos pacientes que não a toleram (10-15%), nos que responderam apenas parcialmente (15-25%) ou nos que não aceitam tomá-la (5-10%).^{18,22} Além disso, muitos pacientes melhoram sintomaticamente da depressão, mas os problemas sociais e interpessoais associados podem persistir entre os episódios, podendo desen-

caer recorrências.²³

A TIP-M é uma forma de tratamento de manutenção que parte da idéia de que o paciente deprimido, além de ter vulnerabilidades biológicas e de personalidade, possui um contexto psicossocial e interpessoal que lhe predispõe à recorrência. A TIP-M foi desenvolvida para manter a recuperação e reduzir esta vulnerabilidade para episódios futuros. Enquanto a TIP se preocupa em *modificar* o contexto psicossocial associado com o episódio depressivo, a TIP-M procura *reforçar* o contexto psicossocial do estado de remissão, atuando com pressupostos da “medicina preventiva”, para ajudar o paciente ou nos problemas que persistiram após a recuperação, ou, muitas vezes, na resolução daqueles que surgiram com a recuperação.²⁴ Desta forma, o terapeuta que realiza TIP-M deve estar atento para os sinais iniciais de problemas interpessoais que sejam similares àqueles identificados como tendo contribuído para episódios depressivos prévios.

A TIP-M tem sido aplicada com a freqüência de uma vez por mês, embora a freqüência ideal para um tratamento psicoterápico de manutenção ainda não esteja completamente definida. As áreas-problema definidas para a TIP são as mesmas utilizadas pela TIP-M.

Resultados de estudos individuais sobre a eficácia das psicoterapias

São quatro os principais estudos realizados com o fim de testar a eficácia das psicoterapias, dos quais faremos um breve resumo. Três deles examinaram principalmente os tratamentos nas fases agudas da depressão (com seguimentos de 12 a 18 meses) e um deles acompanhou, de 3 a 5 anos, 230 pacientes, com tratamentos de manutenção. Os três primeiros são: a) o Programa de Pesquisa sobre o Tratamento da Depressão do NIMH;^{25,26} b) o Estudo da Universidade de Minnesota de Psicoterapia Cognitiva e Farmacoterapia;²⁷ c) o segundo Projeto de Psicoterapia de Sheffield.²⁸ O quarto estudo é o de Psicoterapia de Manutenção a Longo Prazo da Universidade de Pittsburgh.²⁹⁻³²

Tratamento agudo

• *Estudo colaborativo para tratamento da depressão do NIMH*

O Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH) realizou, dentro de um programa colaborativo de pesquisa em três centros diferentes, o estudo mais amplo e metodologicamente bem conduzido na avaliação de duas diferentes formas de tratamento da depressão,^{25,26} e que se tornou referência para todos os demais estudos que se seguiram. Foram selecionados 250 pacientes, dos quais 239 entraram no estudo, sendo aleatoriamente submetidos a quatro condições de tratamento, por 16 semanas: psicoterapia interpessoal, terapia cognitivo-comportamental, imipramina e manejo clínico – IMI+MC- (média de 185 mg/dia de IMI após a 2ª semana de tratamento) e placebo e manejo clínico (PLA+MC).

Houve uma ordem consistente de respostas, com IMI+MC tendo o melhor resultado, PLA+MC o pior, e as duas formas de psicoterapia um resultado intermediário, mais próximos aos resultados obtido pela IMI+MC. Quando a análise foi realizada com a amostra total de pacientes, sem levar em consideração a gravidade inicial da doença, não houve evidência de maior

efetividade de uma das psicoterapias sobre a outra, e mesmo do tratamento padrão (IMI+MC) sobre as psicoterapias. Quando comparadas com PLA+MC, houve limitada evidência de um melhor desempenho da TIP e nenhuma evidência para a PCC. Foi então realizada uma análise secundária, dividindo a amostra total pela gravidade da sintomatologia depressiva (Hamilton > 20) e prejuízos do funcionamento.²⁶ Esta análise ajudou a entender a ausência de diferenças relevantes na análise original. Diferenças significativas entre as formas de tratamento foram obtidas apenas para o subgrupo de pacientes mais gravemente deprimidos e com maior comprometimento de seu funcionamento social. Com esses pacientes, houve alguma evidência da eficácia da TIP e forte evidência da eficácia da IMI+MC.

Em contraste, não houve diferenças entre os escores médios dos diferentes tratamentos, inclusive o PLA+MC, para os pacientes menos deprimidos e com menor comprometimento funcional (Hamilton < 20). A interpretação deste último achado foi interessante: ele aparentemente não se deveu ao pobre desempenho nem da TIP, da PCC ou da imipramina, mas sim aos *bons resultados* dos pacientes no grupo do PLA +MC (pelo menos na subamostra de pacientes moderadamente deprimidos). É preciso lembrar que o MC incluía elementos inespecíficos de tranquilização, esclarecimento sobre os sintomas e instilação de esperança na melhora, o que o qualificaria como uma forma de *psicoterapia de apoio* mínima.²⁶

Os autores lembram, também, que não se pretendeu testar a eficácia da imipramina, já exaustivamente testada. Ela foi apenas utilizada, exatamente por isto, como um tratamento padrão de referência. Eles acham, portanto, que os resultados obtidos com as psicoterapias testadas devem ser devidamente valorizados, porque não apenas foram comparadas com um tratamento *combinado* (IMI+MC=IMI+psicoterapia mínima de apoio), como se usou um controle dos mais *estritos* (placebo+psicoterapia mínima de apoio). Em um certo sentido, pode-se inclusive considerar que as diferenças observadas entre PLA+MC e as duas psicoterapias poderiam refletir, na verdade, diferenças entre os elementos inespecíficos da condição controle e as intervenções técnicas mais específicas da TIP e da PCC, só mais aparentes nas depressões mais graves.²

- “*University of Minnesota Study*”

Preocupados com os resultados algo ambíguos a respeito da eficácia da PCC no estudo do NIMH, Hollon e cols²⁷ replicaram-no, em menor escala, contrastando apenas a PCC com a imipramina. Foram incluídos 107 pacientes, distribuídos entre três regimes terapêuticos de 12 semanas (IMI+MC, PCC apenas e PCC+IMI) e um quarto regime, que estendia por mais 12 meses um grupo que recebia IMI+MC. No fim do estudo, todos os regimes obtiveram bons resultados nos 64 pacientes que o completaram, sem diferenças significativas – a PCC foi administrada em mais sessões (20) e por terapeutas mais experientes do que no estudo do NIMH, mantendo-se semelhante à condição de MC.

No fim de dois anos de seguimento, no entanto, surgiram cla-

ras diferenças entre os grupos. Mesmo considerando o número pequeno de pacientes que foram seguidos – 44 pacientes divididos entre quatro células de tratamento, o que reduz sua generalização – as diferenças foram significativas: 50% dos pacientes tomando IMI por apenas 12 semanas recaíram nos primeiros quatro meses de seguimento; 32% dos que tomaram IMI por 12 meses recaíram, mas com um tempo de sobrevida assintomático de 17.3 meses; os pacientes que receberam PCC por 12 semanas (com e sem IMI) tiveram um tempo de sobrevida semelhante (17.4 meses), mas recaíram em apenas 18% dos casos. Portanto, este estudo fornece evidências, ainda que não de todo generalizáveis, tanto da eficácia do tratamento agudo da depressão com a PCC, como seu relativo efeito profilático com apenas uma breve intervenção nesta fase aguda.

- “*Sheffield Psychotherapy Project*”

Shapiro e cols.²⁸ compararam a eficácia da psicoterapia exploratória (uma psicoterapia psicodinâmica-interpessoal)* e da psicoterapia prescritiva (análoga à psicoterapia cognitivo-comportamental), estratificando sua amostra de acordo com a gravidade da depressão e da duração dos tratamentos (de 8 e 16 semanas). A pesquisa foi realizada na Inglaterra, com 169 pacientes. Como nos estudos anteriores, os tratamentos foram igualmente eficazes na maioria das medidas, desencadeando seus efeitos com a mesma rapidez e tendo resultados equivalentes, em diferentes níveis de gravidade dos sintomas. Encontrou-se, no entanto, uma interação entre o nível inicial dos sintomas e a duração da terapia: pacientes com depressões de leve a moderada responderam igualmente bem com 8 ou 16 semanas de terapia. Ao contrário, os com depressão mais grave tiveram uma melhora significativamente maior com 16 semanas de tratamento. Além disso, os autores ressaltaram que seu grupo de pesquisadores dividia-se, proporcionalmente, entre firmes aderentes tanto de uma forma de psicoterapia quanto da outra, o que reduziria seus vieses na avaliação da eficácia de cada uma delas.

- “*University of Pittsburgh Study*” sobre tratamentos de *continuação e de manutenção*

Frank e seus colegas²⁹⁻³² realizaram uma série de estudos que avançaram, de forma significativa, no conhecimento sobre os tratamentos de manutenção da depressão. O conjunto de estudos foi planejado, especificamente, para examinar os efeitos do tratamento continuado de pacientes cujo episódio-índice fora intensivamente tratado, e que se mantiveram assintomáticos desde então. É, portanto, um dos poucos estudos que se preocupou explicitamente com a prevenção de recorrências.

Entraram 230 pacientes no estudo, que foram tratados por 12 semanas com imipramina e psicoterapia interpessoal. A todos os pacientes que remitiram, ofereceu-se mais 17 semanas de tratamento e observou-se aqueles cuja melhora se estabilizara. Destes, apenas 128 preencheram os critérios de remissão estável propostos pelos pesquisadores e entraram no seguimento de mais três anos, randomizados para cinco condições de tratamento: 1) IMI+MC; 2) PLA+MC; 3) TIP-M + IMI; 4) TIP-M apenas, e 5) TIP+PLA, com o objetivo de determinar se a TIP ou a TIP +

* Apesar dos protestos de Markowitz et al³⁴ de que sejam inconciliáveis as diferenças entre a TIP e qualquer forma de psicoterapia dinâmica breve, outros autores pensam diferentemente.^{28,35} A TIP, conforme praticada no PROTHUM do HCPA, admite, claramente, em vários casos, a possibilidade desta integração psicodinâmico-interpessoal.

imipramina podiam ter um papel na prevenção das recorrências.

Merecem ser salientados pelo menos dois aspectos inusitados deste estudo, já que ele utilizou a *maior* dose de imipramina em pesquisas de manutenção (média de 207 mg/dia) e a *menor* dose de psicoterapia a longo prazo (1 sessão *mensal* de TIP-M).

Os resultados do estudo principal, após três anos, mostraram uma redução significativa das recorrências. Comparado com o grupo de pacientes recebendo PLA (tempo de sobrevivência de 45 semanas sem recidiva), o grupo que recebeu IMI ou IMI+TIP-M tiveram, respectivamente, 124 e 131 semanas de sobrevivência (“survival time”)($p < .0001$). Não houve vantagens na combinação IMI+TIP-M em relação a IMI apenas. Os resultados do tratamento de manutenção com a TIP-M (82 semanas de sobrevivência) e TIP-M+PLA (74 semanas) também foram significativos, embora menos acentuados ($p < .043$). Embora a associação IMI+TIP não tenha mostrado superioridade estatística sobre a imipramina, a análise de sobrevivência mostrou efeito significativo da TIP na prevenção de recorrência e nenhuma interação, indicando, portanto, que a direção do efeito da psicoterapia foi similar tanto no tratamento combinado quanto no tratamento psicoterápico isolado.

Além disso, para os pacientes que não estavam recebendo medicação ativa, sessões mensais de TIP estenderam de forma significativa seu “tempo de sobrevivência”, com uma mediana de mais de um ano. Uma aplicação clínica importante deste achado seria em mulheres grávidas, com depressão recorrente, em que a TIP-M poderia ser utilizada como tratamento de manutenção durante toda a gravidez e período de aleitamento, sem necessidade de uso de medicação (tabela 1). Na avaliação geral dos resultados, pacientes tratados com IMI tiveram 22,6% de recorrências em três anos, pacientes tratados com a TIP tiveram 44,2% e os tratados com PLA recidivaram em 78,2% neste mesmo período.

Frank et al,³⁰ interessados em ver os fatores que aumentariam a eficácia da TIP, estudaram a contribuição da qualidade das sessões de TIP (avaliada através da especificidade e “pureza” das intervenções interpessoais), na duração do intervalo livre de doença. A análise dos dados mostrou que as psicoterapias que foram mais específicas quanto às intervenções interpessoais estavam associadas com um aumento no “tempo de sobrevivência”. Isto foi constatado a partir da observação de que pacientes nas quais as sessões eram pontuadas como acima da mediana

em especificidade para TIP, tinham uma mediana de sobrevivência de dois anos, enquanto os que tinham uma mediana baixa em especificidade para TIP tinham um tempo de sobrevivência menor do que cinco meses. Os autores concluíram afirmando que, se paciente e terapeuta são capazes de manter um alto nível de foco interpessoal, sessões mensais de TIP podem ter benefício profilático substancial. Seria importante assinalar, por outro lado, que a “qualidade” das terapias realizadas não refletiu a qualidade de “bons” ou “maus” terapeutas, já que se observou que todos os terapeutas implementavam melhor a TIP com alguns pacientes do que com outros. Ainda que requerendo mais estudos, o quão acuradamente uma psicoterapia pode ser implementada parece depender da interação (e refleti-la) entre diversos fatores do terapeuta e do paciente.²

Os 20 pacientes que completaram este protocolo de três anos e que recebiam imipramina (com ou sem TIP), foram convidados por Kupfer e cols³² a participar de mais dois anos de um estudo comparando a IMI versus placebo. Treze pacientes continuaram a receber TIP nesta extensão de mais dois anos e os demais (n=7) realizaram acompanhamento clínico. O “tempo de sobrevivência” médio no grupo que usava imipramina foi de 99 semanas, enquanto no grupo placebo foi de apenas 54 semanas. Somente 1/3 dos pacientes recebendo PLA sobreviveram, sem recidiva, estes dois anos: destes, 78% recebiam TIP. Somente 11% dos pacientes sem imipramina nem TIP mantiveram-se sem recidivar.

Estudos de eficácia das psicoterapias psicodinâmicas

Cabe um comentário a respeito dos estudos disponíveis sobre a eficácia das psicoterapias dinâmicas breves. Há poucos estudos controlados e, dos que existem, poucos foram realizados por proponentes desta técnica. Usualmente a terapia psicodinâmica foi empregada como contraste a outras terapias, com as quais os autores desses estudos mais se identificavam.² Os períodos de tratamento utilizados (moda de 12 sessões) eram em geral curtos demais para as técnicas psicodinâmicas, mesmo para seu formato breve (em torno de 20 sessões). E é improvável que os terapeutas, nesses estudos, tenham aplicado a técnica de forma adequada, dado à falta de comprometimento com este modelo. Portanto, os achados frequentes de que a psicoterapia dinâmica breve tem sido menos eficaz do que outras técnicas (ver revisão que se segue) devem ser vistos com cautela, dados os problemas metodológicos assinalados, acrescentados aos prováveis vieses contrários introduzidos pelos pesquisadores.² Um tipo de consideração semelhante foi introduzida por Hollon,²⁷ ao comentar a eficácia inferior da PCC no estudo do NIMH, sugerindo que a mesma tivesse sido aplicada com má qualidade em pelo menos um dos centros de pesquisa (onde teve um rendimento muito pobre). Ao replicar o estudo, Hollon escolheu terapeutas cognitivo-comportamentais altamente experientes, e praticamente dobrou o número de sessões empregadas no NIMH (de 12 para 20 sessões),²⁷ obtendo, talvez por isto, resultados bastante superiores.

Tabela 1 - Tempos de sobrevivência em média e mediana em cinco condições de tratamento

Tratamentos	Média ± DP Tempo de Sobrevivência (semanas)	Mediana – Tempo de Sobrevivência (semanas)
Imipramina + MC	124 ± 13	*
TIP + IMI	131 ± 10	*
PLA + MC	45 ± 11	21
TIP	82 ± 13	54
TIP + PLA	74 ± 12	61

*como 50% desses sujeitos não recidivaram, não foi possível calcular a mediana

Revisões de tratamentos para depressão: metaanálises

A revisão mais completa, e provavelmente mais significativa, de tratamentos psicofarmacológicos e psicoterapêuticos para a depressão foi conduzida pela U.S. Public Health Service's Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR -Depression Guideline Panel),³³ com o objetivo de desenvolver orientações clínicas práticas para médicos em cuidados primários. Foram revisados 39 tratamentos, cobrindo 3.500 estudos publicados em revistas científicas credenciadas, entre 1975 e 1990. Identificou-se 22 pesquisas randomizadas de psicoterapia cognitiva, 13 de terapia comportamental, 4 de TIP, 8 de psicoterapia breve dinâmica e 1 de terapia de casal. Os métodos metaanalíticos utilizados, sofisticados e não-convencionais, do tipo Bayesiano (Método de Perfis de Confiança),² exigiram que se excluíssem todos os estudos que não fornecessem o número de pacientes randomizados para cada célula, ou que não reportassem seus resultados de forma categorial.² Isso reduziu, marcadamente, o número de estudos aceitos para a metaanálise: quanto à TIP, só entraram os estudos do Projeto do NIMH; apenas seis estudos de psicoterapia dinâmica foram metaanalisados, e nenhum de terapia de casal foi considerado adequado.

Os resultados podem ser vistos na tabela 2, que lista a eficácia geral das psicoterapias combinadas e de cada uma individualmente, usando a eficácia da imipramina apenas como referência. Para a terapia comportamental, a eficácia geral foi de

Tabela 2 - Metaanálises de Estudos de Psicoterapia (Depression Guideline Panel)³³

Tratamentos	Eficácia geral	Nº de Estudos analisados
Imipramina	58,0%	-
T. Comportamental apenas	55,3%	10
TIP apenas	52,3%	1
T. Cognitiva apenas	46,6%	12
T. Psicodinâmica apenas	34,8%	6
Todas as psicoterapias	50,0%	29

55,3% e, contrastada com todas as outras terapias, foi 9,1% mais efetiva; comparada com listas de espera, foi 17,1% mais efetiva. A psicoterapia breve dinâmica teve uma eficácia de 34,8%, levemente menos efetiva que as outras (-7,8%). A terapia cognitiva teve uma eficácia de 46,6%, aproximadamente igual às demais (-4,4%). E para a TIP, sua eficácia foi de 52,3%, excedendo a eficácia da terapia cognitiva em 13,3%.

É preciso salientar que diversos autores comentaram que as técnicas de metaanálise utilizadas neste Depression Guideline Panel, ao excluirmos e limitarmos a inclusão de vários estudos de relevância clínica, podem ter gerado conclusões ilusórias. Por exemplo, Roth e Fonagy² lembram que “poucos clínicos aceitariam que a terapia comportamental, isoladamente, seja, atualmente, o método mais efetivo para tratar da depressão”,

sendo sua posição mais alta no *ranking* “provavelmente um artefato de amostragem”.

Conclusão

O que se pode afirmar sobre o tratamento das depressões maiores através de psicoterapias, atualmente, é que já existem evidências firmes a respeito de sua eficácia, algo que há 10 anos atrás parecia depender apenas da experiência intuitiva que os psicoterapeutas e psiquiatras derivavam do dia-a-dia com seus pacientes.

Por uma questão de espaço, e também porque as evidências empíricas disponíveis são ainda poucas, não discutimos nem o tratamento psicoterápico das distímias,²¹ nem os tratamentos mais prolongados, em geral indicados na comorbidade entre a depressão e vários transtornos de personalidade.³⁶⁻³⁸

Não há, no momento, respostas claras sobre o que torna as psicoterapias eficazes na depressão. Talvez seja mais o que elas têm em comum e não o que as diferencia: em todas se oferece ao paciente um modelo compreensível da sua depressão, cada terapia tem argumentos lógicos bem delineados e, com exceção da psicodinâmica, são altamente estruturadas. Os planejamentos para obter mudanças são feitos em seqüências lógicas, elas encorajam os pacientes no uso autônomo e independente de suas capacidades e reforçam, no paciente, o sentimento que os câmbios ocorridos foram de sua responsabilidade.⁵

Há ainda a concepção de que sejam mais importantes os aspectos relacionais ou interacionais envolvidos nessas psicoterapias,³⁹ sua capacidade de prover esperança, de oferecer um relacionamento seguro e confiável, e de constituir um espaço emocional onde o paciente possa sentir suas ansiedades depressivas compreendidas e resguardadas – ao lado dos referidos modelos cognitivo-rationais, ou esquemas conceituais, que permitam ao paciente organizar seu sofrimento.

Nos estendemos um pouco mais na descrição da psicoterapia interpessoal não porque ela tenha qualquer superioridade sobre outras, mas porque ela tem sido pouco discutida no nosso meio, e porque é também o modelo mais flexível e integrador das psicoterapias para a depressão: ela pode ser administrada nas suas formas “puras” quando isto for possível; pode ser enriquecida da compreensão psicodinâmica em casos envolvendo intensas ansiedades de perda, luto e separação; pode se transformar e se prolongar numa psicoterapia dinâmica de longo prazo quando tiver que lidar com transtornos de personalidade associados, adotar técnicas cognitivo-comportamentais para tratar de déficits de habilidades sociais nos casos de isolamento social, ou integrar o cônjuge numa terapia de casal, se isto for necessário. É também o modelo que menos “compete” com a medicação quando a mesma for indicada (nas depressões bipolares, melancólicas ou psicóticas).¹⁴

Seja como for, já é possível nos aproximarmos do tratamento das depressões com uma abordagem mais ampla e mais rica, sugerindo que a articulação entre “mente” e “cérebro”, nesta área dos fenômenos depressivos, seja um dos desenvolvimentos mais instigantes da virada do século.

Referências bibliográficas

1. Gardner H. *La Nueva Ciencia de la Mente*. 2ª ed. Buenos Aires: Ediciones Paidós; 1996.
2. Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press; 1996.
3. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, et al. The environmental-personal indicators in the course of schizophrenia (Epics) research group: family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II: Two-years effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:340-7.
4. Markowitz JC. Teaching interpersonal psychotherapy to psychiatric residents. *Acad Psychiatry* 1995;19:167-73.
5. Scott J. Psychological treatments for depression. An update. *Brit J Psychiatry* 1995;167:289-92.
6. Beck AT, Rush AH, Shaw BF, et al. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.
7. Sifneos P. *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge (MA):Harvard University Press; 1972.
8. Malan D. *The frontier of brief psychotherapy*. New York: Plenum; 1976.
9. Davanloo H, editor. *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York: SP Medical&Scientific Books; 1978.
10. Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books; 1984.
11. Strupp HH, Binder JL. *Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books; 1984.
12. Luborsky L, Mark D, Hole AV, et al. Supportive-expressive dynamic psychotherapy for depression: a time-limited version. In: Barber JP, Crits-Cristoph P, editors. *Dynamic therapies for psychiatric disorders (axis I)*. New York: Basic Books; 1995. p. 13-42.
13. Connolly MB, Crits-Cristoph P, Shappel S, et al. Therapist interventions in early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy for depression. *J Psychother Pract Res* 1998;7:290-300.
14. Klerman G, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books; 1984.
15. Sullivan HS. *Clinical Studies in Psychiatry*. New York: Norton; 1956.
16. Freud S. Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol 14. Rio de Janeiro: Imago; 1917. p. 271-91.
17. Bowlby J. *Attachment and loss, vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press; 1969.
18. Weissman MM, Markowitz JC. *Interpersonal Psychotherapy: current status*. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:599-606.
19. Weissman MM. Preface. In: Klerman G, Weissman MM, editors. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
20. Klerman G, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
21. Markowitz JC. *Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder*. Washington: American Psychiatric Press; 1998.
22. Weissman MM. *Psychotherapy in the maintenance treatment of depression*. *Brit J Psychiatry* 1994; 165 Suppl 26:42-50.
23. Keller MB, Lavori PW, Mueller TI. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: a 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:809-16.
24. Frank E, Kupfer D, Perel JM. Early recurrence in unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:397-400.
25. Elkin I, Shea T, Watkins W, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General Effectiveness of Treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:971-82.
26. Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. New York: Wiley & Sons; 1994. p. 114-139.
27. Hollon SD, Du Rubeis RJ, Evans MD, et al. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: singly or in combination. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:774-81.
28. Shapiro DA, Barkham M, Ressler A, et al. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic interpersonal psychotherapy. *J Cons Clin Psychology* 1994;62:522-34.
29. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1093-99.
30. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: contributing factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1053-59.
31. Frank E, Kupfer DJ. Reply to GJ. Barnes & Q. Jones. Maintenance therapy in depression. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:504-5.
32. Kupfer DJ, Frank E, Perel JM. Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:769-73.
33. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research Depression Guideline Panel. *Depression in primary care: vol.2. Treatment of Major Depression*. Clinical Practice Guideline N° 5, AHCPR publication N° 93-0551. Rockville, MD: 1993.
34. Markowitz JC, Svartberg M, Swartz HA. Is IPT time-limited psychodynamic psychotherapy? *J Psychother Pract Res* 1998;7:185-95.
35. Crits-Cristoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992;149:151-58.
36. Lineham MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Bull Menninger Clinic* 1987;51(9):261-76.
37. Horwitz L, Gabbard GO, Frieswyk SH, et al. Borderline personality disorder: tailoring the psychotherapy to the patient. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
38. Schestatsky SS. Comorbidade entre depressão e transtornos de personalidade. In: *Depressão & Comorbidade*. Programa de Educação Continuada, Associação Brasileira de Psiquiatria; 1998.
39. Alberniz A, Holmes J. Psychotherapy integration: its implication for psychiatry. *Brit J Psychiatry* 1996;169:563-70.

Correspondência: Sidnei Schestatsky

Av Taquara 596 conj 204 - Porto Alegre, RS. CEP 90640-210, Tel/fax: 051-330-6363. E-mail: psiq@hcpa.ufrgs.br