

Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso

Cognitive behavioral therapy of depression: case report

Ana Cristina Santana Matos¹
Irismar Reis de Oliveira²

¹Psicóloga. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, ICS – UFBA

²Professor Titular. Programa de Pós-graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, ICS – UFBA

Resumo

Objetivo: apresentar a terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento da depressão através de um relato de caso. **Metodologia:** relato de caso de uma paciente de 55 anos, submetida a 18 sessões de psicoterapia. Na avaliação diagnóstica da depressão maior, foram utilizados os critérios da CID-10 e do DSM-IV e, para acompanhamento, os inventários de Beck para depressão e ansiedade. O plano de tratamento envolveu estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais tais como psicoeducação da depressão e do modelo da TCC, reestruturação cognitiva e estratégias de prevenção de recaídas. **Resultados:** foram observadas reduções dos escores dos inventários de Beck e da frequência e força dos pensamentos automáticos negativos, com consequente flexibilização das crenças nucleares disfuncionais e remissão dos sintomas depressivos, produzindo melhor funcionamento biopsicossocial da paciente. **Conclusão:** este relato de caso sugere impacto positivo da TCC no tratamento do Transtorno Depressivo Maior. **Palavras-chave:** Depressão. Comportamento. Ansiedade.

Abstract

Objective: introducing cognitive-behavior therapy (CBT) in the treatment of depression through a case report. **Methodology:** case report of a 55 year-old female patient who underwent 18 psychotherapy sessions. ICD-10 and DSM-IV criteria were used for the assessment of major depression diagnosis. Beck depression and anxiety inventories were used for assessment during follow-up. Treatment plan included cognitive and behavior strategies and techniques such as psycho-education about depression and the CTB model, cognitive restructuring and relapse prevention strategies. **Results:** Beck depression and anxiety score reductions were observed, as well as a reduction of the frequency and strength of negative automatic thoughts, with the resulting flexibilization of dysfunctional core beliefs and remission of depression symptoms, resulting in a better biopsychosocial functioning. **Conclusion:** this case report suggests a positive impact of CBT in the treatment of Major Depressive Disorder.

Keywords: Depression. Behavior. Anxiety.

INTRODUÇÃO

A depressão é uma questão de saúde pública, pois produz impacto negativo na vida do paciente e de sua família, comprometendo o funcionamento do indivíduo nos aspectos pessoal, social e laboral.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009), até 2020, a depressão deverá ocupar o segundo lugar entre as doenças, logo depois das enfermidades cardiovasculares. Nesse quadro, incluem-se os transtornos unipolares (depressão maior e distímia) e os bipolares, além dos transtornos de humor induzidos por substâncias ou devidos a condição médica geral.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, quarta edição (DSM-IV-TR), da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1994), a depressão pode manifestar-se como episódio depressivo maior (EDM). Nesses termos, os critérios do DSM-IV se caracte-

terizam por pelo menos cinco dos sintomas seguintes: humor deprimido, interesse ou prazer acentuadamente diminuído, perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo motor, fadiga ou perda de energia, sensação de inutilidade, culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se, indecisão e pensamentos recorrentes sobre morte. Para o diagnóstico, tais sintomas devem estar presentes todos os dias, ao longo de duas semanas, e incluir, pelo menos um dos dois primeiros critérios, a saber: humor deprimido ou perda de interesse e prazer.

A depressão apresenta-se com características diagnósticas semelhantes na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (1993), de acordo com a qual, o número e a gravidade dos sintomas classificam o episódio depressivo em três graus: leve, moderado e grave. Os critérios mínimos para o diagnóstico de episódio depressivo envolvem dois dos três sintomas principais (humor deprimido, perda de interesse ou prazer e energia reduzida), podendo ser acompanhados de outros sintomas, tais como redução

Correspondência / Correspondence: Ana Cristina Santana Matos.
Programa de Pós-graduação Processos Interativos dos órgãos e sistemas.
Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, Vale do Canela. CEP: 40110-100. Salvador
– BA Fone: (71) 3283-8959 E-mail: anacristinaconsultoria@hotmail.com

da concentração e atenção, assim como da autoestima e da autoconfiança, aliados a prejuízos funcional ou social. O humor depressivo varia pouco no dia a dia ou segundo as circunstâncias e pode estar associado a sintomas “somáticos”, a exemplo de perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, redução de apetite, perda de peso e perda da libido.

A importância do estudo da depressão, seja de sua etiologia, seja dos tratamentos mais eficazes para a remissão, decorre de ser a perturbação psiquiátrica mais frequentemente encontrada e também aquela que, por vezes, confronta o terapeuta com situações dramáticas, como o risco de suicídio (GOUVEIA, 1990).

A etiologia da depressão é multifatorial e envolve fatores biológicos, socioculturais e psicológicos. Enfatizamos aqui o enfoque psicológico através da TCC em um relato de caso com paciente portadora de Transtorno Depressivo Recorrente, com episódio atual grave e sintomas psicóticos.

Sugere-se que a TCC desenvolvida por Aaron Beck seja abordagem terapêutica por excelência no tratamento dos transtornos depressivos (WAINER, PERGHER ; PICCOLOTO, 2003). A TCC é uma forma estruturada de psicoterapia que enfatiza a importância das cognições na determinação do que o indivíduo sente e faz (BENNETT-LEVY et al., 2004). A TCC foi desenvolvida principalmente por Aaron Beck, na década de 60, na Universidade da Pensilvânia, que tomou como base o modelo de processamento da informação. Seu modelo cognitivo, inicialmente desenvolvido para a depressão, foi precedido pelo desenvolvimento de um modelo conceitual influenciado pela revolução cognitiva que ocorreu a partir da década de 50 (BECK, 2005). Embora vários modelos teóricos e intervenções clínicas tenham sido desenvolvidos pelos terapeutas cognitivos, o modelo de Beck ainda é o mais conhecido e utilizado. Após a publicação da teoria cognitiva da depressão na década de 60, ele publicou numerosos livros e artigos descrevendo os modelos cognitivos da ansiedade e de outros transtornos psicológicos. Dessa forma, Beck (1979) desenvolveu uma abordagem prática, com foco nos eventos e nas dificuldades atuais, bem como no aqui e agora. O estilo da terapia é colaborativo, no qual paciente e terapeuta trabalham conjuntamente e em parceria. O paciente tem papel ativo nas sessões com o objetivo de checar a realidade e as limitações das suas cognições, caracterizadas como pensamentos automáticos, pressupostos e crenças nucleares (BENNETT-LEVY et al., 2004).

A TCC enfatiza as estratégias cognitivas e os experimentos comportamentais, que proporcionam aos pacientes formas objetivas de avaliar a validade de suas cognições, de promover a autodescoberta e facilitar a reestruturação cognitiva, ajudando-o a tornar-se seu próprio terapeuta.

A parceria entre terapeuta e paciente é desenvolvida e mantida ao compartilharem informações e técnicas

de acordo com o modelo da TCC, sendo a psicoeducação um aspecto relevante. Essa atitude colaborativa também é encorajada através de habilidades centrais por parte do terapeuta, que envolvem empatia, escuta reflexiva e o uso do questionamento socrático. Através delas, a importância das contribuições do paciente nas sessões terapêuticas é enfatizada e estimulada. A autoeficácia é implementada através do desenvolvimento de uma parceria com base na autodescoberta, envolvendo uma atitude aberta e de experimentação (BENNETT-LEVY et al., 2004).

O uso da TCC no tratamento da depressão consiste em acessar as crenças e regras através de dados ambientais e mnemônicos fornecidos pelo paciente. Na depressão, estes são carregados de erros de lógica e comportamentos disfuncionais. O modelo enfatiza aspectos educacionais que incluem a informação ao paciente sobre o seu transtorno, tendo a aliança terapêutica como componente fundamental. Dessa forma pode-se dizer que a TCC é um modelo de cooperação e confiança, no qual o paciente participa ativamente do seu processo de mudança através desses dois níveis de aprendizagem e cognição.

METODOLOGIA DE ATUAÇÃO

A senhora M.O. foi submetida a 18 sessões de TCC, tendo preenchido os critérios diagnósticos para depressão. Os sintomas depressivos e ansiosos foram acompanhados através do Inventário Beck para depressão e Inventário Beck para ansiedade, tendo como principais intervenções as estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais.

Após escuta e avaliação das queixas e elaboração do histórico de vida e familiar e avaliação do uso de medicações e drogas e do risco de suicídio, foram utilizadas as seguintes técnicas e estratégias: psicoeducação da depressão e do modelo da TCC, técnicas comportamentais, reestruturação cognitiva e prevenção de recaídas.

Aspectos éticos

A paciente foi assegurada do sigilo e convidada a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Santa Izabel através do Parecer CAAE: 20488113.7.0000.5520.

Sujeito

A senhora M.O. tem 55 anos, é casada e atua profissionalmente como técnica de laboratório. Procurou tratamento em clínica privada, com queixas relacionadas ao medo de trabalhar, “medo do dia” e usa óculos escuros durante o dia e à noite, sendo que, para dormir, faz uso de “tapa-olho”.

Relata que tudo isso se agravou quando da saída dos filhos de casa. Apresenta pensamentos disfuncionais como “Não fui uma boa mãe”. Os sintomas depressivos datam de 4 anos, no dia das mães, coincidente com o falecimento de uma tia.

A senhora M.O. registra dois episódios que a fizeram buscar ajuda: no primeiro, encontrou um fio de cabelo na comida do refeitório do local onde trabalha, tendo ficado 15 dias sem se alimentar bem, visualizando “fios de cabelo” no prato ao tentar alimentar-se. No segundo episódio relatado, encontrava-se em casa e cortou os cabelos, imaginando ser uma “planta”. Entretanto, ao terminar, deu-se conta de que se tratava de seus cabelos e de que precisava de ajuda. Relata sentir-se “engolida” e apresenta ideação suicida, porém, não a executa por conta da sua crença em Deus e na Bíblia. Reporta o desejo de morrer. Sente-se lentificada, desanimada, com dores musculares, fadiga, falta de energia e perda de peso.

Outros profissionais, psiquiatra e neurologista, acompanham a senhora M.O. devido ao diagnóstico de Depressão, condição aparentemente agravada pela saída dos filhos de casa.

História familiar

A senhora M.O. é católica, tem dois filhos do sexo masculino, é casada e natural de Salvador-Bahia. Terceira filha de seis irmãos oriundos de um relacionamento extra-conjugal de sua mãe com seu pai.

O pai já falecido era médico casado com outra mulher com a qual teve dois filhos, tendo este tido 26 filhos no total advindos de outros relacionamentos. Aos 15 anos, seu pai faleceu, situação descrita como difícil em função da forte ligação com ele. Sua mãe tem histórico de depressão.

Aos 8 anos, experimenta a sensação de inutilidade e diz que sua mãe reforça este sentimento; aos 13 anos, ti-

nha medo do escuro e das folhas de bananeira que havia em frente à sua casa. Aos 14 anos, seus pais se separaram, relatando ela que sentia vergonha por sua mãe ser amante do pai, mas que mantinha uma ótima relação com este, ainda que se sentisse deprimida e chorosa na escola. Isolava-se em casa, pois sua mãe dificultava que ela cultivasse amizades. Aos 16 anos, conseguiu um emprego de manicure, mas sua mãe não permitiu que trabalhasse. Aos 18 anos, menstruou. Possuía baixo peso (40 kg), que durou até os 22 anos. Frequentava a igreja e, nesse período, apresentou sua primeira tentativa de suicídio, atribuída pela senhora M.O. ao fato de sua mãe não deixá-la namorar.

Aos 19 anos, teve seu primeiro relacionamento, com um homem mais velho e casado, que conheceu frequentando o candomblé, quando ficou grávida. Abortou por sugestão de sua mãe.

Casou-se aos 22 anos às escondidas com um homem de nacionalidade francesa, segundo ela para vingar-se da mãe, tendo ido residir em Belém. Três meses após o casamento, sofreu um acidente de ônibus no qual seu marido faleceu. Voltou a casar-se com um primo do marido para ajudá-lo a regularizar sua situação no Brasil, não tendo vivido maritalmente com ele. Retorna a Salvador para morar com a mãe e consegue emprego num clínica com os documentos de solteira. Reporta que “o período de casada é como se não tivesse existido”.

Aos 25 anos, teve gravidez ectópica, acidente após o qual muda-se para Porto Alegre com o namorado, quando registra um episódio depressivo. Retorna então a Salvador e, ainda aos 25 anos, conhece o atual marido. Relata ter mantido um relacionamento paralelo por ser divertido.

Quadro 1. Estruturação das sessões terapêuticas.

Estratégias	Procedimentos e Técnicas
Diagnóstico e avaliação psicopatológica	Diagnóstico de depressão de acordo com critérios do DSM-IV e CID-10; avaliação psicopatológica dos sintomas depressivos e ansiosos com BDI e BAI.
Psicoeducação	Motivação para o tratamento por meio de esclarecimentos dos sintomas depressivos e do modelo cognitivo, compartilhando a conceituação cognitiva
Técnicas Comportamentais/ Ativação Comportamental	Programação de atividades, prescrição de tarefas graduais voltadas para a ativação comportamental, melhor capacidade de organizar o dia, melhora do desempenho, retorno às atividades laborais e sociais; para isso, utilizaram-se de técnicas como o “curtograma” e o diário de atividades; medida da satisfação real e provável em relação às atividades programadas, balança decisória, com avaliação das vantagens e desvantagens.
Reestruturação Cognitiva	Modificação dos pensamentos automáticos negativos por meio de registros de pensamentos e exame das evidências, bem como desenvolvimento de alternativas racionais, com o auxílio da técnica da seta-descendente e do Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) com 05 e 07 colunas; diário de dados positivos de novas crenças positivas, exercícios de vantagens e desvantagens, técnica da cadeira vazia, diálogo socrático, exame de evidências de uma e duas novas crenças, resolução de problemas e <i>continuum</i> .
Prevenção de recaídas	Revisão e reavaliação das técnicas que pareceram mais eficazes e antecipação de situações futuras precipitantes e estratégias de enfrentamento.

Engravidou, após tratamento, aos 30 anos, e, novamente, aos 34 anos, quando pensou em abortar, registrando então outro episódio depressivo.

Aos 45 anos, teve o ovário retirado por erro médico, após o que relata novo episódio depressivo que se repete ao se aposentar com 50 anos, para apenas então, pela primeira vez, ter ajuda psiquiátrica. Aos 53 anos, inicia outro episódio depressivo, sem motivo aparente, e, em outubro de 2012, inicia tratamento com outro psiquiatra, profissional que a acompanha atualmente. O início da psicoterapia aqui descrita se dá em dezembro de 2012.

Material e procedimento

Para avaliação diagnóstica, foram utilizados os critérios segundo DSM-IV (APA, 1994) e CID-10 (OMS, 1993). O Inventário Beck de Depressão (BDI; BECK; STERER; GARBIN, 1988) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI; CUNHA, 2001) foram utilizados para acompanhamento dos sintomas depressivos e ansiosos.

A senhora M.O. recebeu atendimento em clínica privada, totalizando 18 sessões semanais com a abordagem cognitivo-comportamental, com duração de 60 minutos cada. O procedimento incluiu avaliação inicial, intervenção, avaliação final e acompanhamento. Foram utilizadas as seguintes estratégias e técnicas:

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor compreensão, os resultados serão divididos em etapas, conforme se apresentam: 1) Avaliação inicial; 2) Intervenção; 3) Avaliação Final e 4) Acompanhamento.

1) Avaliação inicial

Nesta etapa, foi confirmado o diagnóstico do Transtorno Depressivo Recorrente com episódio atual grave e com sintomas psicóticos. Os sintomas de depressão, de acordo com o BDI, indicaram depressão grave (35 pontos). A avaliação de sintomas de ansiedade através do BAI mostrou uma ansiedade moderada (30 pontos). Nas entrevistas iniciais traz numerosos pensamen-

tos e crenças disfuncionais, como as que se seguem: “Tenho medo de trabalhar, tenho medo do dia, medo das pessoas”; “Estou vivenciado o ninho vazio, meus filhos estão me deixando”; “Não fui boa suficiente”; “Há dois meses não saio de casa, me sinto cansada, meu corpo dói”; “Uso óculos o tempo inteiro e quando vou dormir uso um tapa-olho; não gosto de luz e tenho medo do dia”; “Ninguém no trabalho gosta de mim, pois não sou mais útil, meus colegas são interesseiros e me exploram”; “Meu apetite está ruim”; “Há três meses encontrei um piolho de cobra no refeitório do hospital que trabalho, isso piorou meu estado, fiquei com crise de choro e sem me alimentar”; “Percebi que precisava de ajuda quando cortei meus cabelos pensando que era uma planta e, quando terminei, vi que se tratava do meu próprio cabelo”.

A paciente relata ainda perda de peso, desânimo, cansaço, dores musculares, fadiga, perda de energia, sentimento de culpa por tudo isso estar acontecendo, preocupação com a família, ideias suicidas (Estou perto de morrer e isso acabaria com meu sofrimento e de minha família; não me suicido porque sou cristã e isto é antibíblico, mas gostaria de morrer”. De acordo com os dados obtidos nos instrumentos de avaliação psicológica e verbalizações, pode-se constatar um prejuízo significativo no funcionamento biopsicossocial, com a Avaliação Global de Funcionamento (AGF) em torno de 30%.

2) Intervenção

Nesta fase, o plano de trabalho terapêutico foi orientado a avaliar as motivações para o tratamento, avaliar as crenças de inutilidade e de desvalia, seu isolamento social, o humor deprimido, e estabelecer a aliança terapêutica, bem como educar a paciente sobre o transtorno e sobre o modelo da TCC.

Durante o processo terapêutico, os resultados do BDI oscilaram e se reduziram ao longo dos meses subsequentes (35, 24, 31, 11 e 18 pontos). O BAI teve aumento significativo no segundo mês (de 30 para 41 pontos), porém, foi reduzido posteriormente (13, 16, e 23 pontos), como demonstram os gráficos abaixo:

Figura 1. Acompanhamento através do Inventário de Ansiedade de Beck.

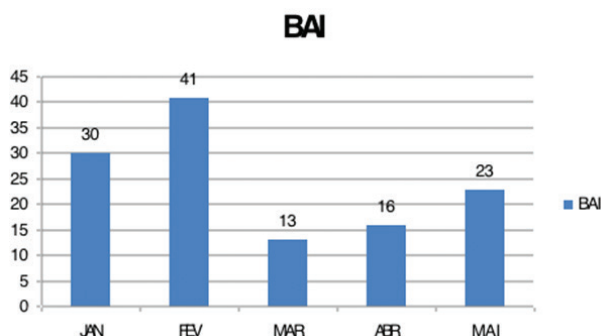
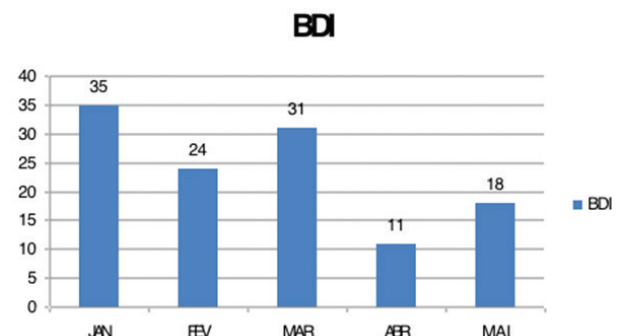


Figura 2. Acompanhamento através do Inventário Beck de Depressão.



A psicoeducação sobre o transtorno e sobre o modelo de tratamento foi parte fundamental do processo, pois ajudou a paciente a conhecer seu transtorno, tendo inicialmente um caráter informativo; contudo, ao longo da terapia, a psicoeducação possui caráter formativo, pois as informações recebidas inicialmente passam a exercer papel mais consistente para o paciente. O papel do terapeuta na educação do Transtorno aparece durante toda a terapia, uma vez que o paciente se familiariza com um novo conhecimento sobre seu transtorno, suas implicações, consequências, e sobre o modelo de tratamento ao qual está sendo submetido.

A conceitualização (ou conceitualização) cognitiva é registrada em um diagrama denominado Diagrama de Conceitualização Cognitiva (DCC), que deve ser compartilhado precocemente com o paciente, e traz muitas informações de modo organizado e coerente, que facilita a compreensão do transtorno e a elaboração de um plano terapêutico mais eficaz. Neste caso, o DCC demonstrou que a paciente apresenta uma depressão recorrente, comprometimento na vida social e laboral, cresceu em ambiente hostil e possuía difícil relacionamento com a mãe. No momento atual de sua vida, dispõe de boa rede social e familiar e pressupostos religiosos que a impedem de cometer o suicídio.

As cognições disfuncionais da paciente estão relacionadas com sua história de vida, que contribuíram para o desenvolvimento de crenças centrais distorcidas (“sou incapaz”, “sou ruim”, “sou inútil”, “sou impotente”, “sou fraca”, “sou uma mãe ruim”, “sou uma filha ruim”), sendo adotadas as seguintes estratégias compensatórias: alto padrão de exigência consigo mesma (organizada, sempre disponível para todos, impecável no trabalho), cuidado exagerado com a mãe (cuida da mãe doente) e apego exagerado aos filhos (medo dos filhos saírem de casa).

Segundo Beck e Knapp (2008), a conceitualização cognitiva é um trabalho permanente no decorrer do tratamento. À medida que novos dados clínicos importantes são trazidos para a terapia, a conceitualização cognitiva será alterada e atualizada, conforme necessário, enquanto o tratamento evolui. Para preparar um plano de tratamento, uma conceitualização cognitiva individual é extremamente útil, uma vez que guia as intervenções terapêuticas.

J. Beck (1997) afirma que a conceitualização tem início no primeiro contato com o paciente e é um processo contínuo, sujeito a modificações no decorrer dos atendimentos e à medida que novos dados são revelados. Um aspecto interessante a ser ressaltado é que o terapeuta fundamenta suas hipóteses sobre os dados que coletou, mas, inicialmente, essas interpretações e inferências não são claramente embasadas em dados reais. Para isso, o terapeuta terá de verificar constantemente a conceitualização com o paciente em pontos estratégicos, justamente para ter segurança sobre suas observações e conclusões. Uma questão de suma importância é que,

para fazer uma boa conceitualização cognitiva, é preciso ter em mente o modelo cognitivo, o qual levanta a hipótese de que emoções e comportamentos são diretamente influenciados pela percepção que o indivíduo tem do evento. Os pensamentos que cada pessoa tem de determinadas situações é que vão dar o tom emocional e comportamental em relação à situação (BECK, 1997).

Portanto, o conteúdo efetivo da TCC é construído individualmente, a partir da formulação de caso, embora haja um intervenção-padrão e um norte na sequência das sessões, conforme mostrado na Figura 1. Além disso, são dadas tarefas ao paciente para reforçar o aprendizado entre as sessões. O foco principal de cada sessão está destacado na Figura 1, mas é importante notar que cada sessão tem base nas (ou aproveita as) sessões anteriores, enquanto os componentes cognitivos, comportamentais e emocionais são integrados (BENNETT-LEVY et al., 2004; BECK; EMERY; GREENBERG, 1985; BECK, 1997).

A ativação comportamental tem por objetivo aumentar o repertório comportamental e promover capacidade de resolução de problemas para que o indivíduo possa entrar em contato com as contingências de reforçamento positivo (JACOBSON et al., 1996).

Algumas técnicas utilizadas foram o “curtograma”, o diário de atividades (registro da satisfação real e prevista) bem como balança decisória (avaliação de vantagens e desvantagens). No curtograma, foi solicitado à paciente que elaborasse uma lista de coisas das quais:

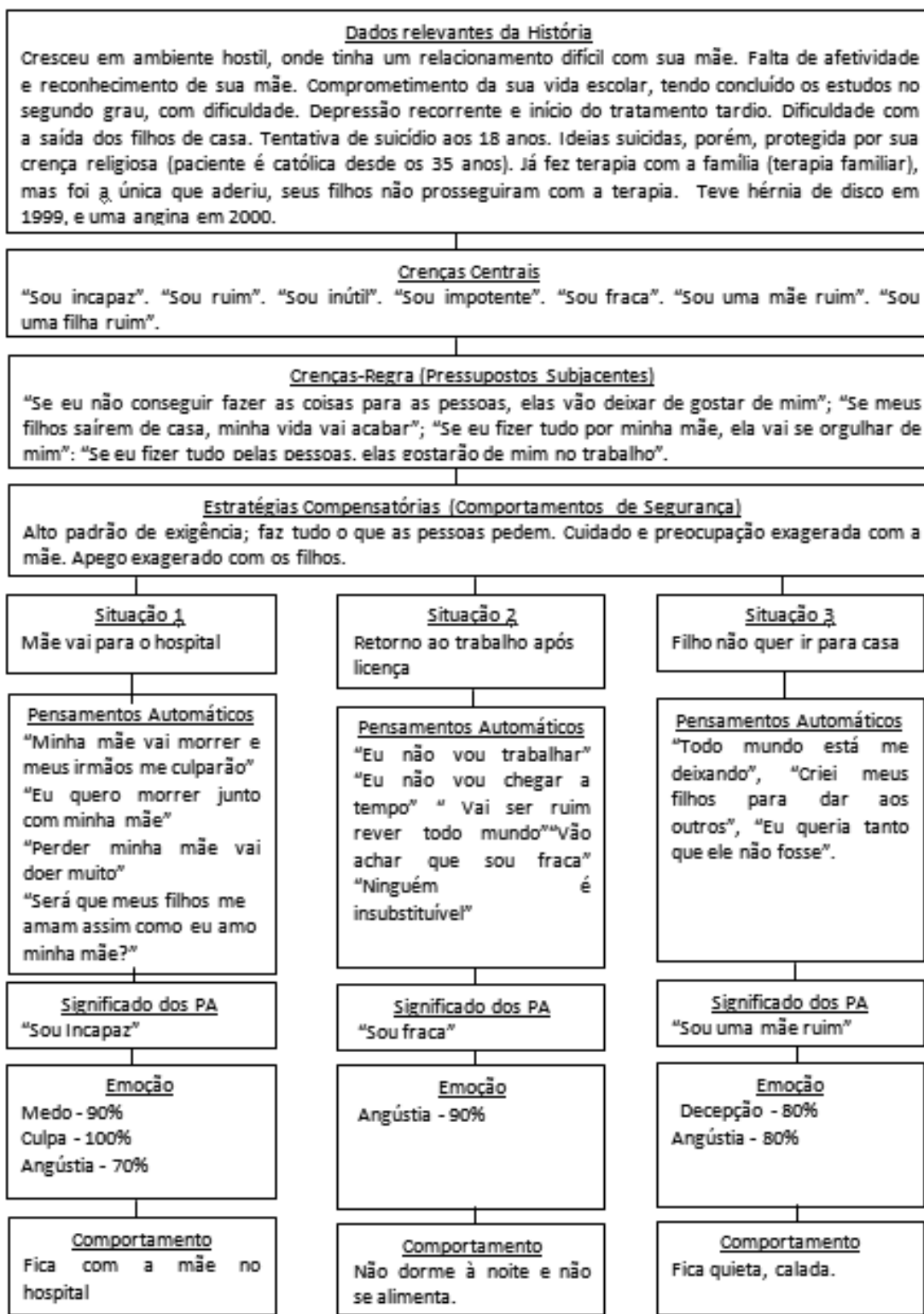
1. gostava e fazia;
2. gostava e não fazia;
3. não gostava e fazia; e
4. não gostava e não fazia.

O diário de atividades foi utilizado para avaliar, junto com a paciente, as atividades executadas por ela no decorrer do dia, o que possibilitou incluir atividades mais prazerosas na rotina da paciente. Com a técnica do registro da satisfação real e prevista, foi possível criar metas de realização de atividades que, neste caso, foram: ir à igreja e fazer caminhadas que lhe possibilitaram avaliar a satisfação antes e depois de realizar cada atividade. As avaliações de vantagens e desvantagens da balança decisória foram utilizadas para ajudar a paciente a tomar decisões importantes.

A reestruturação cognitiva procura desafiar diretamente os pensamentos e as crenças disfuncionais, modificando-os ou substituindo-os por cognições mais adaptativas (CLARK; WELLS, 1995).

A paciente trouxe as suas crenças centrais principalmente quando exploradas através da técnica da seta descendente, sendo estruturadas através de registros de pensamentos disfuncionais, bem como da técnica denominada continuum. Os registros de pensamentos aumentam a objetividade e facilitam que o indivíduo se lembre de eventos, pensamentos e sentimentos ocorridos entre as sessões (Powell et al., 2008). Neles, o paciente é capaz de identificar, sequencialmente, situações, pensamentos automáticos, estados emocionais e

Quadro 2. Diagrama de Conceitualização Cognitiva



comportamento, incluindo avaliações quantitativas (0 a 10 ou 0 a 100) pelos pacientes de suas emoções/sentimentos, após produzirem pensamentos alternativos sobre a situação, com base em evidências. Finalmente, o paciente quantifica o quanto acredita nos pensamentos, avaliando igualmente a intensidade da emoção.

Nos registros de pensamentos, o paciente é também treinado a identificar e modificar as cognições disfuncionais, conhecidas como "distorções cognitivas", definidas como erros sistemáticos de percepção e processamento de informações. Segundo Judith Beck (1995), estas ocupam lugar na depressão, pois os pa-

cientes percebem suas experiências de maneira inflexível, julgando a si e as pessoas com erros de interpretação.

A paciente aqui descrita apresentou, durante as sessões, numerosas distorções, identificadas com base no questionário de distorções cognitivas (CD-QUEST), desenvolvido e validado por Oliveira (2011), assim descritas:

a. Pensamento dicotômico (pensamento denominado do tipo tudo ou nada, preto e branco ou polarizado): “Meu filho volta da casa de praia e não vai para minha casa, está todo mundo me deixando”.

b. Previsão do Futuro (também denominada catastrofização, que antecipa o futuro em termos negativos, acreditando que o que acontecerá será tão horrível que não irá suportar): “Estou sendo engolida, estou indo... meu futuro me parece negro”.

c. Desqualificação dos aspectos positivos (desqualifico e desconto as experiências e acontecimentos positivos insistindo que estes não contam): “As pessoas no meu trabalho não gostam de mim, elas me tratam bem porque precisam de mim”.

d. Raciocínio emocional (acredito que minhas emoções refletem a realidade e deixo que elas guiem minhas atitudes e julgamentos): “Eu não sirvo para meu marido, por conta da depressão, gostaria de morrer, e ele poderia se livrar de mim e arranjar outra mulher”.

e. Rotulação (coloco um rótulo fixo, global e geralmente negativo em mim ou nos outros): “Minha nora vai fazer meu filho infeliz, ela não serve para ele, pois não é da mesma igreja que nossa família”.

f. Ampliação/minimização (avalio a mim mesmo, os outros e as situações ampliando os aspectos negativos e/ou minimizando os aspectos positivos): “Não sou capaz de ajudar a minha mãe que está hospitalizada, eu não sirvo mais para nada”.

g. Abstração seletiva (também denominada filtro mental e visão em túnel, presto atenção em um ou poucos detalhes e não consigo ver o quadro inteiro): “Fui incapaz de ajudar a minha mãe no hospital, só fiz companhia para ela, a confortei, a troquei, eu não consigo fazer nada”.

h. Leitura mental (acredito que conheço os pensamentos e intenções de outros ou que eles conhecem meus pensamentos e intenções, sem ter evidências suficientes): “As pessoas do meu trabalho devem pensar que estou inventando esta doença para não trabalhar mais”.

i. Supergeneralização (eu tomo casos negativos isolados e os generalizo, tornando-os um padrão interminável, com o uso repetido de palavras como “sempre”, “nunca”, “todo”, “inteiro”, etc): “Eu sempre fui uma péssima mãe e filha”.

j. Personalização (assumo que comportamentos dos outros e eventos externos dizem respeito (ou são direcionados) a mim, sem considerar outras expli-

cações plausíveis): “Se minha mãe morrer, meus irmãos me culparão”.

l. Afirmações do tipo “deveria” (também “devia”, “devo”, “tenho de”, digo a mim mesmo que os acontecimentos, os comportamentos de outras pessoas e minhas próprias atitudes “deveriam” ser de forma que espero que sejam e não o que de fato são): “Devia morrer, assim todos iam refazer a sua vida, sou um peso para a minha família”.

m. Conclusões precipitadas (também conhecidas como inferências arbitrarias, de onde tiro conclusões negativas ou positivas a partir de nenhuma ou de poucas evidências que possam confirmá-las): “A gente não procura as pessoas que ama sempre, deixa para depois e acontece que elas acabem morrendo (fala na morte de um amigo)”.

n. Culpar (outros ou a si mesmo, em que dirijo minha atenção aos outros como fontes de meus sentimentos e experiências, deixando de considerar minha própria responsabilidade; ou, inversamente, responsabilizo-me pelos comportamentos e atitudes de outros): “Eu não posso ficar só, eu atrapalho a vida dos outros”.

o. E se...? (Fico me fazendo perguntas do tipo “e se acontecer alguma coisa”): “E se eu morrer agora? a morte será um sono!”

p. Comparações injustas (comparo-me com outras pessoas que parecem se sair melhor do que eu e me coloco em posição de desvantagem): “Chorei muito, pois encontrei uma senhora na igreja e ela aparentava muito vigor e disposição para vida, já eu estou desse jeito”.

No tratamento, buscaram-se evidências que apoiassem ou não as crenças disfuncionais, sendo construídas, a partir desse trabalho, novas crenças pela paciente.

Com as novas crenças sendo progressivamente ativadas – “Sou capaz”, “Sou uma boa mãe” “Sou uma boa filha” –, a paciente relatava perceber as coisas de forma diferente e, àquela altura, já realizava atividades físicas e participava de atividades sociais.

3) Avaliação Final

Na avaliação final, foram observadas mudanças significativas das queixas relacionadas aos sintomas depressivos e ansiosos.

As reduções desses sintomas podem ser vistas nos escores do BDI (Figura 1) e do BAI (Figura 2).

Nesta fase do tratamento foi verificado novo repertório cognitivo-comportamental e estratégias de enfrentamento apropriadas para lidar com situações que pudessem ativar as crenças disfuncionais de incapacidade, inutilidade, impotência, fraqueza, conforme observados nas seguintes afirmações: “Sou capaz de vencer as dificuldades”; “Ainda sou capaz de ter ajuda, não sou tão inútil quanto pensava”; “Pensar que meus colegas de trabalho não gostam de mim, não é bem as-

sim, eles foram bons amigos em diversos momentos e agora sou capaz de lembrar de diversos momentos nos quais eles me apoiaram e estiveram ao meu lado ao longo dos anos”; “Estou sentindo o amor dos meus filhos de maneira diferente, reconheço que nenhuma mãe é perfeita, mas fiz o que pude para eles, fui uma boa mãe”; “Não me sinto culpada quanto ao casamento do meu filho, é uma escolha pessoal dele”.

4) Follow up

Nesse período, foram estabelecidos com a paciente: nova avaliação a cada três meses, após alta do tratamento para verificação e manutenção do humor, redução da ansiedade e acompanhamento dos novos comportamentos apreendidos. Desde a avaliação final, a paciente foi preparada para o desligamento, sendo realizada a prevenção de recaídas através da revisão das técnicas utilizadas no tratamento e que demonstraram maior potencial de ajuda, e as possíveis situações que poderiam ativar a sintomatologia depressiva, bem como estratégias de enfrentamento de potenciais situações problemáticas futuras.

CONCLUSÃO

O presente relato de caso descreve uma intervenção psicológica, a TCC, no tratamento da depressão. Embora o estudo de caso tenha limitações metodológicas ao não permitir generalizações para outros contextos, pois revela apenas aspectos da parcela estudada, pode-se afirmar que a soma de relatos semelhantes permitem ampliar os conhecimentos da área, trazendo sugestões para a realização de estudos sistemáticos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-IV. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1994.

BECK, A. The current state of cognitive therapy: a 40-year perspective. *Arch. Gen. Psych.*, Chicago, v. 62, n. 9, p. 953-959, 2005.

BECK, A.; ALFORD, B. **Depressão**: causas e tratamento. 2. ed. Tradução de Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BECK, A.; EMERY, G.; GREENBERG, R. L. (1985). **Anxiety disorders and phobias**: A cognitive perspective. 15. ed. New York: Basic Books, 2005.

BECK, A.; STEER, R. A.; GARBIN, M. G. Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin. Psychol. Rev.*, Tarrytown, v. 8, Issue 1, p.77-100, 1988.

BECK, J. S. **Cognitive Therapy**: basics and beyond. New York: Guilford Press, 1995.

_____. **Terapia Cognitiva**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BENNETT-LEVY J., et al. **The Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy**. Oxford, UK: Oxford University Press, 2004. p.1-20.

CLARK, D. M.; WELLS, A. A. Cognitive model of social phobia. In: HEIMBERG, R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIDER, F.R. **Social Phobia**: diagnosis, assessment and treatment. New York: Guilford.1995. p.69-93.

CUNHA, J. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DE-OLIVEIRA I. R., et al. *Initial psychometric properties of the cognitive distortions questionnaire (CD-Quest)*. **Paper presented at the 45th Annual Meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT)**. Toronto, Canada, 2011.

GOUVEIA J.A. et al. **Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão**: estudo da sua interação com os acontecimentos de vida. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1990.

KNAPP, P.; BECK, A. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 30, supl. II, p. 554-564, 2008.

JACOBSON, N. S. et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J. Consult. Clin. Psychol.*, Washington, v. 64, n. 2, p. 295-304, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

POWELL, V. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Rev. Bras Psiquiatr.*, São Paulo, v. 30, Supl. 2, p. S73-80, 2008.

WAINER, R.; PERGHER, G.; PICCOLOTO, N. Terapia cognitivo-comportamental das depressões. In: CAMINHA, R. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: teoria e prática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 61-85.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health**: new understanding, new hope. Genova: WHO, 2009.

Submetido em 13.11.2013;

Aceito em 20.12.2013.