

RECURSOS EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DE PESSOAS COM DEPRESSÃO

Resources in cognitive-behavioral therapy for the treatment of people with depression

Viviane de Castro Soares
Maria Claudete Silva

RESUMO: A depressão é um transtorno de humor incapacitante, pois drena a energia física e mental do indivíduo, dificultando ou impedindo-o de realizar atividades, desde as mais complexas até as mais simples, como se levantar da cama. Se o transtorno for com um alto grau e recorrente pode levar ao suicídio, se não tratar. A terapia cognitivo comportamental (TCC) por ser uma terapia breve, tem se mostrado eficaz para o tratamento da depressão. O presente artigo tem como objetivo apresentar tratamento de depressão, utilizando recursos da terapia cognitivo-comportamental. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas plataformas Scielo e Google Scholar, no período de 2011 a 2021, bem como em livros que abordassem os temas sobre depressão, suas causas, sinais e sintomas, terapia cognitivo-comportamental e seus recursos. Como conclusão observou-se que a TCC apresenta diversos recursos que podem auxiliar o paciente em depressão, entre eles o fortalecimento da relação terapêutica, o questionamento socrático, a seta descendente, a psicoeducação, o cronograma de atividades prazerosa, a ativação comportamental, o reconhecimento das emoções positivas, a análise das vantagens e desvantagens na tomada de decisão e a prevenção de recaída. Vale lembrar que os recursos devem ser adaptados para o estado de depressão que o paciente se encontra.

Palavras-chave: Depressão. Recursos. Terapia cognitivo-comportamental. Tratamento.

ABSTRACT: Depression is a disabling mood disorder, as it drains the individual's physical and mental energy, making it difficult or preventing him from performing activities, from the most complex to the simplest, such as getting out of bed. If the disorder is high-grade and recurrent, it can lead to suicide if left untreated. Cognitive behavioral therapy (CBT) as a brief therapy has been shown to be effective for the treatment of depression. This article aims to present depression treatment, using cognitive-behavioral therapy resources. For this, a bibliographic research was carried out on the Scielo and Google Scholar platforms from 2011 to 2021, as well as in books that addressed the topics of depression, its causes, signs and symptoms, cognitive behavioral therapy and its resources. In conclusion, it was observed that CBT has several resources that can help the patient in depression, including strengthening the therapeutic relationship, Socratic questioning, the descending arrow, psychoeducation, the schedule of pleasurable activities, behavioral activation, recognition of positive emotions, the analysis of the advantages and disadvantages in decision making and the prevention of relapse. It is worth remembering that the resources must be adapted to the state of depression that the patient is in.

Keywords: Depression. Resources. Cognitive behavioral therapy. Treatment.

1. INTRODUÇÃO

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) visa avaliar como a pessoa interpreta os acontecimentos em sua vida, pois os pensamentos têm muita influência sobre os comportamentos. E esses pensamentos são influenciados por crenças que o indivíduo vai formando internamente, desde a infância. As crenças e pensamentos podem gerar avaliações cognitivas (interpretações) diversas, gerando emoções e reações fisiológicas, que podem gerar comportamentos disfuncionais ou funcionais. (BECK, 2013)

Segundo Beck (2013), a depressão é um transtorno de humor, que gera interpretações negativas sobre si e sobre o mundo, causando desesperança para o indivíduo. O passado é extremamente atuante nos pensamentos e nas crenças do sujeito em depressão, não conseguindo aproveitar o presente, nem visualizar o futuro com esperança, causando sofrimento psíquico. A TCC pode auxiliar na recuperação desse tipo de sofrimento mental permanente ou temporário, visto que trabalhar a flexibilidade cognitiva é um dos objetivos dessa terapia, uma vez que o entendimento é que o indivíduo pode criar novas interpretações e assim ressignificar sua forma de interpretar a realidade.

Portanto, o presente artigo tem como objetivo apresentar o quanto a TCC Beckiana pode contribuir para o tratamento de depressão, utilizando alguns de seus recursos, para trazer alívio do sofrimento, das angústias e trazer possibilidades de uma vida mais funcional. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em artigos e livros que abordassem os temas sobre depressão, suas causas, sinais e sintomas, terapia cognitivo-comportamental e seus recursos.

2. METODOLOGIA

Esse trabalho consiste em uma revisão bibliográfica não-sistemática, que procurou coletar as informações e dados obtidos e estes serviram de base para a construção do conhecimento e da integração dos temas que direcionaram a revisão da pesquisa para o tema proposto.

A pesquisa bibliográfica, tendo como natureza a pesquisa qualitativa - descritiva, é um tipo de estudo que permite ao autor desenvolver novas pesquisas, baseando-se em outros

estudos já elaborados anteriormente, com a utilização de métodos de investigação com caráter subjetivo, a fim de descrever as características de uma população ou fenômeno. É entendida como um estudo realizado com base em fontes secundárias, ou seja, materiais já elaborados por outros autores (GIL, 2008).

Para Treinta, et. al. (2014), na pesquisa bibliográfica, o pesquisador estabelece a identificação dos principais trabalhos e produções científicas que possam contribuir para o desenvolvimento do estudo em desenvolvimento.

A pesquisa foi realizada nas plataformas Scielo e Google Scholar, no período de 2011 a 2021, bem como em livros que abordassem os temas sobre depressão, suas causas, sinais e sintomas, terapia cognitivo-comportamental e seus recursos, tendo como base a TCC Beckiana.

Como critério de inclusão, foram selecionados os trabalhos que relacionam a depressão com a TCC, o tratamento da TCC na depressão e trabalho de bases conceituais, dentro da delimitação da temática.

3. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem da Psicologia, que foi criada por Aaron Beck, na década de 1960, nos Estados Unidos. Na década de 1950 a intenção de Aaron Beck era demonstrar na prática a teoria psicanalítica de que depressão significava raiva, que se voltava para dentro do próprio indivíduo. Porém, no decorrer de suas pesquisas, Aaron Beck passou a desenvolver uma nova teoria empírica da depressão, distanciando-se da psicanálise. (SANTOS; GOUVEIA; OLIVEIRA, 2015)

Aaron Beck (2014) criou uma forma de psicoterapia nomeada primeiramente como “terapia cognitiva” e que atualmente é usada como sinônimo de “terapia cognitivo-comportamental”, segundo ele:

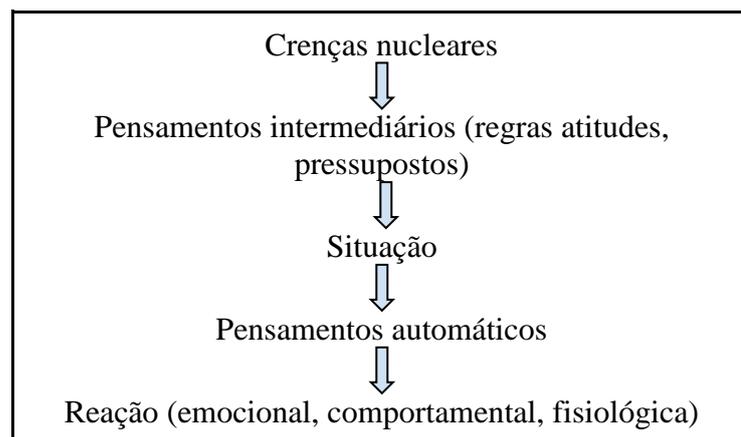
Para o tratamento de depressão, Beck (1964 apud, Beck, 2014) concebeu uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais, que são definidos como inadequados e/ou inúteis.

Em um primeiro momento, Aaron Beck (2014), compreendeu a depressão provocando distorções cognitivas nas pessoas, o que o levou a pensar que era um transtorno de pensamento, porém, com observações e atendimentos, percebeu que se tratava de um

transtorno de humor. Nas distorções cognitivas, os pensamentos negativos, recorrentes e distorcidos, Aaron Beck denominou como pensamentos automáticos

Segundo Beck (1964), os pensamentos automáticos são um fluxo de pensamentos que coexiste com um fluxo de pensamentos mais manifestos. Esses pensamentos não são apenas característicos de pessoas em sofrimento psicológico; são uma experiência comum a todos nós. Na maior parte do tempo, quase não temos conhecimento desses pensamentos, embora com apenas um pouco de treinamento possamos facilmente trazê-los à consciência. Quando tomamos consciência de nossos pensamentos, podemos automaticamente fazer uma verificação da realidade para ver se não estamos sofrendo de disfunção psicológica. Este tipo de teste automático da realidade e resposta aos pensamentos negativos é uma experiência comum. Pessoas que estão em sofrimento em geral não se engajam nesse tipo de exame crítico. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) ensina ao cliente ferramentas para avaliar seus pensamentos de forma estruturada e consciente, sobretudo quando ele está abalado ou engajado em comportamento inútil. (J. BECK, 2022, p.207).

De acordo com Beck, no começo da infância, as crianças desenvolvem determinadas ideias sobre si mesmas, sobre as outras pessoas e o seu mundo. As suas crenças mais centrais ou crenças nucleares, são compreensões duradouras tão fundamentais e tão profundas que frequentemente não são articuladas nem para si mesmo. A pessoa considera essas ideias como verdades absolutas - é como as coisas são.



Fonte: Beck (2013), p.56.

Com o avanço de sua pesquisa, demonstrou a tríade cognitiva negativa, que ocorre no sujeito deprimido, o qual passa a ter crenças negativas sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro, por conta da depressão. Essas crenças negativas provocam sintomas emocionais e motivacionais da depressão. Na época da criação de sua teoria, diversos estudos avaliaram o

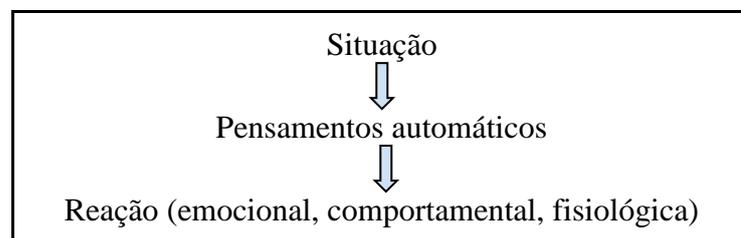
protocolo de tratamento da TCC e constataram tratar-se de uma terapia eficaz para depressão. Um desses estudos apontou a TCC como o primeiro tratamento psicoterápico a obter resultados tão bons quanto os tratamentos farmacológicos da depressão, ou melhores do que eles. (FRIEDBERG; MCCLURE, 2019)

Tendo contato com pessoas com sintomas de depressão, Beck enxergou a depressão por outro prisma, desenvolvendo assim, um instrumento para medir a depressão, que foi o inventário de depressão de Beck, que é um teste para mensurar graus de depressão, que é reconhecido e utilizado por profissionais no mundo todo (FALCONE; OLIVEIRA, 2012).

O inventário da Depressão de Beck (BDI) avalia a intensidade de sintomas depressivos e ajuda a identificar aspectos que requerem intervenções mais rápidas, em casos de sintomas graves. Com esta ferramenta é possível identificar pensamentos negativos, a visão de si como um fracasso ou desejos suicidas (FALCONE; OLIVEIRA, 2012).

É possível, por meio do inventário, avaliar o quanto pessoas com depressão podem exibir sintomas em todas as quatro esferas do modelo cognitivo (evento - avaliação cognitiva - emoção - comportamento), bem como em seus relacionamentos interpessoais.

Modelo Cognitivo:



Fonte: Beck (2013), p.55.

Estilos cognitivos negativos e atribuições negativas também são comuns em pessoas deprimidas. Krackow e Rudolph (2008) relataram que indivíduos deprimidos não só superestimam o nível de estresse de eventos reais em suas vidas, como também demonstram a tendência de superestimar seu próprio papel no evento angustiante. Estilos cognitivos depressivos incluem atribuições internas, estáveis e globais para fracassos e atribuições externas, instáveis e específicas para sucessos.

Coerentes com esse estilo cognitivo negativo, pessoas deprimidas costumam generalizar eventos negativos e fazer previsões de resultados negativos, independentemente das evidências que apontam o contrário. Além disso, suas interpretações negativas sobre o comportamento dos outros, o ambiente ou suas próprias experiências servem para reforçar

suas crenças em relação a uma baixa autoestima. Os eventos positivos são facilmente descartados ou esquecidos, ao passo que as experiências negativas são lembradas por muito tempo como evidência das próprias inadequações. A baixa autoestima pode acompanhar com frequência a depressão. Pensamentos relacionados a uma incapacidade de ajustar-se ou crenças sobre inadequações costumam estar presentes. Em geral, para as pessoas deprimidas, é quase impossível dizer alguma coisa positiva sobre si mesma. (FRIEDBERG; MCCLURE, 2019)

4. DEPRESSÃO

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão é considerada a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde (Murray; Lopez, 1996). Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e da Organização Mundial de Saúde (1993), o episódio depressivo é classificado de acordo com o número e a gravidade dos sintomas em três graus: leve, moderado ou grave; os episódios graves podem possuir sintomas psicóticos e o transtorno depressivo pode ser recorrente.

De acordo com o Manual Estatístico de Diagnóstico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-V), a depressão é classificada como: - Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor; - Transtorno Depressivo Maior; - Transtorno Depressivo Persistente; - Transtorno Disfórico Pré-Menstrual; - Transtorno Depressivo devido a outra Condição Médica (DSM-V 2014, p.155). As características comuns, presentes em todos os transtornos depressivos, são tristeza, sensação de vazio, humor irritável, acompanhados de alterações somáticas, dentre outras (CHAND; GIVON, 2017). Ao se falar em epidemiologia, existe a prevalência do transtorno depressivo Maior em indivíduos entre 18 e 29 anos, muito mais elevada comparada com os de faixa etária dos 60 anos, sendo essa prevalência maior nas mulheres do que nos homens, entretanto a incidência aumenta em ambos os sexos (HARRISON et al., 2008; CHAND; GIVON, 2017).

De acordo com o CID-11 e o DSM-V, os transtornos depressivos se encontram classificados dentro do grande grupo dos Transtornos do Humor, cujas linhas gerais seriam:

Quadro 1 - Comparativo do Transtorno Depressivo de acordo com CID-11 e DSM-V

Transtornos Depressivos	
CID-11	DSM-V
F30 - Episódio maníaco (usado para episódio único de mania).	296 - Transtorno depressivo maior, designado como único ou recorrente.
F31- Transtorno Afetivo Bipolar, com a discriminação do episódio atual, hipomaníaco, maníaco ou depressivo.	
F32- Episódio depressivo, que pode ser classificado em leve, moderado ou grave. Os episódios leves e moderados podem ser especificados quanto à presença ou não de sintomas somáticos e os graves quanto à presença ou ausência de sintomas psicóticos.	300.4- Transtorno distímico, que pode ser classificado como de início precoce ou tardio, com ou sem características atópicas.
F33- Transtorno depressivo recorrente, também com a especificação do episódio atual.	311- Transtorno depressivo sem outra especificação.
F34- Transtornos persistentes do humor - Distímia (queixas depressivas há, pelo menos, dois anos) e Ciclotímia.	

Fonte: CID-11; DSM-V

Devido a apresentação de vários sinais e sintomas, o diagnóstico da depressão pode ser realizado com base em entrevista psicológica, avaliação psicopatológica que pode ser empregado o uso de alguns inventários e testes psicológicos. Esta avaliação deve ser realizada por profissionais de saúde mental, entre eles o psicólogo e o psiquiatra, obedecendo aos critérios de diagnóstico baseado no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5 e na Classificação internacional de doenças CID-11.

4.1 Causas, sinais e sintomas de depressão

A causa da depressão é multifatorial e abarca fatores psicológicos, socioculturais e biológicos. Junto a esses fatores o desenvolvimento da depressão é derivado da interação do indivíduo com várias causas, dentre elas: fatores genéticos em relação à vulnerabilidade herdada da família, fatores culturais, sociais, ambientais e psicológicas, em relação aos

atravessamentos vividos durante a vida e situações que afetaram antes e durante ao quadro depressivo. Toda essa variedade de fatores que decorrem da trajetória de vida da pessoa, que influenciará na apresentação do transtorno depressivo (SILVA, 2016; MATOS E OLIVEIRA, 2013).

Além disso, do ponto de vista psicológico, os transtornos depressivos têm uma relação fundamental com as experiências de perda, principalmente de perdas significativas: de pessoa muito querida, emprego, moradia, status socioeconômico, ou de algo puramente simbólico (HOFER, 1996; DEL PINO, 2019).

Segundo Dalgalarrondo (2008), existe uma multiplicidade de sintomas nos transtornos da depressão que podem ser afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos a auto valoração, à vontade e à psicomotricidade, sendo eles:

- Nos sintomas Afetivos está incluída a tristeza, o sentimento de melancolia, o choro fácil ou frequente, a apatia (indiferença afetiva; “Tanto faz como tanto fez.”), o sentimento de falta de sentimento (“É terrível: não consigo sentir mais nada!”). Sentimento de tédio, de aborrecimento crônico. Irritabilidade aumentada (a ruídos, pessoas, vozes etc). Angústia ou ansiedade. Desespero. Desesperança.
- As alterações da Esfera Instintiva e Neurovegetativa: Anedonia (incapacidade de sentir prazer em várias esferas da vida). Fadiga, cansaço fácil e constante (sente o corpo pesado). Desânimo, diminuição da vontade (hipobulia: “Não tenho pique para mais nada.”). Insônia ou hipersonia. Perda ou aumento do apetite. Constipação, palidez, pele fria com diminuição do turgor. Diminuição da libido (do desejo sexual). Diminuição da resposta sexual (disfunção erétil, orgasmo retardado ou anorgasmia).
- As alterações Ideativas: Ideação negativa, pessimismo em relação a tudo. Ideias de arrependimento e de culpa. Ruminações com mágoas antigas. Visão de mundo marcada pelo tédio (“A vida é vazia, sem sentido, nada vale a pena.”). Ideias de morte, desejo de desaparecer, dormir para sempre. Ideações, planos ou atos suicidas.
- Nas alterações Cognitivas: Déficit de atenção e concentração. Déficit secundário de memória. Dificuldade de tomar decisões. Pseudodemência depressiva.
- Alterações da Auto Valoração: Sentimento de auto-estima diminuída. Sentimento de insuficiência, de incapacidade. Sentimento de vergonha e autodepreciação
- Alterações da Volição e da Psicomotricidade: Tendência a permanecer na cama por todo o dia (com o quarto escuro, recusando visitas etc). Aumento na latência entre as perguntas e as respostas. Lentificação psicomotora até o estupor. Estupor hipertônico ou hipotônico.

Diminuição da fala, redução da voz, fala muito lenta. Mutismo (negativismo verbal).
Negativismo (recusa à alimentação, à interação pessoal etc).

Também podem estar presentes, em formas graves de depressão, sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações), marcante alteração psicomotora (geralmente lentificação ou estupor) e fenômenos biológicos (neurais ou neuro-endócrinos) associados. Entre os sintomas psicóticos podemos citar: Ideias delirantes de conteúdo negativo. Delírio de ruína ou miséria. Delírio de culpa. Delírio hipocondríaco e/ou de negação de órgãos. Delírio de inexistência (de si e/ou do mundo). Alucinações, geralmente auditivas, com conteúdos depressivos. Ilusões auditivas ou visuais. Ideação paranóide e outros sintomas psicóticos humor incongruentes (DALGALARRONDO, 2008).

A depressão é um problema psicológico presente em diversas pessoas. Reconhecer os sinais e sintomas de depressão é fundamental para o desenvolvimento de um tratamento eficaz. Entretanto, uma vez que a depressão pode assumir muitas formas, torna-se um desafio reconhecer seus sintomas. (DALGALARRONDO, 2008)

Segundo o autor citado acima, a pessoa deprimida muitas vezes sente-se desesperançada e acredita que nunca se sentirá melhor ou que dificilmente sua vida melhorará. O sentimento de desesperança muitas vezes está relacionado a pensamentos suicidas ou ao desejo de morrer.

Sujeitos deprimidos também sofrem de anedonia, o decréscimo no interesse ou no prazer das atividades. Esse sintoma se manifesta tanto comportamental como afetivamente. Atividades que antes o sujeito costumava apreciar deixam de ser atrativas para ele e passa a sentir um tédio contínuo. A apatia, o desinteresse em passar tempo com os amigos e o afastamento dos outros também são comuns na anedonia. Convites para visitar amigos são recusados, porém o indivíduo deprimido muitas vezes nem recebe esses convites, devido aos seus comportamentos socialmente retraídos. Portanto o contato social do indivíduo deprimido é significativamente diminuído, levando a sentimentos aumentados de solidão. (FRIEDBERG; MCCLURE, 2019)

Receber um diagnóstico de qualquer doença não é fácil, nem pelo paciente, nem pelos familiares. Portanto é fundamental que o profissional de saúde tenha sensibilidade ao comunicar algum diagnóstico, tanto para o paciente, quanto para a família..

5. O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO COM A TCC

A terapia cognitivo-comportamental tem se revelado promissora no tratamento de pacientes deprimidos. Ao aplicar técnicas cognitivas empiricamente apoiadas de forma adequada, ajudam os pacientes a aliviar seus sintomas depressivos. Ao desafiar a visão negativa que esses pacientes têm sobre si mesmos, os outros, o ambiente e o futuro, a terapia cognitivo-comportamental promove um panorama mais exato e equilibrado. (FRIEDBERG; MCCLURE, 2019)

De acordo com Judith Beck (2022), quando os clientes estão em modo depressivo, seus esquemas são disfuncionais, e suas crenças são mais distorcidas e extremas. Suas crenças positivas tendem a estar latentes.

as crenças nucleares negativas sobre si mesmo recaem em duas categorias amplas: aquelas associadas ao desamparo e aquelas associadas ao desamor. Uma terceira categoria, associada ao desvalor, também foi descrita. Quando os clientes estão deprimidos, suas crenças nucleares negativas podem preponderantemente recair em uma dessas categorias, ou eles podem ter crenças nucleares em duas ou três categorias. Alguns têm apenas uma crença dentro de uma categoria; outros têm apenas múltiplas crenças dentro de uma categoria. Algumas vezes, está claro à qual categoria pertence uma determinada crença nuclear negativa, sobretudo quando o cliente na verdade usa palavras como “Sou incapaz” ou “Não sou amado”. Outras vezes, isso não fica assim tão claro. Por exemplo, clientes deprimidos podem dizer: “Não sou bom o suficiente. (BECK, 2022, p.283)

É fundamental que as crenças distorcidas envolvidas pelo pessimismo sejam trabalhadas pela(o) psicóloga(o) em conjunto com o paciente, com o objetivo de desenvolver e fortalecer crenças realisticamente positivas, e modificar crenças negativas, para se ter um modelo cognitivo mais adaptativo. Para isso, é fundamental que o significado das cognições seja investigado no processo terapêutico, a fim de que crenças sejam identificadas. O ideal de saúde psicológica para o ser humano é ter visões equilibradas das outras pessoas e do mundo, bem como perceber o futuro de forma como realmente pode ser, com possibilidade de experiências positivas e neutras, e não apenas negativas. (BECK, 2022)

De acordo com Beck (2022), para se trabalhar crenças é necessário fortalecer crenças adaptativas, estimulando o paciente a se engajar em atividades que podem lhe trazer sentimentos de domínio, prazer, conexão e empoderamento.

Outras estratégias importantes incluem: identificar dados positivos e tirar conclusões úteis sobre suas experiências; identificar as vantagens de acreditar nas crenças adaptativas; apontar o significado dos dados positivos; usar outra pessoa como referência; usar um quadro para coletar evidências; induzir imagens de experiências atuais e de sua história; agir “como se”.
(BECK, 2022, p.301)

A autora ressalta que “o fortalecimento de crenças adaptativas e a reestruturação de crenças mal-adaptativas requerem trabalho sistemático e constante ao longo do tempo”. (2022) É um processo muito rico que surte efeitos extraordinários.

No transtorno depressivo os pacientes apresentam uma constância da forma que interpretam certas experiências em suas vidas, apresentando pensamentos negativos, que resultam nas suas emoções negativas. A TCC propõe explicações mais prováveis, levando os clientes a uma nova forma de percepção e análise da veracidade dos fatos, assim promovendo uma diminuição dos sintomas, e contínuo treinamento dos mesmos para identificação e análise desses pensamentos automáticos, irrealistas e desadaptativos, norteados para a flexibilização da forma de percepção e respostas, para isso a TCC utiliza de diversas técnicas e recursos terapêuticos.

Conforme Friedberg e McClure (2019), a escolha de uma intervenção inicial é guiada por fatores como o ambiente, idade, nível de desenvolvimento cognitivo, a gravidade da depressão e as habilidades já existentes do indivíduo.

Primeiro, a segurança deve ser estabelecida por meio da avaliação do risco de suicídio e, se necessário, com o tratamento do potencial suicida no cliente. Esse processo deve incluir avaliação do risco de autolesão, desenvolvimento de planos de segurança, redução da desesperança e verificação de pensamentos imprecisos relacionados à ideação suicida.

Segundo, especificar o nível cognitivo do indivíduo, a fim de determinar o quanto as intervenções cognitivas podem ser úteis. Analisar o desenvolvimento da linguagem e a maturidade cognitiva dos pacientes, para saber se as técnicas cognitivas serão vantajosas.

Terceiro, é melhor começar com técnicas, levando em conta a baixa motivação, o baixo nível de atividade, a capacidade diminuída de resolução de problemas e a desesperança

que frequentemente acompanham os estados depressivos. Técnicas de ativação comportamental aumentarão a interação social e minimizarão os comportamentos retraídos. Assim, o cronograma de eventos prazerosos e treinamentos de habilidades sociais são boas intervenções iniciais para combater sintomas depressivos. Além disso, apresentando intervenções iniciais em pequenas tarefas graduais, os primeiros sucessos podem aumentar a autoeficácia e motivação.

Para trabalhar com paciente é necessário desenvolver uma conceituação de caso. A conceituação de caso tem como função primária guiar a terapia de modo a aliviar o sofrimento do cliente e a desenvolver a sua resiliência. Pode ser entendida como um processo em que terapeuta e cliente trabalham em colaboração para primeiro descrever e depois explicar os problemas que o cliente apresenta na terapia. (Kuyken et al., 2010)

A conceituação de caso facilita a tarefa do terapeuta de adaptar técnicas que se ajustem às circunstâncias do indivíduo. Ela orienta a escolha das técnicas, seu ritmo e sua implementação, bem como a avaliação do progresso. Cada caso com que a(o) psicóloga(o) se depara é diferente. A tarefa é criar uma estrutura conceitual geral que permita o máximo de flexibilidade.

Planejar o tratamento é fundamental na TCC e apresentar esse plano ao paciente, pois um dos principais objetivos do tratamento é que o processo de terapia seja compreensível para a(o) psicóloga(o) e paciente.

São 14 princípios básicos de tratamentos, de acordo com Judith Beck (2022), sobre a terapia cognitivo-comportamental: 1) está baseada em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos; 2) requer uma aliança terapêutica sólida; 3) enfatiza a colaboração e a participação ativa; 4) é orientada para os objetivos e focada nos problemas; 5) enfatiza inicialmente o presente; 6) é educativa, tem como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaídas; 7) visa ser limitada no tempo; 8) as sessões são estruturadas; 9) ensina o paciente a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais; 10) usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento; 11) enfatiza o positivo; 12) monitora continuamente o progresso do cliente; 13) é culturalmente adaptada e adapta o tratamento ao indivíduo. 14) inclui Planos de Ação - tarefa de casa de terapia.

Sendo uma psicoterapia breve, com duração em torno de 6 a 16 sessões, onde inicialmente é focada na resolução de questões no presente “aqui e agora”, independente do diagnóstico, com o intuito de trazer uma melhor qualidade de saúde mental com o alívio dos sintomas. As sessões de terapia cognitivo-comportamental são estruturadas. (BECK, 2014)

5.1 RECURSOS DA TCC EM PACIENTE COM DEPRESSÃO

A TCC oferece uma variedade de recursos técnicos para o tratamento da depressão, dentre elas podemos citar relação terapêutica, questionamento socrático, seta descendente, psicoeducação, cronograma de atividades prazerosa, ativação comportamental, reconhecimento das emoções positivas, análise das vantagens e desvantagens na tomada de decisão e prevenção de recaída.

5.1.1 Relação terapêutica

A relação terapêutica é muito importante, pois gera vínculo entre o paciente e terapeuta. E essa relação deve ser estabelecida, desde o início dos atendimentos, por meio de um bom rapport. Um rapport bem feito gera confiança, o que é fundamental para o tratamento. Pesquisas demonstram que alianças positivas estão relacionadas aos resultados positivos no tratamento (Raue e Goldfried, 1994). Para desenvolver uma aliança terapêutica, é recomendado que a(o) psicóloga(o) demonstre boas habilidades terapêuticas, compartilhe sua conceituação e plano de tratamento, tome decisões colaborativamente com o sujeito, busque feedbacks sobre o atendimento, varie seu estilo, ajude o sujeito a resolver seus problemas e a aliviar sua angústia.

5.1.2 Questionamento socrático

Os pensamentos automáticos são ditos inconscientes somente à medida em que não são previstos ou controlados pelo indivíduo; porém, nada impede que tais conteúdos tornem-se conscientes. Nesse caminho, Beck afirma a necessidade de questionar as crenças do paciente, na qual o terapeuta teria êxito por meio do chamado empirismo colaborativo e por meio da técnica que denominou questionamento socrático (PADESKY, 2010).

Wright, Basco e Thase (2008) citam que o estilo de questionamento socrático usado na terapia cognitiva baseia-se em uma relação empírica colaborativa e tem o objetivo de ajudar o paciente a reconhecer e modificar o pensamento desadaptativo. Sua ampla utilização pode ser explicada por ser um instrumento que viabiliza ao terapeuta dirigir a atenção do paciente para uma área específica, de modo que ambos, terapeuta e paciente, possam avaliar as respostas em

relação ao tema e esclarecer ou definir o problema. Também pode auxiliar a identificar pensamentos, imagens e crenças, possibilitando examinar o significado atribuído pelo paciente aos eventos e avaliar as consequências de pensamentos ou comportamentos.

5.1.3 Seta descendente

É uma técnica da terapia cognitivo-comportamental, utilizada para a exploração de medos subjacentes. Essa técnica, foi conceituada por Judith Beck (1995), como uma importante ferramenta de reflexão, na qual ao perguntar o que um pensamento significa para o paciente, vai evocar crenças intermediárias, já se perguntar ao paciente o que um pensamento significa sobre ele, evoca crenças nucleares.

É implementada através de uma série de perguntas com o objetivo de se descobrir o esquema básico subjacente (crenças intermediárias) a partir dos pensamentos de nível mais superficial chega-se a identificar a crença central. Com esta técnica, o terapeuta continua a fazer perguntas sobre o pensamento ou evento: “O que aconteceria, então, se isso fosse verdade? ” Ou “O que isso significaria para você, se acontecesse?” De acordo com isso, o terapeuta escreve o pensamento do paciente na parte superior da página e então desenha uma flecha para baixo, em direção à série de pensamentos ou eventos implícitos no pensamento original

5.1.4 Psicoeducação

O tratamento baseado nas intervenções da terapia cognitivo-comportamentais tem como uma das premissas o processo de psicoeducação para que ao longo do processo terapêutico o paciente com depressão consiga por conta própria identificar e lidar com as situações relacionadas aos sintomas da doença, bem como treinar formas de habilidades sociais e resolução de problemas.

O objetivo dessas práticas é alterar excessos ou déficits comportamentais, crenças e valores relacionados aos comportamentos-problema (Knapp & Beck, 2008; Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008). A psicoeducação que tem uma importante função de orientar o/a paciente em diversos aspectos, seja a respeito das consequências de um comportamento, na construção de crenças, valores, sentimentos e como estes repercutem em sua vida e na dos outros, bem como nortear um/a paciente e sua família quanto à existência ou prevalência de doenças, sejam elas de ordem física, genética ou psicológica (BECK, 2013).

Segundo Beck (2013), é uma técnica capaz de proporcionar ao indivíduo a desenvolver pensamentos, ideias e reflexões sobre as pessoas, sobre o mundo e como

comportar-se diante de algumas situações através de atividades que podem colaborar justamente na reflexão e obtenção de valores, tanto nas intervenções individuais como nas coletivas. É fundamental psicoeducar e ensinar o modelo cognitivo para os pacientes: situação/evento - pensamentos automáticos - reação emocional - reação comportamental.

5.1.5 Cronograma de atividades prazerosas

É um recurso com uma primeira e valiosa linha de defesa contra a anedonia, o retraimento social e a fadiga. Para pessoas deprimidas, as atividades consideradas divertidas antes da depressão perdem a graça. Portanto a(o) psicóloga(o) terá que se esforçar para descobrir atividades prazerosas.

5.1.6 – Ativação comportamental

É um recurso que é uma consequência do cronograma de atividades prazerosas. Clientes deprimidos precisam vivenciar reforço positivo aumentado para reduzir a evitação.

A ativação comportamental para os casos de depressão trata de tornar a vida mais significativa e prazerosa novamente, mas envolve estas etapas: Conhecer os ciclos viciosos de inatividade; monitorar as atividades diárias para entender as relações entre a atividade e o humor; identificar de valores e objetivos, descobrir o que realmente importa para o paciente; Ativação simples, realização de atividades significativas para impulsionar suas experiências de prazer; resolução de problemas de quaisquer barreiras à ativação. O primeiro passo na terapia de ativação comportamental é monitorar a atividade e humor para entender como funcionam os ciclos viciosos de inatividade. Na ativação comportamental, são identificados objetivos específicos para a semana para serem atingidos. Esses objetivos assumem a forma de atividades prazerosas.

5.1.7 Reconhecimento de Emoções positivas

Estimular o paciente a desenvolver emoções positivas / agradáveis.

têm um papel importante na evolução do caso. Elas fortalecem nossos recursos intelectuais, físicos e sociais, criando reservas de que podemos lançar mão quando uma oportunidade ou ameaça se apresentam. Quando estamos em um estado de espírito positivo, os outros, os outros gostam mais de nós, e a amizade, o amor e a união têm maior probabilidade de se solidificarem. Ao contrário das restrições da emoção negativa, nossa disposição mental é expansiva, tolerante e criativa. Ficamos abertos a novas ideias e experiências. (SELIGMANN, 2019, p.49)

5.1.8 Análise de vantagens e desvantagens

Muitas pessoas com depressão apresentam dificuldade de tomada de decisão em assuntos diversos de seu cotidiano. De acordo com Beck (2014), nesses casos o terapeuta pode auxiliar sugerindo que liste as vantagens e desvantagens de cada item, com o objetivo do paciente verificar as opções e tomar a decisão que lhe apresentar mais assertiva naquele momento. As avaliações de vantagens e desvantagens da balança decisória são utilizadas para ajudar o paciente a tomar decisões importantes. A reestruturação cognitiva procura desafiar diretamente os pensamentos e as crenças disfuncionais, modificando-os ou substituindo-os por crenças mais adaptativas (CLARK; WELLS, 1995).

5.1.9 Prevenção de recaída

De acordo com Santos; Gouveia; Oliveira et al, (2015), a prevenção de recaída de depressão pode ser feita através de práticas de mindfulness.

Três são os aspectos principais dessa abordagem: (1) a depressão é vista como uma condição recorrente (ao invés de ficar na expectativa de uma cura definitiva, irreal, busca-se aprender a conviver com ela, reconhecendo o prenúncio e prevenindo recaídas); (2) reconhecer o ciclo repetitivo que se inicia com humor triste, que pode ser um (3) gatilho para padrões habituais de pensamentos de se autodepreciar, ruminações, culminando com evitação. As práticas de mindfulness ampliam a consciência do paciente em relação a esse ciclo, colocando-o inicialmente em contato com as sensações e pensamentos-gatilho, permitindo a ele uma nova perspectiva do processo: pensamentos negativos e ruminações, assim como queda de humor, são aspectos da experiência, ao invés de serem aspectos centrais do (perspectiva descentralizada), e tornam-se a chave na prevenção de recaídas na depressão (Crane, 2009). (SANTOS; GOUVEIA; OLIVEIRA et al, 2015, p.94)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A terapia cognitivo-comportamental oferece uma gama de intervenções que podem ser adaptadas à sintomatologia e ao nível do desenvolvimento específico de cada cliente.

Os recursos e técnicas utilizados pela TCC são variados e eficazes. Podem ser empregados e acompanhados para tratar indivíduos com depressão.

O tratamento deve ter sempre um olhar acolhedor e compreensão empática por parte da(o) psicoterapeuta. Podemos dizer que esse olhar é um recurso também, que faz muita

diferença, pois fortalece a relação terapêutica. Pois a pessoa acometida com algum transtorno ou doença, continua sendo uma pessoa. Apesar dos sintomas, ela não é aquela doença.

Compreender os sinais e sintomas de uma doença é fundamental, a psicopatologia é extremamente necessária para a(o) psicoterapeuta enxergar comportamentos disfuncionais, compreender pensamentos e crenças, apoiar o indivíduo em reestruturar-se cognitivamente.

“A depressão é enganosa, ela te faz acreditar nos seus piores medos e que não há solução para os seus problemas, mas há!” (Autor desconhecido) Esse tipo de crença que a depressão traz causa muito sofrimento, pois o sujeito fica sem perspectiva positiva, gerando assim, angústias, dores psíquicas e físicas e esquivas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é bem-estar biopsicossocial, e não é ausência de doença. A Psicologia é uma área de atuação profissional que ajuda o ser humano a ter mais bem-estar, em todas as esferas da vida, portanto promove saúde. É uma bela profissão, que se propõe a remir sintomas, a aliviar dores, angústias e sofrimentos do ser humano, atuando de modo individual ou em grupo, porém sempre buscando compreender a especificidade singular de cada indivíduo. O ser humano é dotado de características, recursos e estratégias internos, que podem ser estimulados e desenvolvidos, por meio da terapia cognitivo-comportamental. Visando o bem-estar integral da pessoa, a qualidade das relações, os pensamentos e interpretações funcionais, ressignificação, a Psicologia é capaz de ajudar na psique. Ao longo da formação acadêmica em Psicologia, estuda-se diversas abordagens, para ajudar no apoio psíquico das pessoas.

Psicóloga(o) é uma profissional agraciada com o dom da compreensão e da empatia. A escuta ativa é essencial. E faz-se necessário o autodesenvolvimento constante da(o) profissional, por meio do tripé da Psicologia: estudo, supervisão e terapia.

Conclui-se que, dentre as diversas abordagens da Psicologia que existem, os recursos da terapia-cognitivo comportamental, quando bem aplicados, podem ser utilizados para o tratamento de depressão, visto que busca trazer ativação comportamental e flexibilidade cognitiva e, com isso remissão dos sintomas causados pela depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECK, JUDITH S. Terapia Cognitivo-Comportamental teoria e prática. – 3 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2022.
- BECK, JUDITH S. Terapia Cognitivo-Comportamental teoria e prática. – 2 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2013.
- CAMARGO, J, ANDRETTA, I. (2013). Terapia Cognitivo-Comportamental para depressão: um caso clínico. *Contextos Clínicos*, 6 (1):25-32.
- CARDOSO, L. R. D. (2011). Psicoterapias comportamentais no tratamento de depressão. *Psicol. Argum.* 29 (67):479-489.
- CLARK, D. M.; WELLS, A. A. Cognitive model of social phobia. In: HEIMBERG, R.G.;
- DALGALARRONDO, PAULO. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. – 2 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DEL PINO-SEDEÑO, Tasmânia et al. "Eficácia e custo-benefício de uma intervenção multicomponente para melhorar a adesão à medicação em pessoas com transtornos depressivos-mapdep: um protocolo de estudo para um ensaio controlado randomizado em cluster." *Preferência e adesão do paciente* 13 (2019): 309.
- DONADON, Mariana Fortunata et al . Habilidades sociais e depressão: a case reportum relato de caso. *Rev. bras.ter. cogn.*, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 50-56, jun. 2016.
- FRIEDBERG, ROBERT D.; MCCLURE, JESSICA M.. A prática clínica da terapia cognitiva com crianças e adolescentes. – 2 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019.
- HOLLON. SD, JARRETT. RB, NIERENBERG. AA, THASE. ME, TRIVEDI. M, RUSH. AJ. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *J Clin Psychiatry.* 2005;66(4):455-68
- KNAPP, P., & BECK, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64.
- KUYKEN, W.; PADESKY, C. A.; DUDLEY, R. Conceitualização de casos colaborativa: O trabalho em equipe com clientes em terapia cognitivo comportamental (S. M. M. da Rosa, Trad.). Porto Alegre: Artmed 2010
- LEAHY, ROBERT. L. Técnicas de terapia cognitiva : manual do terapeuta / Robert L. Leahy ; tradução Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Irismar Reis de Oliveira. – 2. Ed. Porto alegre: Artmed, 2019.

LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIDER, F.R. Social Phobia: diagnosis, assessment and treatment. New York: Guilford.1995. p.69-93.

MATOS, A.C. S., OLIVEIRA, I.R. Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, Salvador, v.12, pp.512-519, 2013.

POWELL, V. B., ABREU, N., OLIVEIRA, I. R., & SUDAK, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. Revista Brasileira de Psiquiatria, 30 (Sup 2), S73-80.

SANTOS, P. B; GOUVEIA, J. P.; OLIVEIRA, M. S et all. Terapias comportamentais de terceira geração - guia para profissionais. – 1 ed – Novo Hamburgo, 2015.

SELIGMAN, MARTIN E.P. Felicidade Autêntica. – 2 ed. – Rio de Janeiro: Objetiva, 2019.

SILVA, ANA BEATRIZ BARBOSA. Mentis Depressivas: as três dimensões da doença do século. – 1 ed. – São Paulo: Principium, 2016.