



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ROSA CLEIDE ABÍLIO VIEIRA FREITAS

**A ATUAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA DEPRESSÃO-
ESTUDO DE CASO DE UMA MULHER DE 50 ANOS**

NATAL/RN

2017

ROSA CLEIDE ABÍLIO VIEIRA FREITAS

**A ATUAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA DEPRESSÃO
ESTUDO DE CASO DE UMA MULHER DE 50 ANOS**

Trabalho de conclusão de Curso de Psicologia apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), como requisito final para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Ma. Marianna Carla de Lucena.

CRP. 17.1961

NATAL/RN

2017

ROSA CLEIDE ABÍLIO VIEIRA FREITAS

**A ATUAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA DEPRESSÃO –
ESTUDO DE CASO DE UMA MULHER DE 50 ANOS**

Trabalho de conclusão de Curso de Psicologia apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), como parte dos requisitos final para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Rosa Cleide Abílio Vieira

Prof.^a. Ma. Marianna Carla Maia de Lucena
Orientador

Prof.^o Me. Erick Leonardo Pereira
Membro

Prof.^a. Rocelly Dayane T. da Cunha
Coordenadora do Curso de Psicologia

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu alicerce, minha fortaleza, meu mantenedor, meu guia, meu mestre, a Ele que venceu por mim em cada situação no decorrer deste curso.

Ao meu filho Samuel Vieira (in memoria), que apesar de tão frágil me instigou a me torna uma pessoa melhor.

As minhas filhas Débora Maria e Rebeca Jasmim, por elas o meu esforço.

A minha filha Líria Vieira, pelo apoio moral de todas as horas.

A meu filho Nabuco Vieira, por acreditar no meu potencial.

A minha mãe Maria Vieira, pelo apoio tão necessário no momento em que mais precisei.

A João Ferreira, pelo amor, apoio e investimento em minha vida para que eu concluísse esse curso.

Ao psicólogo e prof.º Dr.º Diego Macedo, por ter se debruçado tão bem na arte de ensinar a Terapia Cognitivo-Comportamental a minha turma, do qual através dele eu me despertei por esta abordagem.

Ao meu psicólogo João, por ter sido meio apoio nesse momento.

A minha orientadora Marianna Carla de Lucena, com ela aprendi a me superar.

Ao leitor deste trabalho prof. Erick Leonardo, que enquanto atuava como meu professor em sala de aula me ensinou a arte da humanização.

Ao meu amigo de supervisão Silberto Sales, pelas trocas, amizade e amadurecimento obtidos juntos.

Enfim, aos meus pacientes que foram fundamentais para a realização desse sonho. A cada um destes, a minha gratidão pelo conhecimento que me proporcionaram.

“Somos o que pensamos, tudo o que
somos surge com nossos pensamentos.
Com nossos pensamentos fazemos o
mundo”

(Buda)

RESUMO

Este trabalho tem um foco na reestruturação de pensamentos e crenças de uma paciente na fase adulta com depressão causada pelo medo da solidão, decorrente de repetidos episódios de rejeição que decorreu ao longo da sua vida, a princípio por seus pais, seguido dos rompimentos amorosos, fatos esses relevantes para o desencadeamento do Transtorno Depressivo que a levou a sofrer três reincidências ao longo da vida. O tratamento decorreu através da compreensão e aplicação dos fundamentos teóricos e práticos da Terapia Cognitivo-Comportamental no contexto de atendimento clínico, permeados por vinte e cinco sessões em psicoterapia com duração de 50 minutos, de maneira individual, realizados no período de estágio supervisionado em psicologia. Foi feita a conceitualização cognitiva da paciente, e aplicada às técnicas cabíveis para obtenção da reestruturação cognitiva, tais como o RPD, Questionamento Socrático, Cartão de enfrentamento, Técnica de relaxamento, trabalhamos a questão do amor próprio, autoestima e autonomia. A Terapia Cognitivo-comportamental trouxe uma excelente resposta nesse tratamento, obtivemos a reestruturação cognitiva, através da ressignificação dos pensamentos e conseqüentemente a mudança de comportamento, a paciente organizou questões traumáticas da sua infância, empoderou-se, construiu o amor-próprio, a autoestima, se tornou autônoma, ressignificou o seu medo da solidão, fez desmame dos medicamentos antidepressivos e se mantém sem fazer uso dos mesmos, tornou-se desejosa pelo ato de viver, passou a experimentar novas atividades cotidianas, enquanto reelaborou as antigas, criou e começou a lutar por novas metas, obtivemos um excelente resultado por meio da aliança terapêutica, a paciente foi assídua nas sessões, não houve faltas, bem aplicada, da qual gradativamente a medida que ia obtendo novos resultados, ia também se fortalecendo para lutar mais e mais por seu equilíbrio emocional, alcançando o momento da sua alta.

Palavras chave: TCC. Depressão. Distorção cognitiva. Cognição. Crenças. Pensamentos. Tratamento. Reestruturação. Ressignificação.

ABSTRACT

This article aims to the restructuring thoughts and a patient's beliefs during her adulthood. This patient developed a depressive diagnosis because of being of loneliness. This fear was developed from recurrent episodes of rejection during her life. First from her parentes and then from her relationships. All of this episodes provoked a depressoin disorder, recurring three times in her life. The treatment was done by the comprehension and appliance of theorical and practical foundations of the cognitive and behavioral therapy in a clinical care context. The treatment was structured in 25 meetings each one with 40 minutes long, individually, during a supervised intership in Psychology. In this period of time, it was done a cognitive description of the client, and used the techniques for obtaining a cognitive restructuring. The techniques used in this process were the RPD, the Socratic questioning, coping cards, relaxing techniques, discussion about self-love, self-esteem and autonomy. The cognitive and behavioral therapy brought na excellent response to the treatment, we got the cognitive restructuring, by the thoughts reframing, and provoking the behavioral changing. The client organized her issues from her childhood, conquered power over her life, rebuilt her self-love and self-esteem, became autonomous, figured out herself as her best company ever, abandoned the idea of loneliness, and stop taking the psychotropics by her own, became wishing of living life, started experiencing new day by day activity. While she reorganized her old goals, she created new ones and started fighting for them. We got an excellent result from the therapeutic aliance, because the client did not miss any meeting, and as they passed the results became bigger gradually and the client was able to establish her emotional equilibrium, getting her clinical release.

Key-words: Cognitive and bahavioral therapy. Depression. Distortion. Cognition. Beliefs. Thoughts. Medicines. Treatment. Restructuring. Reframing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1 O QUE É A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	10
2.2 COMO SURTIU A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	11
3 CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA	13
3.1 MODELO COGNITIVO	14
3.2 CRENÇAS	14
3.3 RELAÇÕES ENTRE COMPORTAMENTO E PENSAMENTO AUTOMÁTICO	16
3.4 A TCC APLICADA AO ESTUDO DE CASO DE DEPRESSÃO MAIOR	18
4 DESCRIÇÃO DE ESTUDO DE CASO	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICO	

1 INTRODUÇÃO

O Tema apresentado tratasse da exposição de um estudo de caso que me trouxe a problemática do Transtorno de Depressão, por tanto o título do meu trabalho é “A ATUAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA DEPRESSÃO - ESTUDO DE CASO DE UMA MULHER DE 50 ANOS”. Segundo o DSM-V O que caracteriza a Depressão é a existência de pelo menos cinco sintomas que devem perdurar por um período mínimo de pelo menos duas semanas dos quais são a falta de interesse e/ou prazer na realização em suas atividades diárias, a irritabilidade, falta de apetite, emagrecimento, distúrbios do sono como insônia, sonolência, sono interrompido, agitação ou languidez profunda, sensação de fadiga intensa, culpa, problemas com a concentração, ideias suicidas, preocupações, dificuldades com a autoestima, higiene corporal e automutilação etc.

Este trabalho será desenvolvido com base na atuação e como se dá o tratamento desse transtorno na TCC e os seus resultados. A motivação dessa atividade foi angariar conhecimento de causa dentro de uma proposta de intervenção cognitiva.

Nesse sentido, o objetivo da proposta é tratar a paciente com Transtorno de depressão, por meio da proposta de intervenção da TCC. Beck (2013) Aponta que o princípio é fazer um trabalho junto ao paciente de identificação dos pensamentos automáticos, examiná-los e posteriormente modificar as distorções cognitivas, esse é o caminho necessário para descobrir as crenças limitantes, e por meio dos procedimentos específicos modificar as cognições e comportamentos.

Conforme apontou Knapp (2008) para a obtenção de um melhor resultado é necessário que o terapeuta se detenha a ter um bom conhecimento teórico esse que facilita o conhecimento da causa e uso das técnicas.

Sendo de primordial importância que se estabeleça uma boa relação colaborativa entre terapeuta e paciente, e que o terapeuta dominando a teoria trilhe o modelo cognitivo, dentro de uma sessão estruturada, focada na psicoeducação com verificação disfuncional de pensamentos, fazendo verificações por meio do questionamento socrático e tantas outras formas de constatar a veracidade dos P.A, examinar as evidências, provocar a descatastrofização e reatribuição, fazer ensaios

cognitivos, usar quando preciso o cartão de enfrentamento, criar meios para melhorar o aumento de energia, a conclusão de tarefas, e solucionar problemas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O que é a Terapia Cognitivo-Comportamental

Aaron Beck desenvolveu a forma de Terapia Cognitiva no ano de 1960, a qual denominou originalmente “terapia cognitiva”. O termo “terapia cognitiva” hoje é usado por muitos da nossa área como sinônimo de “terapia cognitivo-comportamental” (BECK, 2013, p. 22).

A TCC é uma abordagem no campo das psicoterapias de psicologia clínica, uma forma de psicoterapia focal e eficaz com base em estudos controlados, a TCC reflete uma forma de tratamento que tem como foco central os processos cognitivos, como, a percepção, a representação, a atenção, o raciocínio e a atribuição de significado.

A TCC é aplicada a uma ampla gama de transtornos como depressão, os transtornos de ansiedades, inclui a ansiedade generalizada, as fobias, o transtorno de pânico, transtornos alimentares, a dependência química, a terapia familiar e conjugal, os transtornos de personalidades, as psicoses, aplicável na criança, adolescente, adulto e idoso individualmente, e em grupo.

Segundo Knapp (2008) o princípio básico da TCC essencialmente construtivista, é que o indivíduo não processa o real objetivamente, mas subjetivamente atribui a eventos, situações, comportamentos de outros o significado muito próprio, esse princípio explica porque diferentes pessoas representam o mesmo evento de diferentes formas, o real é processado através de estruturas cognitivas que denominamos de esquemas, os esquemas se desenvolvem ao longo da vida da pessoa, com base em eventos relevantes de vida, resultando em algo assim como o seu self que é único e pessoal.

O resultado do processamento esquemático que corre no nível de memória implícita, ou inconsciente é a representação do real pela pessoa, essa

representação emerge ao pré-consciente em forma de pensamento automático, que por sua vez determinam a qualidade e intensidade das respostas emocionais e comportamentais.

A partir dessa conceitualização surgiram varias formas de aplicação da terapia cognitivo-comportamental que compartilham as características da terapia criada por Beck que também tem incorporado técnicas de tantas outras terapias como as que discorrerão a seguir: a terapia racional-emotiva comportamental, a terapia comportamental dialética, a terapia de solução de problemas, a terapia de aceitação e compromissora terapia de exposição, a terapia de processamento cognitivo, o sistema de psicoterapia de análise cognitivo-comportamental, a ativação comportamental, a modificação cognitivo-comportamental e tantas outras (BECK, 2013).

2.2 Como surgiu a Terapia Cognitivo-Comportamental

De acordo com Edelman (2014, p 13 grifo do autor)

Na década de 1920, surgiu nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha uma nova forma de psicologia chamada **behaviorismo** [...] O behaviorismo baseou-se na ideia de que a causa de problemas psicológicos devia-se ao aprendizado errôneo, e que se podia resolver a maioria dos problemas ensinando as pessoas a mudarem alguns dos comportamentos [...] Essa corrente psicológica provou ser eficaz no tratamento de alguns transtornos de ansiedade e problemas infantis, porém não obteve tanto êxito no tratamento da depressão e outros problemas psicológicos.

Moreira (2007, p. 216) apontou o Behaviorismo como a filosofia da ciência do comportamento humano tendo por principio questionar a natureza do objeto observado e a fidelidade das observações, citando que para Skinner o Behaviorismo embasa a ciência do comportamento fornecendo embasamento filosófico para a análise do comportamento, que por mais complexo que seja é possível estudá-lo cientificamente, por isso não pode ser comparada com a psicanálise, considerando a

ciência como o caminho mais rápido e mais seguro para a construção do conhecimento, divergindo do conceito da maioria, onde acreditavam que pela complexidade do comportamento humano não era possível de ser estudado, ressaltando o árduo trabalho laboratorial de Skinner, onde mostrou a viabilidade de uma ciência do comportamento, com a inclusão dos fenômenos subjetivos na ciência específica. Certo de que a psicologia poderia influenciar com a sua contribuição para a construção de um mundo melhor.

Conforme Beck (2008), é pertinente o desafio em discriminar o que tem caráter científico de outras práticas que necessitam de comprovação, não descartando a possibilidade de uma futura comprovação científica para a determinada prática e desta feita que ela venha fazer parte da psicologia científica.

Não é o fato de algo existir que o faz válido cientificamente, determinante que vai além, é preciso ser validado cientificamente por pesquisadores, na área específica da saúde psíquica por meio de amostras e pesquisas, a ciência é determinada pela época, por sua construção histórica e pela abertura a estudos em determinada área em uma conjuntura coletiva de um determinado nicho ecológico.

Na TCC as suas técnicas e eficácia é cientificamente comprovado por meio de diversos experimentos proporcionando desta feita um grande benefício ao mundo e aos seus adeptos (KNAPP, 2008).

Edelmam (2014) Aponta para os dois pioneiros e maiores influentes psicólogos clínicos do desenvolvimento da TCC Albert Ellis e o psiquiatra Aaron Beck. Os dois tiveram início de carreira na psicanálise atuando como terapeutas psicanalistas, usando como método de funcionamento a base teórica da psicanálise onde a sua concentração e manuseio da prática estava focado nas experiências passadas dos seus pacientes como mecanismo da tentativa de ajudá-los a melhorar.

No entanto a seguir essa teoria freudiana baseada no lembrar e entender experiências passadas para que provocasse um restabelecimento foi rejeitada e abandonada pelos dois, dentro da compreensão central desses dois teóricos o problema psicológico das pessoas estava intrinsecamente ligado as suas crenças e pensamentos.

O termo pensamento mal adaptativo foi usado por Beck para conceituar cognições disfuncionais que causam sofrimento desnecessário. Ellis e Beck

entenderam que o conceito principal da terapia deveria ser a de provocar os pacientes a reconhecerem seus padrões de atitude auto derrotista e assim mudá-los.

Na atuação da TCC utilizam-se dois tipos de estratégias.

Estratégias cognitivas estão relacionadas ao reconhecimento de pensamentos, crenças e atitudes que provocam o mal estar nas pessoas, reorganizando-se a novas formas cognitivas mais realistas e psicologicamente equilibrada, saudável.

Estratégias comportamentais são a aquisição e aplicação de comportamentos específicos que ajudam a forma de pensar e agir. Alguns desses comportamentos são: enfrentar, em vez de evitar situações que tememos; abandonar atitudes perfeccionistas; usar comunicação positiva; praticar técnicas de profundo relaxamento; resolver o problema; traçar metas; utilizar apoio social; e programar atividades.

3 CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA

A conceitualização cognitiva é um método de descoberta de como se processa o funcionamento cognitivo de um paciente, por meio de um levantamento da história do paciente, para a partir de então dar início ao processo de formulação de um caso, dentro da prática clínica com a Terapia Cognitivo-Comportamental, e então, elaborar uma proposta eficaz de intervenção para o tratamento com a aplicação das melhores técnicas usando os pressupostos da TCC.

A conceitualização cognitiva ela começa a ser formada desde o primeiro contato paciente com o terapeuta e segue por todo o desenrolar do tratamento. Para que uma conceitualização cognitiva seja considerada eficaz, o terapeuta deve investigar determinados aspectos com seu cliente, tais como: o diagnóstico clínico,

os problemas atuais enfrentados pelo cliente juntamente com os fatores estressores precipitantes dos mesmos, suas predisposições genéticas e familiares, seus pensamentos automáticos (PAs), suas crenças intermediárias ou subjacentes e suas crenças centrais ou nucleares (Knapp, 2004a; Knapp & Rocha, 2003; Wright et al., 2008) citado por (Neufeld, 2010).

A conceitualização cognitiva deve ser iniciada com perguntas claras e objetivas para uma melhor definição do caso, baseada no diagnóstico; nos problemas atuais; em quais circunstâncias eles se desenvolveram; como se mantêm, o terapeuta deve investigar como eles se mantêm, deve se apropriar dos pensamentos disfuncionais, as crenças implicadas a associação destes, as suas reações emocionais, fisiológicas e comportamentais.

A forma como o paciente se ver implicado com a sua particularidade, com a sociedade e com o todo, é fundamental ter conhecimento dos pensamentos automáticos, das crenças, de como ele enfrenta o mundo, quais as suas expectativas para o futuro, esse apanhado de dados da formulação cognitiva em desenvolvimento pode proporcionar ao terapeuta um melhor planejamento em busca de um melhor resultado eficiente e efetivo por meio da terapia ao paciente. (KUYKEN, 2009; NEEDLEMAN, 1999, PERSONS, 2008; TARRIER, 2006)

3.1 Modelo cognitivo

Beck (2013, p. 50, 52) aponta sobre o modelo cognitivo que é à base da TCC, do qual é formado pela percepção e interpretação dada a um determinado evento, que influência diretamente as emoções, as reações fisiológicas e o comportamento. A reação emocional e o comportamental de um sujeito se comportar estão associados à maneira como ela pensa e interpreta a respeito de uma determinada situação.

3.2 Crenças

Crenças é um sistema cognitivo baseado em experiências passadas e mantenedoras de cognições atuais, nem sempre é conhecido do sujeito, o sistema de crenças se divide em dois. Crença nuclear e a crença subjacente.

As crenças centrais são as opiniões formadas, pressuposta de verdade absoluta, é a maneira de ver o mundo.

Esses modos de pensar são construídos a partir das experiências de cada indivíduo e estão relacionadas com a maneira como cada pessoa se sente e se comporta. Cabe ressaltar aqui, que existem grandes premissas que regem a maneira de lidar com o mundo, e que essas premissas geram regras que visam organizar a vida e as reações dos indivíduos.

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 profundas que frequentemente não são articuladas nem para si mesmo” (BECK, p, 52, 2013).

A crença nuclear pode aparecer na maior parte do tempo, como também só pode aparecer em momentos de crise, porém a crença nuclear passa a ser a verdade absoluta na vida do que se torna tendencioso a focar especificamente em fenômenos que reforce a sua crença, descartando a possibilidade de invalidá-la. Assim é feita a manutenção de uma crença incorreta e disfuncional.

A crença nuclear tende a ser global rígida e supergeneralizada. As crenças disfuncionais podem ser desaprendidas, enquanto que novas crenças funcionais dentro de outra perspectiva de realidade podem ser adquiridas e fortalecidas no processo terapêutico.

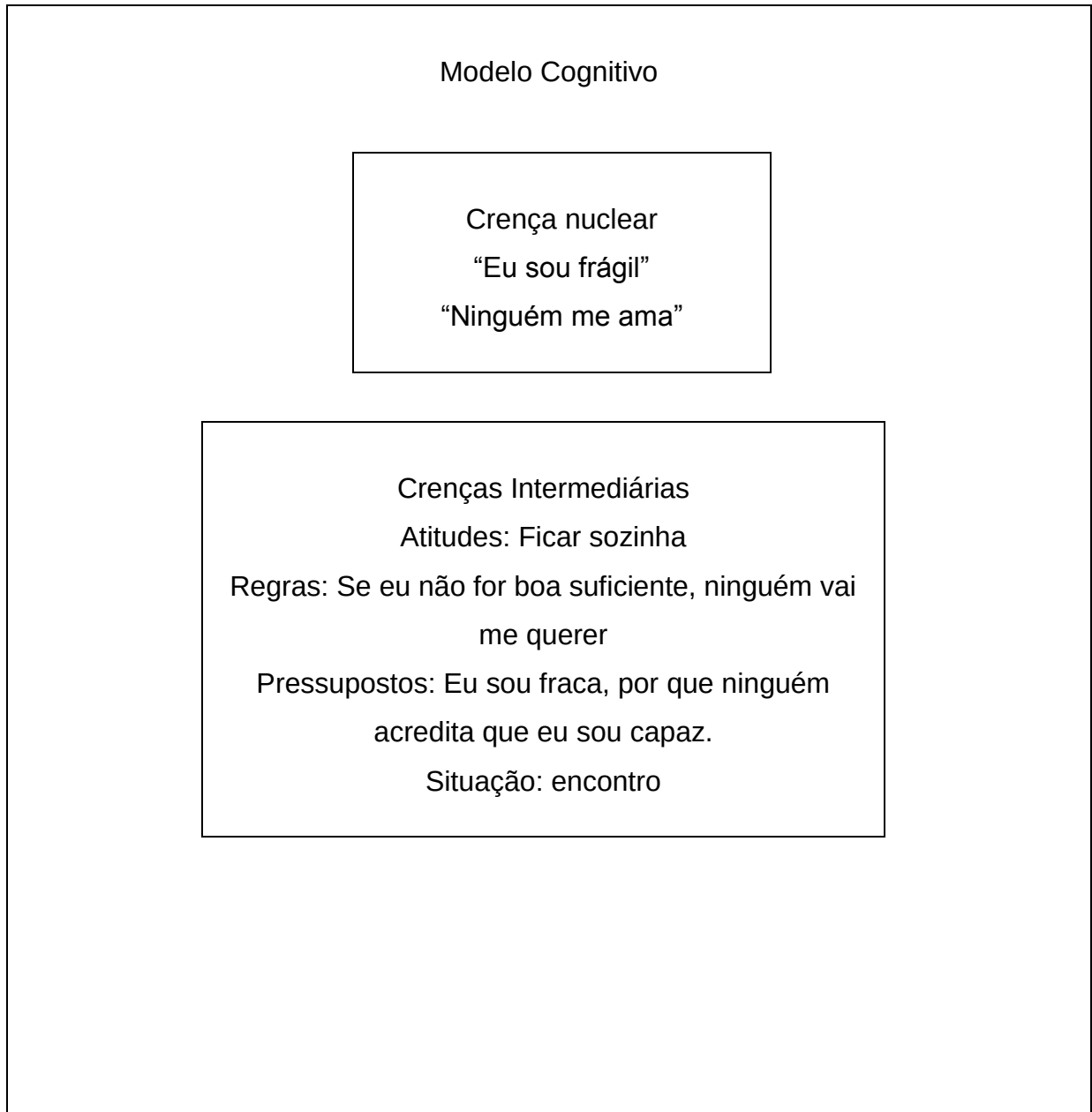
O processo mais rápido de mudança de um comportamento mais adaptativo para o paciente é por meio da modificação direta das suas crenças centrais, facilitando assim, uma melhor interpretação de possíveis situações futuras de forma melhor elaborada e mais construtiva.

As crenças intermediárias-regras na sua diversidade vêm carregadas de ideais, partem da crença central, divergem de indivíduo para indivíduo, está implicada na preocupação no que as pessoas fazem jus ao seu respeito.

3.3 Relações entre comportamento e pensamento automático

Tabela de Modelo Cognitivo

Fluxograma 01- modelo cognitivo



Situação: Possibilidade de um encontro com amigo	Pensamento Automático: “Ele vai me dar um bolo” “Eu vou terminar sozinha”	Reações Emocional: tristeza, desânimo Fisiológica: folga, sensação ruim, taquicardia, sensação de morte. comportamental: evita marcar novos encontros
--	--	---

Fonte: Beck (2013)

“Em uma situação específica, as crenças subjacentes influenciam a percepção da pessoa, que é expressa pelos pensamentos automáticos em situações específicas. Esses pensamentos, por sua vez, influenciam a reação emocional, comportamental e fisiológica” (Beck, p, 56, 2013). A figura do modelo cognitivo exemplifica bem como esse processo.

A crença nuclear influencia na percepção da situação, desencadeando pensamentos distorcidos que provoca reações (emocional, fisiológica e/ou comportamental) desagradáveis.

O trabalho do terapeuta a princípio deve ser em conjunto com o paciente identificar os pensamentos, examina-los e modificar as suas distorções, através dos métodos disponíveis na TCC, criar estratégias comportamentais, elaborar intervenções para revisar crenças nucleares desadaptativas.

3.4 A TCC aplicada ao estudo de caso de depressão

Na depressão o paciente tem as características de ter uma visão mais negativa das coisas, ele não consegue perceber o lado bom das coisas, sempre tende a enxergar o lado ruim, no entanto, o sentimento e o comportamento estão implicados e são desencadeados de acordo com a percepção singular de cada um ver a situação/evento.

Beck (2013) cita que o problema não está na situação em si, o problema está em como a situação é percebida. A percepção da situação desencadeia pensamentos automáticos, estes provocam reações (emocionais, comportamental, fisiológica). É analisada dentro do modelo cognitivo a tríade cognitiva, a forma como o paciente tem a “visão de si”, das “experiências” e do seu “futuro”.

A temática que rege o transtorno de depressão é a da desvalorização e da perda. A TCC é muito bem aceita quando aplicada no tratamento da depressão porque ela faz uso da reestruturação dos pensamentos, das quebras das crenças nucleares e modificação das crenças subjacentes.

O homem é resultado do que pensa, se ele tende a perceber as situações com uma visão negativa, que é o caso dos deprimidos, eles não conseguem perceber, ver o lado bom nas situações. Então a TCC propõe uma quebra de padrão de comportamento, com mudança de pensamentos, a maneira de ver as situações, provocando a interrupção nas reações.

Segundo Knapp (2008), o distúrbio depressivo é um distúrbio mental, é uma maneira de resposta natural da mente responder a eventos estressantes humanos,

como o luto, crise conjugal familiar etc. É uma mistura continua de tristeza e melancolia, que se reflete no corpo por meio dos sintomas fisiologicos a causa que lhe afetou por no minimo de duas semanas, ainda que esse por ventura não apresente qualquer tipo de estressor.

A pessoa pode apresentar baixa autoestima, perda de interesse nas atividades, pouca energia, dor sem motivo relevante. O sentido de percepção do mundo da pessoa torna-se distorcido. Também pode haver a manifestação de delírios ou alucinações.

A depressão também pode se apresentar em episodios separados por intervalo de varios anos onde tem pessoas que apresentam um comportamento normal, enquanto que outras apresentam sintomas de maneira quase que permanente.

A depressão pode afetar de maneira negativa a vida social das pessoas, como as interações sociais e familiares, amigos, vida escolar, trabalho, pode interferir no sono, na libido, na alimentação e alcançar a saúde de uma maneira geral.

A combinação de fatores genéticos, psicologicos e ambientais podem ser responsavel por essa condição. Tem por fatores de risco a genética, problemas de saúde cronicos, depressão na família, consumo de drogas, uso de determinados medicamentos, mudanças significativas na vida da pessoa.

Não existem exames de laboratorio para o diagnostico do disturbio depressivo que é feito com base na avaliação do estado mental com a completude por base a descrição das experiências vivida por cada pessoa, vale ressaltar que a depressão pode ser confundida com um estado de tristeza, que é inerente às situações corriqueira da vida, porém a depressão e a tristeza são problematicas conceituadas de maneira diferente, a depressão é algo bem mais grave e vai além da tristeza.

O tratamento da depressão normalmente se dá por acompanhamento psiquiatrico, medicamentos antidepressivos, a Terapia cognitivo-comportamental e a terapia interpessoal também fazem parte da possibilidade do tratamento e em ultimo caso. A internação hospitalar involutária pode ser exercida nos casos em que a pessoa depressiva apresente risco para si propria.

O distúrbio de depressão maior tem por característica fazer com que o paciente enxergue a vida e seus afazeres como algo sem graça, vazio e sem sentido, estes por vezes apresentam distorções cognitivas que o fazem acreditar que perderam definitivamente a capacidade de sentirem prazer na vida e terem alegria de viver. Os testes psicológicos mensuram a presença e a intensidade da depressão.

DESCRIÇÃO DO ESTUDO DE CASO

RELATO COGNITIVO DE CASO CLÍNICO H.

1. HISTÓRICO DO CASO

A. Dados de identificação: H. é pedagoga, com 50 anos, evangélica, reside com o seu companheiro.

B. Queixa principal: H. foi encaminhada pela psiquiatria para tratamento do Transtorno Depressivo Agudo.

C. Histórico da doença atual: A paciente reclama de carência afetiva na relação conjugal da qual está a 12 anos, se senti rejeitada e incompreendida pelo companheiro, deseja separar-se e casar novamente com alguém que participe da mesma fé e a ampare afetivamente, senti o vazio por não ser mãe, fez histerectomia em 2007, formada em pedagogia, trabalha em casa, é professora particular, o sustento da casa fica por conta do seu companheiro que trabalha fora, essa insatisfação conjugal em meio a dois reencontros com ex-namorados do passado fizeram com que houvesse a reminiscência de duas novas crises depressivas, inclusive a que ela se encontra no momento atual

- Sintomas emocionais: ansiedade, solidão, irritabilidade, com sensação de morte.
- Sintomas Cognitivos: pessimismo, dificuldade para tomar decisões, sensação de fracasso, catastrofização, raciocínio emocional, abstração seletiva, adivinhação, vitimização.
- Sintomas comportamentais: esquiva de situações desafiadoras que lhe causam medo, como ficar sozinha em casa.
- Sintomas fisiológicos: diminuição da libido, do apetite, choro, taquicardia, falta de ar, folgate, sonolência, apresenta quadro de sono interrompido, insônia.

D. História psiquiátrica: H. tem um histórico psiquiátrico desde a sua primeira crise de depressão há 30 anos.

H. pertence a uma família disfuncional com abuso de poder, a paciente junto com os seus 04 irmãos, foi agredida por seus pais de forma verbal e fisicamente com espancamentos, na infância presenciou inúmeras discursões, pai alcoólatra, mãe psicótica, ambos mãe e pai tiveram óbito por problemas de saúde. . H. senti-se afetada pelos traumas causados na infância na necessidade de se sentir amada e acolhida.

H. estudou em escola pública, era uma boa aluna, esforçada, tirava boas notas. O seu nome era rotulado no diminutivo, na família era rotulada como a fragilzinha, sem autonomia, na adolescência aos 18 anos quando perdeu a mãe com câncer em processo de quimioterapia. Dois anos depois após a morte de sua mãe, teve um relacionamento catastrófico com um homem 30 anos mais velho que ela, por essa causa, foi discriminada pela família, desencadeando assim a sua primeira crise depressiva com duração de 06 meses, confinou-se em um quarto, perdeu o desejo de comer, emagreceu, teve medo de morrer, acompanhada por um psiquiatra tomou medicamentos, nesse episódio o fator religioso foi de grande valia para a melhora da paciente..

Em 2002 o pai faleceu com metástase, em 2011 teve o segundo quadro de depressão profunda por motivo de recaídas amorosas com o seu primeiro namorado, ingressou na UBA, concluiu a faculdade, chegou a trabalhar em escolas.

O fantasma da fragilidade lhe persegue, a momentos em que se sente incapaz. Nutre o desejo de ser mãe por meio da adoção, seu companheiro porém a acha incapaz de criar uma criança. Senti muito medo de está só em casa, quando o companheiro precisa sair ela chora muito. Diz ter medo da solidão.

Sobre a sua vida social, se relaciona bem com o grupo de amigos da igreja com os quais convive já há um bom tempo, também mantém uma boa relação com os irmãos, apesar de se manterem distantes, esses dão apoio para que ela siga seu tratamento e se sinta encorajada a buscar novas possibilidades de vida, que se separe do atual marido e busque sucesso na vida profissional.

Por meio do processo terapêutico, ela tem conseguido sair para passeios com os amigos, tem praticado caminhadas, fazendo com que se sinta mais animada. Sente-se bem em saber que alguns dos seus colegas, estão fazendo mestrado ou estão trabalhando em escolas mais renomadas de Natal, mesmo que ela não tenha

conseguido fazer a sua pós-graduação. Esses dados fazem parte da sua história pessoal.

E. História pessoal e social: H. é a primogênita das irmãs de cinco filhos de uma família desestruturada. Todos os seus irmãos tem um bom desempenho acadêmico. Na infância sentia que era a menos amada por seus pais, que tinha a preferência por dois irmãos, a sua irmã mais nova e o seu irmão mais novo. Seu pai era mais apoiador, mais passava muito tempo longe de casa por exigências do trabalho.

À medida que o tempo passava a paciente se sentia muito carente e sozinha, tudo o que desejava era ter um marido acolhedor e que a amasse. Seus namoros duradouros, porém conturbados, marcados por brigas e rompimentos, desenvolveu a preferência por homens mais velhos que lhe tratava de forma hostil, fato que a fazia se sentir desvalorizada. Tinha um bom desempenho escolar, formada em pedagogia, terminou a faculdade em 2004, atuou na área de educação, no momento é professora particular. Sente-se triste por se manter num casamento frustrado a 12 anos com seu companheiro.

F. História médica: H. sofreu com um problema de saúde no útero, foi submetida à histerectomia no ano de 2007, sofre com a menopausa a 10 anos, faz uso de aplicação de pomada repositória hormonal e Dipolona para diminuir o folgate, tem cistos nas mamas dos quais é preciso em tempo determinado fazer a pulsão. Os sintomas da menopausa lhe causam irritação e desequilíbrio emocional podendo ser um agente desencadeador da depressão. Histórico depressivo, em 1987 com 20 anos ela teve a primeira crise de depressão, em 2011 com 44 anos após 24 anos ela teve a segunda crise de depressão e agora com 50 anos após a segunda crise com 6 anos de diferença, no início de 2017 surgiu a terceira crise de depressão a que acompanhamos.

G. Verificação do estado mental: H. estava orientada e com humor depressivo.

II. FORMULAÇÃO DO CASO

A. Precipitantes: O transtorno depressivo de H. foi precipitado por dificuldades afetivas no decorrer da sua história de vida. A ansiedade provavelmente interferiu na boa relação com o seu atual companheiro, H. tornou-se metódica, autocrítica e disfórica. No seu primeiro episódio de depressão à medida que se afastou das atividades e dos amigos, por falta de estímulos positivos, seu quadro de humor deprimido de instalou, por tanto vem se repetindo por três vezes, desencadeando sempre pelo mesmo motivo (carência afetiva).

B. Visão Transversal das Cognições Comportamentais Atuais: Uma problemática típica atual é que H. tem uma tendência a ter uma visão mais pessimista das coisas, outro ponto importante é que os sintomas se tornaram mais visíveis depois de um reencontro com um ex-namorado do qual ela acreditava amar, mantendo esperanças de retomarem o relacionamento, desencadeando o afastamento das suas atividades e amigos resultando no episódio de crise emocional, onde ela teve a impressão que iria enfartar, com pressão alta, mãos trêmulas, levada à Casa de Saúde Natal, atendida pelo psiquiatra Dr. João Luiz Alves onde recebeu o diagnóstico atual, vivendo o terceiro episódio de depressão profunda, foi receitado os medicamentos Cloridrato de Sertralina 25mg e Frisium Clobazam 10mg, e encaminhada a psicoterapia para dar seguimento ao tratamento. H. se sentiu frágil, com a crença de desamor e desamparo, quando tenta se relacionar tem os pensamentos automáticos: “Eu vou levar um bolo; ninguém me ama; as pessoas vão sempre me rejeitar; eu vou ficar sempre sozinha; porque ninguém me ama de verdade; eu não vou mais falar com essa pessoa”. Percebemos que a paciente tem uma imagem abatida de si mesma porque

emagreceu, apresenta a sensação de se sentir velha demais e desinteressante. Esses pensamentos e autocríticas a seu peso e idade, conduzem-na a sentimentos de angustia e lhe desencadeia sensações de morte e angustia.

Em outras situações quando exige mais atenção, cuidados e a companhia do seu companheiro, tem pensamentos automáticos: “é muito difícil pra mim ficar sem ele; e se ele sair e eu passar mal, eu posso morrer”, esses pensamentos a levam a passar mal. Outro exemplo de pensamento automático apresentado pela paciente é o pensamento automático: “eu era pra está trabalhando; se eu morasse num quitinete ele (companheiro) não faria isso comigo; eu conheceria outra pessoa que me amasse e seria feliz com ele”. Então se sente fracassada. Em todas essas situações se senti abalada, chora muito, sai de casa quando está sozinha para a casa da vizinha para dividir com ela os seus temores porque sempre que ela conversa ela melhora dos sintomas.

C. Visão Longitudinal das Cognições e dos Comportamentos: Mediante a escuta, percebi que H. sempre é tendenciosa a se ver como uma pessoa fraca e desprezada. Embora tentasse ser uma boa filha, sendo a mais obediente e respeitadora entre os irmãos, sendo estudiosa e esforçada, ainda assim entendia que não era bem aceita por seus pais como gostaria, e sucessivamente por seus namorados. Ser amada, se sentir segura e acolhida era muito importante para ela, o que a fez desenvolver certos pressupostos: “Se eu for uma boa pessoa, dedicada, companheira, organizada, disciplinada, determinada e metódica não vai me faltar amizades; se eu mantiver um corpo cheinho e me cuidar vai ser mais fácil de arrumar um namorado; se eu fizer a minha pós-graduação vai ser mais fácil pra eu trabalhar e ter recursos para me separar e viver sozinha em uma quitinete”.

Suas estratégias comportamentais compensatórias incluíam ser muito afável e dedicada para estar a altura de ser digna de ser amada por sua família e/ou namorado, evitando as possíveis rejeições. No seu primeiro episódio de depressão, ela passou a fazer uso frequentemente da esquiva e fuga (das relações familiares, das relações amorosas, do convívio social).

Percebi que na maior parte do tempo, suas crenças sobre as outras pessoas eram negativas e disfuncionais; tendenciosa a ver os outros como mal intencionados, costumava se intimidar diante de pessoas que para ela representava figuras de autoridade. Mantendo a ideia fixa que o seu mundo era totalmente inseguro, instável e imprevisível.

D. Pontos Fortes e Qualidades: H. relata a sua determinação principalmente para com os estudos, e quando desejava sair das crises de depressão. A paciente relata que antes de ter início o terceiro episódio de depressão era muito dedicada a família. Encontrava-se aberta e motivada para o processo de terapia.

E. Hipótese de Trabalho (Resumo da conceituação): Durante muito tempo em sua vida, H. se percebeu como uma pessoa determinada, inteligente e esforçada. No entanto, era vulnerável sentindo-se desprezada, frágil, por pelo menos três fatores: (1) sua mãe e o seu pai foram rígidos, críticos, e pouco afetivos durante o seu desenvolvimento, (2) seu pai lhe deu mais apoio mais estava sempre ausente de casa, (3) tinha a tendência a se comparar desfavoravelmente com os seus irmãos (os dois mais novos) que eram os mais amados e protegidos por seus pais. Em vez de reconhecer que apesar de não se sentir tão amada quanto esses dois irmãos, ainda assim também era acolhida e amada como os seus outros dois irmãos, não a fazendo assim tão diferente e rejeitada dos demais, até porque ela falou que a sua mãe quando não estava em crise psicótica era muito amável com todos os filhos.

Na relação com os namorados se sentia usada, apesar de infringir as regras da igreja e da família, se mantinha na relação com prazer, quando em vez de se sentir culpada ela deveria relaxar e viver a vida naquele momento (aqui e agora).

Historicamente, H. se mantinha vigilante em relação a sinais da sua fragilidade e, desconsiderava o fato de que em alguns momentos era frágil, mas que por outros momentos era forte, e que necessariamente não precisaria ser forte o tempo todo. Desenvolveu regras para assegurar de que sua fragilidade e o sentimento de desamparo não ficariam expostos (p. ex.,

“Eu preciso ser submissa, eu preciso ser dedicada, eu preciso ser melhor”). Em consequência, desenvolveu as seguintes estratégias compensatórias: procura ser assertiva, cumpre as suas atividades com muita rispidez, é muito dedicada, desempenhada e meticulosa.

Até a faculdade, sua vida foi guiada por pressupostos relacionados: “Se eu terminar a faculdade significa que eu sou capaz e que vou conseguir ser alguém na vida”. Quando foi morar junto com o seu companheiro, seus pressupostos relacionados ao casamento eram: “Agora vou ser feliz, tenho um companheiro que me ama e vai cuidar de mim”.

Durante o início do casamento, H. se sentiu amada, cortejada, amparada, mais logo depois o seu marido deixou de lhe demonstrar o afeto do início do casamento, fazendo com que emergisse o sentimento tão conhecido por H. de relações frustradas no seu passado, à desilusão amorosa.

Perdeu o emprego na escola, ocorreu o seu primeiro reencontro com o seu primeiro namorado, onde tornou-se bastante ansiosa ativando as crenças nucleares de desamparo e desamor. Começando a ter pensamentos automáticos de medo em relação a ficar só, sua ansiedade interferiu na sua relação matrimonial, e na desenvoltura da sua vida no âmbito social, começou a evitar sair, praticar um esporte, uma caminhada, buscar fazer um curso, até mesmo se empenhar na sua pós-graduação.

Então, a inferência dos seus pressupostos subjacentes dominou seu pensamento: “Se eu não consigo ser feliz no amor, é porque eu não sou amada; eu tento fazer tudo certo e ainda assim sou rejeita; eu sou frágil, estou passando por muitos problemas por isso ninguém quer me amar de verdade; todos vão ver que eu sou capaz quando eu fizer a minha pós-graduação e começar trabalhar”.

Quando aconteceu seu segundo reencontro com seu último namorado e grande amor, teve as suas idealizações frustradas, dentro de um (casamento) frustrado, pensando que nunca mais seria feliz, porque ela amava o seu ex-namorado e era com ele que queria ficar, por tanto, se sentia perdida porque ele decidiu que se ficasse com ela iria lhe causar maior sofrimento, já que assim como ela trazia resquícios de um grande amor do

passado ele também trazia, porém, H. determinada decidiu que iria viver para mudar a história desse homem até que os dois ficassem juntos. Mesmo com todo esse esforço, não obteve grandes êxitos e diante esse fracasso, se reconheceu como uma pessoa frágil, desamparada e rejeitada, não encontrando apoio no companheiro, tudo isso, provavelmente contribuiu para que H. mais uma vez desse início a uma reincidência de depressão.

III. PLANO DE TRATAMENTO

A. Lista de problemas

1. Medo de ficar sozinha
2. Retraimento social
3. Falta de assertividade com os namorados
4. Passar muito tempo dentro de casa
5. Dependência do companheiro

B. Objetivos do Tratamento

1. Trabalhar a autoestima e a apropriação do amor próprio.
2. Resolver problemas relacionados a solidão, dependência, companheiro e amores do passado
3. Ensinar ferramentas cognitivas básicas, como Registro de Pensamentos, Reestruturação dos P.A, etc.
4. Reduzir o tempo em casa
5. Encontrar prazeres em novas atividades fora de casa
6. Ensinar técnicas de autocontrole por meio da respiração
7. Desenvolver habilidades assertivas

C. Plano de Tratamento: O plano de tratamento é reduzir a depressão e a ansiedade de H. desenvolver a autoestima, ajudando ela a conhecer e a reestruturar os seus pensamentos automáticos (especialmente aqueles ligados ao fracasso, inadequação, desamparo e desamor), estimular a busca prazerosa em fazer novas atividades fora de casa, ativando a mudança do seu cotidiano, resolver problemas relacionados à solidão, dependência, companheiro e amores do passado, desenvolver atividades assertivas por meio da modificação de crenças interferentes, estimular o autoconhecimento através das técnicas de respiração.

IV. CURSO DO TRATAMENTO

A. Relação Terapêutica: H. criou uma excelente aliança terapêutica, se dispondo ao tratamento, ela vê a sua terapeuta como a pessoa certa para lhe acompanhar nesse processo.

B. Intervenções/procedimentos

1. A paciente tem adquirido ferramentas cognitivas padrão facilitando com que ela mesma reconheça os seus pensamentos automáticos (percebendo assim a sua disfuncionalidade e distorções) o que permite que ela mesma reestruture o seu padrão de pensamentos e ressignifique as suas emoções, e assim, reduza favoravelmente os sintomas depressivos e ansiosos.
2. H. desenvolvemos a técnica da respiração como experimentos comportamentais nos momentos de testes dos seus pressupostos, o que tem resultado na diminuição da esquiva e fuga e tem ajudado a diminuir as sensações causadas pela ansiedade e depressão.

3. Trabalhamos a solução de problemas de maneira simples focando a assertividade.
4. Juntas elaboramos o cartão de enfrentamento com novos manejos cognitivos, para mudança de comportamento.
5. O questionamento Socrático foi usado para desenvolver a assertividade.
6. Estabelecemos metas na escolha de novas atividades que lhe proporcionassem prazer.
7. Nas técnicas de respiração manuseadas por H. ela tem descoberto a paz interior e também tem usado esse momento com afirmações positivas para melhorar a sua autoestima.

C. Obstáculos: Nenhum

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse resumo de estudo de caso faz parte do meu TCC, para compor nota da segunda unidade, conclusão final de curso, ele é referente a 25 sessões de atendimento terapêutico onde fizemos uso da abordagem em Terapia Cognitivo-Comportamental, sobre a orientação e supervisão da orientadora Ma. Marianna Carla Lucena, com início em 28 de Março até o dia 17 de Outubro de 2017, os atendimentos se deram uma vez por semana, nas Terças-Feiras às 12h da tarde, na Clínica de Integração do UNI-RN. Como conclusão deste trabalho apresentamos o resultado de como a TCC atuou no Transtorno de depressão de H. como resultado do tratamento observamos a eliminação de alguns dos sintomas apresentados no início do tratamento por H. como as reações fisiológicas, a diminuição e total controle de outras reações, como a mudança da sua conceitualização cognitiva, pensamentos e comportamentos. A paciente tornou-se senhora da sua própria vida. Desta forma analisamos o excelente resultado e a eficácia da atuação da TCC no Transtorno de Depressão. Esse resultado é final, estando na sua completude de conclusão do estágio e curso.

REFERÊNCIAL BIBLIOGRÁFICO

ARTIGOS

Carmem Beatriz Neufeld; Carla Cristina Cavenage. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. **Rev. bras. ter. cogn. vol.6 no.2 Rio de Janeiro dez. 2010**

José Alberto Del Porto. Conceito e diagnóstico. *Rev. bras. Psiquiatr.* vol.21 s.1 São Paulo May 1999

Paulo Knapp, Aaron T Beck. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras.Psiquiatr. 2008; 30 (supl II): S 59**

<http://www.michelleventurini.com.br/depressao-em-adultos/>

LIVROS

-**AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** DSMS-IV-TR 4º EDIÇÃO. TEXTO REVISADO CLIMEPSI EDITORES

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - **DSM-5.** 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013. **DSM-IV-TR™** - Manual diagnóstico e

estatístico de transtornos mentais. trad. Cláudia Dornelles; - 4.ed. rev. - Porto Alegre: Artmed,2002.

-Dobson, K. S. & Dozois, D. J. A. **Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais**. Em: K. S. Dobson (Org.). **Manual de terapias cognitivo-comportamentais** (2a ed.) (pp. 17-44). Porto Alegre: Artmed 2006.

- Edelman, Sarah. **Basta pensar diferente: como a ciência pode ajudar você a ver o mundo por novos olhos** / Sarah Edelman; [versão brasileira da editora] – 1º ed. – São Paulo, SP : Editora Fundamento Educacional Ltda., 2014

- Judith S. Beck. **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL TEORIA E PRÁTICA**, 2. Ed. – Porto Alegre : Artimed 2013

- Leahy, Robert L. **Técnicas de terapia cognitiva: Manual do Terapeuta** / Robert L. Leahy; tradução Maria Adriana Verrissimo Veronese, Luzia Araújo. – Porto Alegre; Artmed 2006

- Moreira, Marcio Borges. **Princípios básicos de análise do comportamento** / Mácio Borges Moreira, Carlos Augusto de Medeiros. – Porto Alegre : Artmed, 2007.