

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA À DEPRESSÃO: UMA BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY APPLIED TO DEPRESSION: A BRIEF BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Elaine Lopes das Mercês¹, Lorena Fleury de Moura², Iran Johnathan Silva Oliveira³.

RESUMO

Introdução: Neste artigo será abordada a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) aplicada ao tratamento da depressão, que é um dos transtornos mentais mais comuns na atualidade.

Objetivo: Descrever as contribuições da TCC para o tratamento da depressão.

Metodologia: Através de pesquisa bibliográfica, buscou-se nos livros e revistas científicas, estudos relacionados à TCC aplicada a depressão.

Resultados e discussão: Esta pesquisa possibilitou compreender a eficácia da referida abordagem aplicada ao tratamento de pacientes com depressão, tornando-o ativo e capaz de identificar, avaliar e modificar seus pensamentos automáticos, e conseqüentemente, suas crenças subjacentes.

Considerações finais: Infere-se que a TCC é eficaz no tratamento de pacientes com transtorno depressivo.

Descritores: Terapia Cognitivo-Comportamental. Depressão, Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: In this article will be addressed the efficacy of cognitive behavioral therapy (TCC) applied to the treatment of depression, which is one of the most common mental disorders in the present.

Objective: To describe TCC's contributions to the treatment of depression.

Methodology: Through bibliographical research, it was sought in books and scientific journals, studies related to CBT applied to depression.

Results and discussion: This research made it possible to understand the effectiveness of this approach applied to the treatment of patients with depression, making it active and able to identify, evaluate and modify their automatic thoughts, and consequently, their Underlying beliefs.

Final considerations: It is inferred that TCC is effective in treating patients with depressive disorders.

Descriptors: Cognitive Behavioral Therapy. Depression. Treatment.

¹ Psicóloga. Pós-graduada
Lato Sensu em Psicologia
Clínica: Avaliação e
Intervenção pelo Centro
Universitário UnirG.
Gurupi-To, Brasil.
E-mail:
elainelopesgpi@hotmail.com

ENDEREÇO PARA
CORRESPONDÊNCIA:
Propesq. Av. Pará, 2432, Quadra
20, Lote 01, Eng. Waldir Lins II,
CEP: 77.423-250 Gurupi-TO.

INTRODUÇÃO

Atualmente, cada vez mais tem aumentado o número de pessoas acometidas pela depressão, sendo este um transtorno que desde os tempos passados tem sido visível mesmo que de forma sutil entre os indivíduos, porém somente neste século têm ganhado tanta ênfase¹.

Souza, et al.² destacam que a “depressão é uma das patologias psiquiátricas mais comuns, é conhecida em todas as culturas, aflige parcela considerável da população, independentemente de sexo, idade ou etnia, e tem se constituído o fator de maior prejuízo pessoal, funcional e social da atualidade”. Sabe-se que o transtorno depressivo não atinge somente o indivíduo, mas, de maneira intensa e considerável atinge a família, causando também prejuízos sociais e ocupacionais³. Sendo estes uns dos prejuízos que afetam espantosamente a pessoa acometida por este transtorno, faz-se necessário a intervenção psicológica, bem como, a Terapia Cognitiva com a

finalidade de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

As práticas terapêuticas e psicológicas têm crescido consideravelmente nesta área, destaca-se a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) que, para Beck⁴, é uma abordagem eficaz fundamentada na modificação do pensamento, crenças e esquemas. Diante disso compreende-se que as técnicas da Terapia Cognitiva são eficazes para o tratamento do Transtorno Depressivo.

Para Lima e Derdyck⁵ a Terapia Cognitiva é voltada para a resolução de problemas e não para suas origens. A importância está em desenvolver capacidades, formas de enfrentamento e modificar esquemas para a cura eficaz. Outros autores abordam a importância da Terapia Cognitiva no tratamento da depressão, pois fornece estratégias capazes de corrigir distorções cognitivas⁶.

Por perceber tal importância, foi realizada uma pesquisa bibliográfica a fim de Descrever as contribuições da TCC para o tratamento da depressão. Esta abordagem promove um processo chamado reestruturação cognitiva.

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado através de pesquisa bibliográfica, pois esse tipo de pesquisa possibilita levantar muitos dados relevantes sobre o assunto em questão. Desse modo, foi realizada através de levantamento de dados bibliográficos em livros, revistas científicas, pesquisas na internet nos sites de artigos científicos entre os anos de 1995 e 2014.

O presente trabalho não necessitou ser submetido ao comitê de ética em pesquisa, conforme a resolução 466/12. Já que se trata de uma pesquisa de levantamento de dados bibliográficos, não envolvendo contato direto e/ou indireto com seres humanos.

DESENVOLVIMENTO

Um breve histórico da depressão

De acordo com Meleiro⁷ o sofrimento do homem tem origem desde os tempos distantes. Para os gregos, romanos, hebreus e egípcios a insanidade era a cobiça que os deuses sentiam do sucesso dos homens. Ainda afirma que na antiguidade não se questionava qual seria o órgão doente, mas a doença era imposta aos caprichos dos deuses que castigavam até enlouquecer. Hipócrates, o pai da medicina escolheu o cérebro como o centro da inteligência (emoções). Ainda segundo Meleiro⁷ “a palavra depressão vem do latim *“deprome”* e significa pressionar para baixo. Aplicada como depressão mental indica rebaixamento do estado de espírito de pessoas padecendo de alguma doença”.

O período da Idade Média foi confuso no entendimento e tratamento das doenças mentais. Colocando em destaque “a bruxaria, a demonologia, a possessão, o pecado e o castigo eram o centro das discussões sobre a doença”⁷.

Conforme Meleiro⁷, passado algum tempo, surge uma revisão erudita de dois médicos a respeito da melancolia, cujo, apresentava fatores como a idade avançada, temperamento, hereditariedade e em contrapartida incluía também causas sobrenaturais, como: Deus, diabo, bruxas e astrologia. Desde os tempos de Hipócrates e Galeno já se usava o termo melancolia, surgindo logo depois o termo depressão, no século XIX.

O referido autor ainda conceitua que os tratamentos realizados no decorrer da história permitiram subdividir a depressão em orgânica e existencial. Atualmente se apresenta como uma etiologia multifatorial: envolvendo fatores genéticos, neuroquímicos e ambientais.

O Conceito de Depressão

Inicialmente faz necessário esclarecer que a depressão é um transtorno conhecido popularmente, mas, conforme Pessotti⁸ é uma alteração quantitativa de algo, ocasionalmente pode vir a significar uma mudança de estado desse algo. Caracterizam-se por um conjunto de depressões, a exemplo, elementos importantes da vida orgânica e social.

O termo depressão pode significar um sintoma que faz parte de inúmeros distúrbios emocionais sem ser exclusivo de nenhum deles, pode significar uma síndrome traduzida por muitos e variáveis sintomas somáticos ou ainda, pode significar um transtorno, caracterizado por alterações afetivas³.

De acordo com Bernard Rangé et al.⁹, p.369 a depressão “está entre os três transtornos mentais de maior incidência no mundo”, também traz as estimativas da Organização Mundial da Saúde, que até 2020, a depressão será a segunda causa de incapacidade, depois das doenças cardiovasculares. É um transtorno que mata, devido ao grande número de suicídios. Ballone³ esclarece que a depressão independe da classe social, condição socioeconômica ou faixa etária, atingem todas as demandas, inclusive crianças e adolescentes. Hoje cada vez mais tem aumentado o número de pessoas acometidas por depressão, os motivos são os mais variados.

Na opinião de Del Porto¹⁰ os sentimentos de tristeza, perdas e alegria são fundamentais para a vida psíquica normal, sendo uma resposta humana às situações de perda, derrota e outras adversidades. Mas essas respostas têm valor adaptativo quando adquirem caráter contínuo, constitui-se um sinal de alerta. As situações em que envolvem o luto devem ser diferenciadas do quadro depressivo propriamente dito, pois, o mesmo constitui um processo um pouco prolongado, por volta de um a dois meses.

Ainda segundo Del Porto¹⁰, ocorre perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral, sensação de fadiga, cansaço exagerado e perda de energia. O mesmo enfatiza a importância das alterações psicomotoras. Entretanto, conforme Michelon et al.¹¹ ocorrem lentificação do pensamento e a diminuição da capacidade de concentração, o apetite pode estar reduzido ou aumentado e por fim a qualidade do sono fica comprometida juntamente com o conteúdo do pensamento.

Para uma melhor clareza, de acordo com o DSM-IV-TR¹² os principais sintomas da depressão são: humor deprimido na maior parte do tempo e perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades anteriormente consideradas prazerosas pelo indivíduo.

O DSM-IV-TR¹² também coloca que sintomas prevaletentes praticamente todos os dias, por um período de mais de duas semanas, comumente

apresentando alguns sinais adicionais, como: fadiga, sentimentos de desvalia ou culpa, energia reduzida, irritabilidade, dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio são indícios do transtorno depressivo.

De acordo com Beck citado por Delitti¹³ p. 263 para a Terapia Cognitiva o comportamento do depressivo ocorre da seguinte forma: 1- O indivíduo deprimido tem uma visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro; 2- Existem esquemas ou padrões cognitivos mais ou menos estáveis segundo os quais o indivíduo organiza suas experiências; 3- Erros cognitivos: inferências arbitrárias, hipergeneralização e raciocínio dicotômico (péssimo/ótimo; tudo/nada).

No decorrer do referencial teórico concernente ao conceito de depressão, os autores discorrem que a mesma não se refere apenas a uma leve tristeza ou choro desmedido, mas a estes comportamentos ocasionados frequentemente. A partir destas diretrizes deve-se ater à frequência e a intensidade desses comportamentos que determina suas especificidades.

A Terapia cognitivo-comportamental

Como discutido anteriormente uma das abordagens de maior êxito e sucesso no tratamento da depressão é a Terapia Cognitiva (TC) e para discorrer sobre tal abordagem é necessário relatar a história de construção e fundamentação desta teoria.

A Terapia Cognitiva foi desenvolvida por Aaron T. Beck no início da década de 60, como uma psicoterapia breve, estruturada (início, meio e fim), direcionada ao presente, centrada a definir problemas atuais e a transformar os pensamentos, esquemas cognitivos e os comportamentos disfuncionais naturais de crenças centrais e intermediárias¹⁴.

Inicialmente Aaron T. Beck realizava estudos com pessoas depressivas utilizando a teoria da Psicanálise, os estudos não apresentam melhoras notáveis em seus comportamentos e sentimentos. Sua nova reformulação partiu de “observações clínicas e estudos experimentais e correlacionais que pareciam contradizer a teoria psicanalítica”¹⁴ p. 08.

Na mesma ideia os autores Beck et al.⁴ ressaltam que na medida em que focalizaram mais a descrição da pessoa depressiva com relação a si mesmo e de suas experiências, observaram que os mesmos adotavam construções negativas em relação a si mesmo juntamente com suas experiências de vida, aparentemente distorções da realidade. Esses experimentos indicaram que, sob condições específicas, “uma série graduada de sucessos em atingir uma meta tangível poderia ter

exercido um efeito poderoso em reverter o autoconceito e as expectativas negativas e, assim, aliviar diretamente sua sintomatologia depressiva”⁴.

O modelo cognitivo propõe que o pensamento distorcido ou disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do paciente) seja comum a todos os distúrbios psicológicos. A avaliação realista e a modificação no pensamento produzem uma melhora no humor e no comportamento. A melhora duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais básicas dos pacientes¹⁴.

Ela é singular no sentido de que é um sistema de psicoterapia com uma teoria da personalidade e da psicopatologia unificadas, apoiadas por evidências empíricas e substâncias. Ela tem uma terapia operacionalizada com uma ampla gama de aplicações também apoiadas por dados empíricos, que são prontamente derivados da teoria¹⁴. Na opinião de Beck¹⁴ a Terapia Cognitiva é ideal para se trabalhar com qualquer faixa etária, qualquer nível de educação, individual ou em grupo, porém é necessário que o terapeuta se ajuste às necessidades do público alvo e trabalhe sempre dentro dos princípios da Terapia Cognitiva.

É crescente o número de abordagens psicológicas a fim de auxiliar no tratamento da depressão, entre elas a Terapia Cognitiva. Pergher et al.¹⁵ discorrem que foram apresentados resultados empíricos de sua eficácia no tratamento de uma gama cada vez maior de transtornos mentais. Os resultados efetivos na terapêutica dos mais diferentes transtornos psiquiátricos, contudo, não se constitui o único aspecto facilitador da ascensão da Terapia Cognitiva no cenário mundial. Além de eficácia comprovada, a Terapia Cognitiva conta com uma base teórica bastante consistente, caracterizando a prática desta abordagem de psicoterapia como uma atividade calçada em sólidos fundamentos¹⁵.

Pergher et al.¹⁵ comentam que Aaron Tim Beck não estava interessado em contemplar suas teorias, mas sim, que dessem conta dos diferentes processos cognitivos envolvidos nos transtornos psiquiátricos, sua proposta é oferecer um modelo abrangente do funcionamento cognitivo (inicialmente de depressivos).

Como pode ser visto desde o início do referencial teórico até o momento a Terapia Cognitiva é uma abordagem estruturada, baseada em pesquisas e metodologia criteriosa, apresentando princípios básicos em suas aplicações.

As Crenças

De acordo com Beck⁴ durante o período da infância as pessoas desenvolvem e cristalizam determinadas crenças sobre si mesmas e sobre o mundo incluindo as pessoas que o cercam. “Essas ideias são consideradas pela pessoa como

verdades absolutas, exatamente o modo como as coisas “são” (p.30).

Quando a crença central está ativada a pessoa tende a interpretar seletivamente as situações que confirmam a crença central, desprezando informações contrárias¹⁴.

As crenças centrais são o nível mais fundamental de crença; elas são globais, rígidas e supergeneralizadas. Os pensamentos automáticos, as palavras ou imagens reais que passam pela cabeça da pessoa, são específicos à situação e podem ser considerados o nível mais superficial de cognição¹⁴. Estas se desenvolvem na proporção que a criança interage com outras figuras (pessoas) significativas e vivencia uma série de situações que confirmem essa ideia. Comumente as crenças centrais somente vêm à tona nos episódios de aflição psicológicas.

O grau de dificuldade para identificar e modificar as crenças centrais varia de cliente para cliente. Em geral, os clientes que estão em aflição emocional significativa são os mais facilmente capazes (do que outros) de expressar as suas crenças centrais pelo fato de essas crenças estarem ativadas na sessão¹⁴.

Para Beck¹⁴ as crenças centrais influenciam o desenvolvimento de uma classe intermediária de crenças que consiste em atitudes, regras e suposições. O mais importante para o terapeuta são as crenças disfuncionais, que muitas vezes, não necessitam ser aprendidas, “e às novas crenças mais embasadas na realidade e funcionais, que podem ser desenvolvidas e aprendidas através da terapia”.

As crenças disfuncionais são basicamente pensamentos negativos a respeito da realidade vivida, tudo na vida da pessoa acometida pelo transtorno depressivo tornar-se perceptivelmente difícil de ser resolvido¹⁴. Os pensamentos automáticos também influenciam o comportamento e com frequência conduzem a uma resposta fisiológica.

Os Pensamentos Automáticos

Geralmente pessoas com transtornos psicológicos interpretam erroneamente situações positivas e seus pensamentos são sempre tendenciosos. Esses tipos de pensamentos não são peculiares a pessoas com angústia; eles são uma experiência comum a todos nós. A maior parte do tempo, nós mal estamos cientes desses pensamentos, embora com apenas um pouquinho de treinamento possamos facilmente trazer esses pensamentos à consciência. Quando nos tornamos cientes dos nossos pensamentos, podemos automaticamente fazer uma checagem de realidade quando não estamos sofrendo de disfunção psicológica¹⁴.

Ainda de acordo com Beck¹⁴ embora os pensamentos automáticos surjam espontaneamente, eles são bastante previsíveis, uma vez que é identificadas as crenças cristalizadas do cliente. O terapeuta deve estar atento para identificar os pensamentos distorcidos e/ ou disfuncionais que interferem nas habilidades do cliente a atingir metas. Durante esse processo o cliente está ciente das emoções geradas a partir do momento vivenciado, mas, muitas vezes, não está ciente do pensamento disfuncional.

Em relação aos pensamentos disfuncionais, esses influenciam fortemente o modo das pessoas se comportarem, sendo assim, a pessoa necessita de auxílio profissional, pois, a frequência e intensidade desses comportamentos podem causar prejuízos¹⁴.

O tratamento da depressão na abordagem cognitivo-comportamental

A abordagem teórica da Terapia Cognitiva apresenta resultados positivos, as pessoas deprimidas expressam pensamentos automáticos negativos e distorcidos, sobre si mesmo, sobre o mundo, seu futuro, na maioria das vezes esses pensamentos não condizem com a realidade vivida, por isso, “distorcidos” criando um chamado processo “vicioso” onde o pensamento negativo afeta seus sentimentos e emoções, conseqüentemente aumenta a intensidade desses pensamentos negativos¹⁶.

As cognições negativas surgiram da ativação de crenças disfuncionais subjacentes, aprendidas, construídas e mantidas, de forma inconsciente, desde a infância. A característica essencial desta terapia é o uso de uma abordagem colaborativa, de “testagem” das hipóteses distorcidas do paciente¹⁶.

Segundo Lima e Derdyck⁵ seja em atendimento individual ou grupal o objetivo da Terapia Cognitiva é sempre o mesmo “facilitar a aprendizagem de novos comportamentos e cognições” (p. 491). A Terapia Cognitiva mantém um critério rigoroso de técnicas, que exige muito do profissional psicólogo ter as habilidades necessárias e da pessoa depressiva colaborar para essa prática. O item fundamental para o psicólogo atuar com êxito é sempre instilar a esperança, pois, em pessoas depressivas a esperança é um sentimento muitas vezes distante, pois, em sua maioria as pessoas se encontram sem perspectivas para o futuro⁵.

As crenças que se tem sobre nós mesmos, sobre o mundo e sobre o futuro, determinam o modo como nos sentimos e a forma como pensamos afeta profundamente o bem-estar emocional. A Terapia Cognitiva tem como princípio básico a afirmação de que as crenças determinam o modo como se sente. Os pensamentos têm a capacidade de influenciar as emoções e também de

serem influenciados por elas. Este conceito implica uma visão de homem particular¹⁷.

A Terapia Cognitiva utiliza o conceito da estrutura "biopsicossocial" na determinação e compreensão dos fenômenos relativos à psicologia, no entanto constitui-se como uma abordagem que focaliza o trabalho sobre os fatores cognitivos da psicopatologia. Assim, a Terapia Cognitiva tem como objeto de estudo principal a natureza e a função dos aspectos cognitivos, ou seja, o processamento de informação que é o ato de atribuir significado a algo⁴.

Para Beck et al.⁴ o objetivo desta terapia é descrever a natureza de conceitos (resultados de processos cognitivos) envolvidos em determinada psicopatologia de maneira que quando ativados dentro de contextos específicos podem caracterizar-se como mal adaptativos ou disfuncionais. O objetivo da Terapia Cognitiva seria ainda, o de fornecer estratégias capazes de corrigir estes conceitos. Segundo Leahy¹⁸ a Terapia Cognitiva da depressão é um processo de tratamento que ajuda os pacientes a modificarem crenças e comportamentos que produzem certos estados de humor.

De acordo com Beck¹⁹ uma das vantagens da terapia cognitiva é o caráter de participação ativa do cliente no tratamento, de modo que o cliente é auxiliado a identificar suas percepções distorcidas; Reconhecer os pensamentos negativos e buscar pensamentos alternativos que reflitam a realidade mais de perto; Encontrar as evidências que sustentam os pensamentos negativos e os alternativos; Gerar pensamentos mais consistentes e dignos de crédito ligados a determinadas situações em um processo chamado reestruturação cognitiva.

Paulo Knapp e colaboradores²⁰ trazem pesquisas que atestam a eficácia da terapia cognitivo-comportamental, tanto que diversos estudos comprovam que apenas o tratamento farmacológico "não é a única forma de prevenir recaídas nos pacientes com depressão". Acrescentam ainda que a TCC é uma abordagem terapêutica eficaz no tratamento dos diversos tipos de depressão, mesmo sem a associação de medicamentos. Ainda através de um Caso Clínico, trazido por este mesmo autor e colaboradores, podemos perceber o quanto a TC aplicada à depressão é eficaz. O Caso Clínico trata de um paciente com depressão moderada a grave, onde inicialmente foi explicado o modelo cognitivo, aplicada os inventários de Beck e utilizado um Protocolo de tratamento²⁰. E depois tem o relato de uma sessão de terapia com este mesmo paciente. O terapeuta utiliza a Descoberta Guiada, onde o terapeuta evoca os pensamentos automáticos, imagens ou crenças do paciente e faz uma série de perguntas "para ajudá-lo a olhar com

distanciamento, irá avaliar a validade e utilidade das cognições e/ou descatastrofizar seus medos"²¹.

Até mesmo os tipos de depressão crônica ou resistente ao tratamento, utilizando uma forma padrão de TCC mostrou-se tão eficaz quanto qualquer uma das estratégias farmacológicas de mudança ou aumento usadas na investigação²².

Ainda falando sobre a técnica de retribuição há uma série de métodos que podem ajudar os pacientes a fazerem atribuições mais saudáveis²³. Como o questionamento socrático, que ajuda o paciente a perceber a situação de uma maneira diferente. Estes mesmos autores relatam um Caso Clínico, onde a paciente Sandy, que se culpava pelos atos de sua filha. E através do questionamento socrático, ela chegou à conclusão de que se depreciava demais. Dessa maneira, a TCC foca na identificação, avaliação e modificação de pensamentos automáticos.

Apesar de tantos estudos provarem a eficácia da TCC no tratamento para depressão, ainda existem mitos como o que diz que a teoria cognitiva tem como premissa que os pensamentos negativos disfuncionais provocam o transtorno, mas existem os desequilíbrios bioquímicos, os eventos da vida e as relações interpessoais²⁰ que juntos desencadeiam o transtorno mental, como a depressão. Mas a cognição do paciente tem grande importância e de onde o terapeuta irá intervir de maneira a flexibilizar e modificar o pensamento, e conseqüentemente as reações emocionais, físicas e comportamentais²¹.

Isso podemos verificar no Caso Clínico trazido por Hoffman²⁴ no qual Joe, 45 anos, após ficar desempregado, ficou deprimido, passava a maior parte do seu tempo deitado, após iniciar as sessões de TCC, começou a ter melhora do humor e no final das 16 sessões sua depressão tinha praticamente desaparecido.

A Terapia Cognitiva utiliza de técnicas criteriosas fundamentadas empiricamente. Dentro de suas técnicas, segue a reestruturação cognitiva para identificar e modificar as crenças disfuncionais.

Reestruturação cognitiva

A reestruturação cognitiva para Beck¹⁹ traz que as sessões iniciais são dirigidas à definição dos problemas dos clientes, elaborando-se a conceituação cognitiva ou formulação do caso. Nessas sessões, o terapeuta ajudará o cliente a identificar: 1 - As crenças disfuncionais específicas associadas à depressão; 2 - As distorções cognitivas mais comuns e a caracterização dos pensamentos automáticos; 3 - As reações fisiológicas, emocionais e comportamentais conseqüentes aos pensamentos; 4 - Que comportamentos foram desenvolvidos para enfrentar as crenças disfuncionais; 5 - Como as

experiências anteriores têm contribuído na manutenção das crenças do paciente.

Uma vez que o cliente tenha conhecimento sobre os fatores mantenedores do comportamento depressivo, serão aplicadas nas sessões intermediárias técnicas que auxiliem o cliente no manejo dos sintomas¹⁹.

De acordo com o que foi discutido até aqui, a reestruturação cognitiva é uma técnica diária na Terapia Cognitiva e perpetuada durante todo o processo psicoterápico, a mesma é utilizada juntamente com a técnica do registro de pensamentos disfuncionais para elucidar e dar consciência aos pensamentos do cliente.

Registro de Pensamentos Disfuncionais

Registro de pensamentos disfuncionais aumenta a objetividade e facilita para que o indivíduo se lembre de eventos, pensamentos e sentimentos ocorridos entre as sessões. Na maioria das vezes, o indivíduo necessita de treinamento para o uso do diário, sendo capaz de identificar os pensamentos automáticos apontando primeiro os estados emocionais. O recurso envolve um registro onde são anotados, sequencialmente, o evento e o pensamento que se sucedeu ao evento.

Existe uma coluna adicional para o registro de uma nota referente a quanto o cliente acredita que aquele pensamento seja verdadeiro. Esta coluna ajudará progressivamente o indivíduo na identificação dos pensamentos automáticos disfuncionais que se constituam em foco de atenção mais produtivo. Para ajudar o cliente, comparações com o máximo de emoção (por exemplo, tristeza) podem ser úteis para uma avaliação mais realista⁴.

De acordo com Padesky e Greenberger²⁵ os registros de pensamentos também incluem uma coluna de evidências, bem como uma coluna para gerar o pensamento alternativo sobre a situação. Finalmente, pede-se ao cliente que quantifique o quanto acredita no novo pensamento, assim como a intensidade da emoção.

Ainda segundo Padesky e Greenberg²⁵ a Terapia Cognitiva vem se estabelecendo como uma corrente psicoterapêutica bastante expressiva no mundo moderno principalmente a partir dos trabalhos com depressão por Beck. Trata-se de um procedimento breve, efetivo dentro de seus limites, objetivo, sistemático, de aprendizado relativamente simples, verificável e que, por tudo isso, pode ser de grande utilidade no tratamento deste transtorno tão frequente em uma realidade que cada dia vem ocorrendo mais casos de depressão.

Na Terapia Cognitiva, a partir da compreensão que tem o cliente dos seus pensamentos automáticos, começa a caminhar para o processo de mudança, sendo importantíssimo para o terapeuta utilizar técnicas e procedimentos que auxiliem o cliente nessa compreensão.

Detecção de Pensamentos Automáticos

De acordo com Beck, et al.⁴ quando o cliente entende seus pensamentos automáticos, o terapeuta pode formular um plano específico destinado a delimitar suas cognições distorcidas. Assim, o cliente inicialmente ainda não é capaz de registrar suas cognições imediatamente, por isso, é necessário direcionar o cliente para reservar um breve período de tempo específico, quinze minutos de cada sessão, para lembrar os eventos que levaram a sua cognição.

O terapeuta instrui o cliente “a registrar quaisquer pensamentos perturbadores o mais precisamente possível, esse método de treinamento de coletar cognições fora da sessão de terapia é particularmente útil com pacientes que foram instruídos para manter-se ocupados a fim de evitar ruminacões depressivas”⁴, p. 109).

Para Beck et al.⁴ outra técnica utilizada é o de reconhecer cognições. Reconhecidas às cognições, o cliente e seu terapeuta ingressaram em uma discussão produtiva que envolve uma listagem dos pensamentos e emoções. É interessante após essas identificações e discussões com o terapeuta sobre esses eventos associados à depressão, que oriente o cliente a expor-se novamente ao evento ambiental, onde confronte sua cognição com novos julgamentos.

Compreende-se que a partir de utilização de técnicas capazes de elucidar o cliente a respeito dos pensamentos automáticos, o processo caminha em direção à mudança, levar o cliente a perceber a situações de maneira alternativa e reatribuindo os significados de eventos.

Reatribuição

Conforme Beck et al.⁴ um padrão cognitivo comum na depressão envolve atribuir incorretamente a si mesmo a culpa ou responsabilidade por eventos adversos. Os clientes deprimidos são individualmente propensos à autoincriminação resultante das consequências negativas de eventos fora do seu domínio, bem como referente às suas ações e juízos.

O terapeuta e cliente fazem uma revisão dos eventos importantes, aplicam as leis da lógica às informações disponíveis, para fazer uma atribuição apropriada de responsabilidades⁴. O ponto principal desta técnica não é necessariamente aplicar toda a responsabilidade ao cliente, mas sim, em suscitar no mesmo a infinidade de fatores que podem estar envolvidos em uma mesma situação que contribuem para uma experiência adversa. Objetivando o cliente a tirar o peso da autoincriminação e também, buscar formas de prevenir uma recorrência.

Como enfatiza os autores comumente a pessoa com transtorno depressivo atribui a

significados desastrosos as situações adversas, neste sentido, o terapeuta pode fazer uso da técnica Role-Play para direcionar o cliente a perceber as situações de maneira global e aprender novas habilidades sociais.

Role-Play

O Role-Play é uma técnica que pode ser utilizada para uma variedade de propósitos, bem com a identificação de pensamentos automáticos a fim de desenvolver no cliente uma resposta mais racional e também para modificação das crenças centrais e intermediárias. Alguns clientes têm habilidades sociais fracas e podem apresentar certos déficits na comunicação e necessitam aprender certas habilidades¹⁴.

De acordo com Beck et al¹⁴ a Abordagem Cognitiva também busca conscientizar o cliente da infiltração de autocríticas peculiares, uma vez comum em pessoas com transtorno depressivo. O passo seguinte é aumentar a objetividade do cliente em direção à sua autoincriminação, os clientes comumente creem que a sua autocrítica é justificada.

Para Beck¹⁴ a técnica Role-Play é um processo onde o cliente caminha para adquirir objetividade. Nesta técnica o terapeuta inverte o papel com o cliente, pode listar junto com o cliente uma determinada situação de difícil resolução, o terapeuta pode representar o modo como o cliente vê a si mesmo em determinada situação, o cliente é encorajado a assumir o papel de uma pessoa significativa nesta dada situação, que manterá uma comunicação verbalmente do cliente.

Um terapeuta hábil pode desempenhar o papel fraco de modo a demonstrar as distorções e inferências arbitrárias do paciente⁴. É interessante para aguçar a percepção do cliente de suas autocríticas a inversão de papéis: o cliente busca ajudar o terapeuta que assume um papel autodepressivo.

A partir da discussão acima averigua-se que a partir do momento em que o cliente reconhece os dois lados de uma situação, o mesmo encorajado pelo terapeuta pode ser capaz de iniciar o processo de retomada de atividades, como se pode ver abaixo, o planejamento de atividades é uma excelente técnica para conduzir o paciente ao ativismo.

Planejamento de Atividades

Frequentemente a pessoa depressiva, tem como alguns sintomas marcantes a falta de interesse em atividades, ocorre uma perda gradual por atividades que anteriormente eram consideradas prazerosas, essa técnica é muito utilizada, pois, tem por objetivo retirar a pessoa depressiva da inatividade.

O terapeuta nesta etapa pode solicitar ao cliente que descreva as vantagens e desvantagens em realizar as atividades, em seguida realizar uma breve discussão sobre as vantagens e desvantagens, muitas vezes o cliente pode ter pensamentos disfuncionais quanto a não realizá-las. As razões usuais dadas pelos pacientes deprimidos para sua passividade e resistência em engajar-se em um projeto podem ser: (a) "É inútil tentar"; b) "Eu não consigo fazer isso"; c) "Se eu tentar algo não dará certo e eu apenas me sentirei pior"; (d) "Eu estou cansado demais para fazer qualquer coisa"; e) "É muito mais fácil ficar apenas parado"⁴,

A finalidade deste programa é educar o cliente para identificar seus pensamentos negativos antes de inserir-se no projeto específico ou enquanto o realiza. Quando o cliente reconhece como estes pensamentos automáticos o estão derrotando, ele pode começar a desafiá-los espontaneamente.

O programa terapêutico deve focalizar os seguintes passos: 1 - Propor um planejamento de atividade específico; 2 - Evocar seus motivos para se opor à proposta; 3 - Pedir para o cliente pesar a validade seus motivos; 4 - Apontar ao cliente porque seus motivos podem ser inválidos; 5 - Estimular a motivação do cliente em tentar desempenhar a atividade proposta; 6 - Formular um planejamento de tal maneira que o desempenho do cliente testará a validade e suas ideias⁴.

O terapeuta deve ter em mente que o cliente pode falhar na realização de uma determinada atividade. Entretanto, a experiência necessita ser orientada de maneira que a informação seja útil independentemente do resultado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para iniciar esta discussão faz-se imprescindível discorrer sobre a trajetória percorrida desde os tempos remotos até os dias atuais relacionado à depressão, atribuída à vontade de deuses, possessões de demônios e frequentemente ligada à bruxaria, mas, conforme citado, sabe-se que a depressão depende de cada cultura⁷.

Afirma Del Porto¹⁰ que um dos sintomas principais da depressão é a perda da capacidade de experimentar prazer, a pessoa se torna inativa, complementa Michelon et al¹¹ ocorre uma diminuição das capacidades cognitivas.

Em análise no referencial teórico mostra que à depressão independe de faixa etária, frequentemente atinge crianças e adolescentes³, entretanto, segundo o DSM-IV-TR (2002) se apresenta de maneira diferente como em adultos. Beck¹⁴ acorda sobre a Terapia Cognitiva, uma abordagem acessível a todas as culturas, faixa etária e escolaridade.

No decorrer do referencial teórico o DSM-IV-TR¹² e Ballone³ enfatizam sintomas característicos

da depressão: tristeza, perda de apetite, falta de sono e motivação para realização de atividades anteriormente prazerosas. Contudo, fazem o uso de termos diferenciados, o DSM-IV-TR¹² dividem os sintomas em: Humor deprimido, Redução da capacidade de experimentar prazer, Fadiga e sensação de perda de energia, diminuição da capacidade de pensar; Ballone³ divide em: Inibição Psíquica, Estreitamento do Campo Vivencial e Sentimento Moral.

Outro dado interessante refere-se as especificidades quanto à origem da depressão, Ballone³ traduz todas de um modo geral na mudança do afeto perceptível na mudança de humor.

Os autores frisam que o diagnóstico da depressão é importantíssimo, tanto médico quanto da psicologia. Asseguram a necessidade de uma boa conduta terapêutica, ambos utilizam uma anamnese e fazem o uso de outros instrumentos próprios de sua área de atuação^{26,27}, completa Maluf²⁸ que o diagnóstico realizado pela psicologia faz uso do Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Existe uma concordância entre os autores a respeito da eficácia e de resultados positivos obtidos na aplicação da Terapia Cognitiva à depressão e que a mesma pode direcionar o indivíduo a novos comportamentos e cognições alcançando pensamentos automáticos funcionais^{30,29,5}.

É importante ressaltar os autores^{16,30} frisam a tríade da Terapia Cognitiva aplicada à depressão: pensamentos automáticos negativos sobre si mesmo; expectativas do futuro e sua experiência de mundo.

Para Schestatsky¹⁶, Fleck³⁰ e Falcone²⁹ um dos princípios básicos da Terapia Cognitiva os pensamentos influenciam nossos sentimentos e conseqüentemente nosso comportamento. Na mesma ideia, Lima, Derdyck⁵ e Beck¹² ressaltam que a Terapia Cognitiva é uma abordagem colaborativa.

Faz-se necessário enfatizar que o tratamento do transtorno depressivo inclui antidepressivo e intervenção psicológica. Para Fleck et al³⁰ os fármacos utilizados de forma isolada têm pior resultado do que usados em conjunto.

Referente a intervenção psicológica destaca-se a Terapia Cognitiva como uma abordagem eficaz, suas técnicas direcionam o cliente a tornar-se ativo, reconhecer seus pensamentos disfuncionais, modificar crenças e conseqüentemente o estilo de vida da pessoa com o Transtorno Depressivo^{14,4,25}.

Para finalizar esta discussão é essencial destacar que as técnicas apresentadas no referencial teórico, como toda e qualquer técnica da Terapia Cognitiva somente é eficaz e provocadora de mudança comportamental quando alicerçadas e fortalecidas pela aliança terapêutica, assim como

afirma Beck¹⁴ este é um dos princípios básicos da Terapia Cognitiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que, nos dias atuais, a depressão tem atingido inúmeras pessoas, até mesmo sendo chamada por vários profissionais de mal do século juntamente com o estresse. Ao longo desta pesquisa constatou-se que a depressão vem preocupando estudiosos e profissionais de todas as áreas, mas, também se tornou uma questão de saúde pública.

Mediante os mais variados motivos sejam eles constituídos do próprio indivíduo ou circunstancialmente, a depressão traz sérios prejuízos psicossociais. Atinge não somente o indivíduo, mas, abala seriamente a família.

Acredita-se que se deve investir em práticas psicológicas que focalize os problemas comportamentais do indivíduo depressivo, neste contexto a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) uma abordagem eficaz fundamentada nos princípios da psicopatologia.

Enfatiza-se que o modelo cognitivo é de grande potencial para pessoas depressivas, pois, é uma abordagem sistemática, compreende desde os eventos mantenedores da depressão, bem como, as distorções da realidade que afeta diretamente as emoções e conseqüentemente o comportamento.

Verifica-se, no escopo da Terapia Cognitivo-comportamental, que a mesma conduz a pessoa deprimida pelo caminho do autoconhecimento de sua patologia, direcionando a metas específicas objetivando ao indivíduo tornar-se seu próprio terapeuta.

Constata-se que todos esses componentes da Terapia Cognitiva se traduzem em tornar a pessoa deprimida ativa, lembrando que o propósito de trabalhar com pessoas deprimidas é torná-las ativas. Utilizando de ferramentas propícias à efetiva mudança dos esquemas (crenças e pensamentos automáticos).

Diante desta pesquisa bibliográfica, foi proposto a aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental à depressão, as pesquisas aqui elencadas juntamente com os casos clínicos, demonstram que a TCC é uma abordagem eficaz e aplicável à depressão, através de suas técnicas e estratégias capazes de corrigir as distorções cognitivas. O seu dinamismo faz com que se torne cada vez mais utilizada no tratamento do transtorno depressivo.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa SRCS. Subjetividade e complexidade social: contribuições ao estudo da depressão. Rev. Saúde Colet. [Online]. 2006. [acesso em 15 mai 2011]. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n2/v16n2a10.pdf>.
2. Souza JA; Fontana JL; Pinto MA. Depressão: Uma Doença, Várias Apresentações. In: Horimoto FC, Ayache D C. G, Souza J A de. Depressão: Diagnóstico e Tratamento Clínico. São Paulo: Roca, 2005.
 3. Ballone GJ. Depressão – Tipos. 2005. Disponível em: www.psiqweb.med.br, 2005.
 4. Beck AT; Rush AJ; Shaw BF; Gary E. Terapia Cognitiva da Depressão. Porto Alegre: Artmed, 1997.
 5. Lima CV de O; Derdyck PR. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com depressão. In: Rangé B. Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed. 2001.
 6. Beck JS. Terapia Cognitiva: Teoria e Prática. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
 7. Meleiro AMA da S. Etiopatogenia da Depressão. In: In: Horimoto FC; Ayache, DCG; Souza JA. de. Depressão: Diagnóstico e Tratamento Clínico. São Paulo: Roca, 2005.
 8. Pessotti I. Depressão: Tradição e moda. In: Kerbauy RR et al. Sobre Comportamento e Cognição. São Paulo: Esetec. 2000. v 05.
 9. Rangé B e colaboradores. 2º ed. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed. 2011.
 10. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. Rev. Bras. Psiquiatr. [Online]. 1999, v.21. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003. Acesso em: 15 maio 2011.
 11. Michelon L; Cordeiro Q; Vallada H. Depressão. 2011. http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3944.
 12. DSM IV-TR Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
 13. Delliti M. Depressão: a solução depende de vários modelos teóricos? In: Kerbauy RR et al. Sobre Comportamento e Cognição. São Paulo: Esetec. 2000. v 05.
 14. Beck JS. Terapia Cognitiva: Teoria e Prática. Porto Alegre: Artmed, 1997.
 15. Pergher GK; Stein LM; Wainer R. Estudos sobre a memória na depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva. Rev. psiquiatr. Clín. [Online]. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a04v31n2.pdf>.
 16. Schestatsky S; Fleck M. Psicoterapia das Depressões. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 1999. <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a07.pdf>.
 17. Mendes MA. Terapia Cognitiva: novas perspectivas. 2011. http://www.nunap.com.br/artigos/terapia_cognitiva.html.
 18. Leahy RL. Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.
 19. Beck J.S. Cognitive therapy: basics and beyond. New York: Guilford Press; 1995.
 20. Knapp P, Beck AT, Almeida AM, Palmieri A, Cordioli AV, Rangé B, et al. Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed. 2004.
 21. Beck JS. Terapia Cognitiva: Teoria e Prática. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
 22. Wright J, Turkington DGK, Basco MR. Terapia cognitivo-comportamental para doenças mentais graves. Porto Alegre: Artmed. 2010.
 23. Wright J, Basco MR, Thase ME. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed. 2008.
 24. Hofmann SG. Introdução à Terapia cognitivo-comportamental contemporânea. Porto Alegre: Artmed. 2014.
 25. Padesky CA, Greenberger D. Clinician's guide to mind over mood. New York: Guilford Press; 1995.
 26. Ayache DCG; Júnior RF; Galvão VV. Diagnóstico Clínico. In: Horimoto FC; Ayache DCG; Souza JA. de. Depressão: Diagnóstico e Tratamento Clínico. São Paulo: Roca, 2005.
 27. Decat CSA. Avaliação diagnóstica do Distress: Contribuições para Rotina de Atendimento em Serviço de Oncologia. Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, 2008, 133p. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) Brasília, 2008.

28. Maluf TPG. Avaliação de Sintomas de Depressão e Ansiedade em uma Amostra de Familiares de Usuários de Drogas que Frequentaram Grupos de Orientação Familiar em um Serviço Assistencial para Dependentes Químicos. 2002.59f. Dissertação (Mestrado), Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.
29. Falcone E. Psicoterapia Cognitiva. In: Rangé B. Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed. 2001.
30. Fleck MP de A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Rev. Bras. Psiquiatr. [Online]. 2003, v.25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000200013.