

Aplicação da terapia cognitiva na depressão: análise de caso clínico

* Ana Carolina Diethelm Kley

Introdução

O objetivo do tratamento em terapia cognitiva no caso dos transtornos afetivos, grupo que engloba a depressão, é desenvolver dois pilares, a reestruturação cognitiva e a resolução de problemas, processo que será visualizado nesta monografia.

Podemos conceber a reestruturação cognitiva como a retomada da flexibilidade cognitiva obtida através da substituição de esquemas disfuncionais por outros mais funcionais. A parte de resolução de problemas, por sua vez, consiste no desenvolvimento da habilidade de lidar de forma prática com as dificuldades e desafios do cotidiano, definindo o problema atual, a meta a ser atingida, bem como estipulando, escolhendo e testando estratégias que serão avaliadas e, caso se mostrem insuficientes para alcançar o objetivo definido, revistas e modificadas para que o façam.

A paciente S., personagem principal desta monografia, foi escolhida por apresentar um diagnóstico inicial de depressão moderada acompanhada de sintomas ansiosos, o que possibilitava a aplicação da terapia cognitiva padrão e, por conseguinte, melhor aprendizado da estrutura básica deste tipo de processo terapêutico.

S. era uma mulher de 27 anos, branca, classe média, solteira, filha mais velha de pais divorciados após muitos conflitos, que morava com a mãe e a avó materna, e tinha uma irmã de 24 anos. Seu pai era vivo e morava com sua madrasta e enteados. Era formada em administração hospitalar e fazia um curso de especialização em RH na saúde. Antes dessa faculdade, já havia feito outras sem as concluir. Naquele momento, estava trabalhando. Namorava há sete anos e dizia não ter problemas com seu namorado.

Como queixas principais, havia desesperança, frustração profissional e necessidade de se cuidar mais, gostar mais de si e se sentir mais útil no trabalho. Queria emagrecer, apesar de não ter muita esperança de conseguir (a paciente estava visivelmente acima do peso, beirando a obesidade).

Como dados históricos importantes, havia o fato de S. ter vivenciado a separação muito complicada dos pais, ter sofrido abuso sexual quando tinha oito anos e ter sido obesa desde então, tentando emagrecer muitas vezes sem sucesso permanente. S. já tinha tido outro episódio de depressão aos 15 anos, quando chegou a repetir duas vezes no colégio.

Material e métodos

O método e os materiais utilizados tanto na condução do caso quanto no desenvolvimento desta monografia se basearam nos princípios da terapia cognitiva descritos a seguir¹:

1. “A terapia cognitiva se baseia em uma formulação em contínuo desenvolvimento do paciente e de seus problemas em termos cognitivos.”
2. “A terapia cognitiva requer uma aliança terapêutica segura”
3. “A terapia cognitiva enfatiza colaboração e participação ativa”
4. “A terapia cognitiva é orientada em meta e focalizada em problemas”
5. “A terapia cognitiva inicialmente enfatiza o presente”
6. “A terapia cognitiva é educativa, visa ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza prevenção de recaídas”.
7. “A terapia cognitiva visa ter um tempo limitado”
8. “As sessões de terapia cognitiva são estruturadas.”
9. “A terapia cognitiva ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder a seus
10. “A terapia cognitiva utiliza uma variedade de técnicas para mudar pensamento, humor e comportamento”.

A terapia cognitiva utiliza tanto técnicas de cunho cognitivo, como a identificação e desafio de PAN's, quanto técnicas comportamentais e de gestalt. O diferencial, neste caso, é o objetivo: todas são utilizadas com o intuito de modificar pensamentos e crenças.

Exemplos de outros materiais utilizados no tratamento e que serviram como referência para esta obra foram:

- lista de Problemas e Metas
- identificação e desafio de pans
- quadro de atividades para planejamento de ações
- atualizações
- inventário de vantagens e desvantagens
- cartão de enfrentamento
- relatório de crença central
- teste histórico
- quadro de atividades adaptado para alimentação
- pensar em como funciona uma escada a fim de dar uma idéia de processo (nossas metas são atingidas através de passos que se somam e se sucedem até chegar ao ponto final)
- biblioterapia
- reestruturação das evidências a favor da crença disfuncional

As intervenções no processo clínico são baseadas no questionamento socrático e visam tanto o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades, quanto a

¹ Fonte: BECK, Judith (1997) *Terapia cognitiva: teoria e prática*; tradução Sandra Costa – Porto Alegre: Artes Médicas

flexibilidade cognitiva. Servem como auxiliares na execução do planejamento de intervenção idealizado pela terapeuta.

Além disso, em todas as sessões eram aplicados os inventários de Beck (*Beck depression inventory*, *Beck hopelessness scale* e *Beck Anxiety Inventory*) cujos resultados serviam como referência do progresso terapêutico.

Resultados

S. apresentou ideação suicida, ligada principalmente ao nível alto de desesperança (“as coisas não vão mudar”) e a um autoconceito ruim.²

Podemos ressaltar, ainda, pensamentos negativos em três níveis:

- em relação ao self: “não consigo chegar onde quero”, “sou uma fracassada na área profissional”, “sou uma idiota”, “sou uma fracasso porque não consigo nem pagar minhas dívidas”, “não sou capaz de mudar”, “nada do que faço dá resultado”

- em relação ao mundo/ outros: “minha chefe sempre quer colocar a culpa em mim”, “meus pais não gostam de mim”

- em relação ao futuro: “a terapia não vai dar certo”, “nada vai mudar”, “eu não vou conseguir fazer o TCC”, “se mesmo com uma indicação não fui chamada para o trabalho, não serei nunca”

Sobre as crenças que S. apresentou, podemos identificar quatro idéias disfuncionais que se mostraram atuantes neste episódio depressivo, são elas:

- “sou um fracasso” (crença de incapacidade)

- “as pessoas não gostam de mim” (crença de não-estima)

- “sou a escória da humanidade” (crença de inadequação)

- “o pior vai acontecer e não saberei lidar com isso” (crença de vulnerabilidade)

Apesar destas crenças disfuncionais, com o decorrer do tratamento, o nível de depressão de S. começou a baixar, apresentando altos e baixos. Todavia, os escores da paciente, obtidos através dos inventários de Beck, se mostraram cada vez mais baixos se comparados àqueles apresentados no começo do tratamento, mesmo quando a paciente passou por situações emocionalmente perturbadoras³. Já no final, os escores zeraram por várias sessões consecutivas ou apresentaram números muito baixos, indicando que o humor já havia se estabilizado, o que também podia ser visto como um reflexo da retomada da flexibilidade cognitiva, bem como do desenvolvimento da habilidade de resolução de problemas e, portanto, remissão do quadro depressivo.

² Apostila sobre Terapia Cognitiva e suicídio – Instituto de Terapia Cognitiva Ana Maria Serra

³ Como exemplo, temos a sessão em que ela pensou “se mesmo com uma indicação não fui chamada, não serei nunca” e seus escores foram BDI = 9, BHS = 6 e BAI = 3, e, para se poder comparar, na avaliação, seus escores foram BDi = 16, BHS = 6 e BAI = 17

No final do trabalho terapêutico, S. apresentava crenças mais funcionais em relação às quatro áreas citadas acima:

- crença de capacidade:

“o fato de não saber tudo de todas as coisas não significa que sou um fracasso e sim que sou humana. Sou uma pessoa genuinamente capaz”

- crença de estima:

“as pessoas se preocupam comigo, se mobilizam por mim mas têm vida própria e nem sempre podem fazer as minhas vontades. Algumas pessoas podem até não gostar de mim mais isso não quer dizer que todas não gostam (eu também não gosto de todo mundo)”

- crença de adequação:

“ não sou a escória da humanidade; sou boa, batalhadora, feliz, vaidosa, digna, solidária, humana e capaz”

- crença funcional de vulnerabilidade:

“em muitos momentos o pior pode não acontecer e, quando acontecer, conseguirei lidar com ele de uma boa forma”.

Conclusão

O processo clínico de S. foi bem sucedido uma vez que a paciente apresentou sinais de flexibilidade cognitiva mesmo em relação a idéias bastante rígidas inicialmente como a de incapacidade, de vulnerabilidade e não-estima. Além disso, pôde-se perceber que tanto o autoconceito quanto a noção de auto-eficácia de S. foram fortalecidas substancialmente durante a psicoterapia. Outra evidência importante do sucesso da terapia foi o fato de S. ter solucionado praticamente todas as metas da lista de problemas e metas inicialmente desenhada.

A única meta que não foi plenamente concluída durante o tratamento foi a de emagrecer. Isso ocorreu por uma série de fatores, entre eles, a dificuldade que a terapeuta teve em lidar com a esquiva da paciente e o surgimento de metas mais prioritárias como casar. Embora tenha ocorrido certa lentidão na conclusão desta meta, os obstáculos foram identificados e encaminhados, uma vez que questões importantes vieram à tona e foram trabalhadas (como a questão do abuso e os pensamentos permissivos) e S. passou a identificar e lidar melhor com suas permissões, a anotar o que comia e a praticar os exercícios físicos.

Um dos fatores que dificultaram o processo clínico foi o grande número de faltas da paciente no começo do tratamento bem como sua resistência em fazer os desafios cognitivos em sessão,. Além disso, a dificuldade da terapeuta em lidar com a esquiva de S. em fazer as tarefas de casa (principalmente relacionadas à questão alimentar) e também em intervir no que se referia às “atualizações dela”, acabaram por atrasar um pouco o progresso terapêutico, sem impedi-lo.

Um fator que facilitou bastante o processo foi a generalização dos ganhos oriundos do trabalho terapêutico: no decorrer do processo, a paciente começou a utilizar as técnicas e intervenções feitas durante as sessões, o que a ajudou em alguns assuntos que não precisaram nem ser vistos em sessão.

O casamento de S. também acabou por facilitar a terapia já que foi uma oportunidade de identificar e desafiar idéias centrais como a de não-estima e de vulnerabilidade, bem como reforçar a crença de capacidade e a habilidade de resolução da paciente.

Ana Carolina Diethelm Kley
Psicóloga
Especialista em Terapia Cognitiva
São Paulo - SP
Rua Conselheiro Brotero, 870
Fone: (11) 3661.4754

Site: www.flordelotusonline.com.br
E-mail: contato@flordelotusonline.com.br