

Artigo

RELATO DE CASO

ESTRATÉGIAS DE REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

Francys De Thommazo

Psicóloga graduada pela Universidade Braz Cubas- Mogi das Cruzes-2002, especialista em Terapia Cognitiva Comportamental pelo Instituto de Terapia Cognitiva- São Paulo , 2009.

Resumo Estudos comprovam a eficácia da terapia cognitiva para o transtorno depressivo. O objetivo deste relato de caso clínico é contribuir com a área da terapia cognitiva, demonstrando a efetividade das estratégias e técnicas cognitivas na reestruturação cognitiva de uma paciente com este transtorno. A paciente do sexo feminino, 33 anos, aprendeu nas dez primeiras sessões sobre o transtorno e técnicas de terapia cognitiva, efetuando mudança nos pensamentos automáticos negativos que a levavam a humor deprimido, com conceitos pessimistas sobre si, o mundo e o futuro. Nas dez sessões posteriores, aprendeu a reconhecer e a identificar seus pensamentos automáticos negativos que influenciavam, em não resolver os problemas e tomada de decisão do dia a dia.

No início do tratamento, foram abordadas as áreas de maior prejuízo e ao longo do processo terapêutico obteve melhora da depressão, reestruturando seus esquemas e crenças. As áreas de problema inicialmente abordadas foram conflitos na área familiar: sem ter proximidade com os pais nem diálogo, evitava chamá-los a sua casa. Na área profissional, não valorizava o que fazia - crochê, tricô, pintura em pano de prato e fraldas-, não conseguia resolver problemas do dia a dia nem planejar o tempo.

Estes fatos atuais, situações de vida críticas, passadas e presentes, contribuíram para que o problema fosse desenvolvido, instalado e mantido levando à instalação de pensamentos e crenças disfuncionais.

A paciente tinha experimentado uma redução dos sintomas substituindo as disfuncionais por funcionais. Trabalhamos todas as áreas e metas estabelecidas diante da queixa inicial e submetas realizadas e recordamos o uso das técnicas aprendidas durante o processo psicoterápico

Palavras chave: depressão, terapia cognitiva, reestruturação cognitiva

Introdução

A depressão clínica tem uma alta ocorrência entre os transtornos psiquiátricos, chegando a ser identificada por “resfriado da psiquiatria” (Seligman, 1975; apud Fennel, 1997). Estima-se (Fennel, 1997) que 75% das internações psiquiátricas sejam por depressão.

Os transtornos de humor (afetivos) são caracterizados por manifestações afetivas consideradas inadequadas em termos de intensidade, frequência e duração. Dessas manifestações, a mais comum é chamada genericamente de depressão e envolve uma intensa sintomatologia, que pode incluir

Sentimentos de tristeza, angústia e desesperança; baixa auto-estima; incapacidade de sentir prazer; idéias de culpa, ruína e desvalia; visões pessimistas do futuro Sentimentos de tristeza, angústia e desesperança; baixa auto-estima; incapacidade de sentir prazer; idéias de culpa, ruína e desvalia; visões pessimistas do futuro e pensamentos recorrentes sobre morte, acompanhados de alterações somáticas abrangendo sono, apetite, atividade psicomotora e função sexual. (CID 10, 1993)

Seus sintomas se dividem em:

Afetivos: desalento, baixa auto-estima, perda de gratificação, perda de vínculos, períodos de choro e perda de reação de alegria;

Motivação: incluindo: perda de motivação para executar uma série de atividades, baixo nível de atividades e desejo de suicídio;

Cognitivos: baixa auto-avaliação, expectativas negativas, culpar-se a si mesmo e criticar-se, indecisão e auto-imagem distorcida;

Sintomas Fisiológicos: perda de apetite e do interesse sexual, distúrbios do sono e fadiga;

Sintomas Comportamentais: passividade, evitação e déficit social.

O MODELO COGNITIVO DE BECK PARA DEPRESSÃO

São os pensamentos, idéias e imagens distorcidos a base dos sintomas da depressão. O enfoque cognitivo enfatiza as mal-adaptações da estrutura cognitiva do indivíduo e os mecanismos defeituosos de processamento de informação em uma determinada doença, como por exemplo a depressão (Beck e cols, 1982).

A terapia cognitiva busca tratar a depressão a partir do entendimento de que os sintomas são o resultado de distorções cognitivas isto é de uma estrutura cognitiva disfuncional.

FUNDAMENTOS:

-Tríade cognitiva;

-Organização estrutural do pensamento depressivo;

- Erros lógicos ou processamento falho de informações.

-Tríade cognitiva:

É a forma como o indivíduo vê a si mesmo, o mundo e o seu futuro. Na depressão, pela visão essencialmente negativa, geram-se os sentimentos de desvalia, auto acusação ou derrota. O indivíduo passa a se sentir e comportar conforme essas percepções distorcidas.

- Organização estrutural do pensamento depressivo:

A tríade cognitiva surge a partir de esquemas e crenças ou conceitos inflexíveis (um conjunto de elementos cognitivos disfuncionais), modelados em experiências anteriores na vida. Estes geram pensamentos ,pressuposição e premissas desadaptativos. As premissas referem-se a uma instância precocemente formada no desenvolvimento da personalidade, que pode ser acionada a partir de estímulos internos e externos, e dita a forma como o indivíduo pensa frente às diferentes situações de sua vida.

- Erros lógicos ou processamento falho de informações:

São o resultado de um esquema hiperativo e da interpretação errônea de eventos, que reforçam a tríade cognitiva. Esses erros correspondem às conclusões das premissas. Eles preservam na pessoa deprimida a crença na validade de seus conceitos, a despeito de evidências contrárias. São descritos nas seguintes categorias:

- **Inferência arbitrária:** (conjunto de respostas) refere-se ao processo de se chegar a uma conclusão específica na ausência de provas para sustentá-la,ou quando as provas são contrárias à conclusão.
- **Maximização ou minimização:** (conjunto de respostas) refletem-se em erros na avaliação do significado ou magnitude de um acontecimento, grosseiros a ponto de se constituírem em distorções.
- **Pensamento dicotomizado ou absolutista:** (conjunto de respostas) manifesta-se na tendência a colocar todas as experiências em uma de duas categorias opostas, por exemplo, perfeito ou defeituoso, imaculado ou imundo, santo ou pecador. Na descrição de si mesmo o paciente seleciona a categorização negativa extrema.
- **Hipergeneralização:** (conjunto de respostas) refere-se ao padrão segundo o qual se chega a uma regra ou conclusão geral na base de um ou mais incidentes isolados, e se aplica o conceito, em espectro amplo, a situações relacionadas e não relacionadas ao(s) incidente(s).
- **Personalização:** (conjunto de respostas) diz respeito à propensão do paciente a relacionar ocorrências externas a si mesmo, quando não existe base para estabelecer essa relação.
- **Abstração seletiva:** (conjunto de estímulos) consiste em focalizar um detalhe retirado do contexto, ignorando outros aspectos mais salientes da situação e conceituando a totalidade da experiência com base nesse fragmento. Para o enfoque cognitivo, os estímulos desencadeantes da doença podem ser variados e concomitantes, tanto internos como externos. Eles acionam os esquemas e sobrevém, no caso, a depressão. Emergem na consciência os pensamentos automáticos desadaptativos. Dependendo da gravidade da depressão, tornam-se autônomos e extremamente ativos e prevalentes sobre as demais cognições.

Apresentação do caso

A paciente F.B.R. S, 33 anos casada, nível superior completo, apresentou –se à terapia de forma espontânea e colaborativa durante todo o processo psicoterápico. A mesma, procurou a terapia para obter mudanças em sua vida , diminuir os sintomas (tristeza) e lidar com problemas do dia a dia. Diante da avaliação psiquiátrica, a paciente foi diagnosticada com transtorno depressivo

Segundo o conceito da tríade cognitiva de Beck, o paciente deprimido apresenta três aspectos cognitivos principais: conceitos negativistas sobre si mesmo, o mundo e o futuro. Estes padrões de pensamento induziam a paciente a se considerar feia, inadequada e incapaz, vendo o mundo como ambiente hostil, sentindo-se sem recursos para enfrentar questões corriqueiras, fazendo projeções de um futuro em que tudo continuaria da mesma maneira e antecipando que encontraria cada vez mais dificuldades.

As hipóteses de conceituação cognitiva levantadas foram de um esquema primário de incapacidade, quando a paciente verbalizou, em uma das sessões, que não tinha valor em nada que fazia; e, ainda, esquema primário de inadequação, quando contou que não escrevia na frente de ninguém e nem convidava as pessoas para almoçarem na sua casa.

Além desses problemas, a paciente apresentava outros, como: insegurança, baixa estima, sentimento de incapacidade, autodesvalorização (fazia pintura em tecido e colchas em patwork, mas deixava de aceitar encomendas) e dificuldade de relacionamento interpessoal (incomodava-se com o que os outros diziam e pensavam; deixava de convidar amigas para almoçar em sua casa e não escrevia na frente de terceiros). Tudo isso lhe ocasionou cada vez mais depressão e desesperança.

O transtorno de depressão foi desencadeado devido aos pais serem muito rígidos e críticos, com a mãe estabelecendo concorrência entre as filhas, em detrimento da mais nova. Tais comportamentos contribuíram para que a paciente assumisse atribuições negativas desde a infância, que vieram a prejudicar algumas áreas de sua vida adulta.

Foi aplicado com a paciente, o modelo cognitivo de depressão de acordo com BECK,(1995), o modelo cognitivo que levanta a hipótese de que a emoção e o comportamento das pessoas são influenciados por sua percepção e eventos. Não é uma situação por si só, que determina o que as pessoas sentem, mais sim o modo que elas interpretam uma situação. Portanto, diante de uma situação elas pensam, se emocionam e se comportam.

De acordo com BECK (1979) , a tríade cognitiva, consiste em três padrões cognitivos maiores que induzem a paciente com depressão ver negativamente a si mesmo, ao mundo e ao futuro.O primeiro componente da tríade cognitiva gira em torno de uma visão negativa que a paciente tem de si mesmo. Neste estudo caso clínico na prática é demonstrado a visão negativa de si mesmo, quando a paciente relatou que via a si próprio como inadequada, incapaz e doente. A F.B.R.S atribuiu sua experiências desagradáveis de infância e também do dia a dia como um defeito psicológico,moral ou físico a si mesmo. Em sua visão ela acreditou que devido aos seus supostos defeitos no qual ela acreditou, ela era inadequada e sem valor, se criticava e se subestimava por causa destes aspectos.

O segundo componente da tríade cognitiva consiste na tendência da pessoa deprimida a interpretar sua experiências atuais de forma negativa. A paciente via o mundo como hostil, fazendo exigências de si mesmo, como cozinhar bem o tempo total, perfeccionista (medo de errar), e apresentou obstáculos para atingir suas metas de vida. Ela interpretou erroneamente suas interações com o ambiente, representando como derrota ou esquia de certas situações.

Devido a estas situações procuramos com a terapia cognitiva a mostrar a paciente que as interpretações negativas iniciais eram tendenciosas, e ela era a todo tempo estimulada a refletir sobre explicações alternativas menos negativas. Aos poucos, foi se chegando a reestruturação cognitiva da paciente transformando os pensamentos disfuncionais em funcionais para alívio do sintoma e sucesso no tratamento á depressão.

O terceiro componente da tríade cognitiva consiste em uma visão negativa do futuro. A paciente fazia antes da reestruturação cognitiva uma visão negativa, antecipava o sofrimento pensando que as pessoas pensariam mal dela, ou mesmo que as pessoas notassem sua incapacidade e que as coisas no futuro iriam piorar.

Diante do modelo cognitivo, via outros sinais e sintomas da síndrome depressiva como consequência ativação de padrões cognitivos negativos. Um exemplo foi quando a paciente pensou incorretamente que todos falariam mal dela ou mesmo pensava que era incapaz, ela reagia com o mesmo afeto negativo (tristeza) que ocorria para a paciente como uma inadequação e incapacidade para ela real. A paciente esperava um resultado negativo mais a todo momento era estimulada com atividades prazerosas para mudar tal pensamento disfuncional e ter alívio do sintoma.

Outro fato importante do modelo cognitivo de depressão é o conceito de esquemas.

De acordo com BECK (1979), este conceito é usado para explicar porque um paciente deprimido mantém suas atitudes indutoras de sofrimento e auto-derrotistas, apesar das evidências objetivas de fatores positivos em sua vida. Padrões cognitivos relativamente estáveis formam a base da regularidades e as interpretações de um conjunto específico de situações. O termo esquema designa estes padrões cognitivos estáveis.

Por exemplo quando a paciente se defrontou com uma circunstância específica este esquema era ativado. Os esquemas específicos determinam diretamente o modo como pessoa responde. Um exemplo foi quando a paciente diante da situação de sua amiga ir almoçar na sua casa, pensou que seria incapaz de fazer uma comida gostosa, e que a amiga também pensaria da mesma forma, teve o comportamento de esquiva e deu uma desculpa para amiga, com este pensamento negativo que ela teve neste momento foi ativado o esquema de incapacidade. Um outro exemplo de ativação de esquema foi que diante uma situação que a paciente foi na palestra do salão do reino não escreveu na frente de ninguém, porque pensou que todos iriam pensar mal dela, que não sabia escrever e teve o comportamento de não escrever, este esquema que se ativou vou de inadequação.

A organização cognitiva depressiva conforme Beck menciona, pode tornar-se tão independente de estimulação externa que o indivíduo se mostra resistente a mudanças no seu ambiente imediato, por isso se faz necessário técnicas cognitivas complementares para reestruturação cognitiva.

Estes erros de pensamentos no qual descrevemos acima, manteve crença do paciente de incapacidade e inadequação que foi sendo formulado uma conceituação cognitiva do decorrer do processo psicoterápico. Mantinha além da crença, a validade dos pensamentos negativistas apesar de evidências contraditórias.

A F.B.R.S apresentou erros cognitivos de pensamento como: Identificamos distorções cognitivas, como: a) desqualificação e desconsideração de fatos positivos, por meio de pensamentos negativos: "Fiz bem aquele almoço, mas isso não significa que cozinheiro bem, apenas tive a sorte de dar certo a comida"; b) magnificação e minimização, com pensamentos como: "As pessoas inteligente erram menos"; c) leitura mental, com pensamentos como: "Se

eu fizer um almoço e chamar minha amigas, as pessoas vão pensar que não sei cozinhar e minha comida é ruim.

Diante destes pensamentos disfuncionais descritos que a paciente apresentava, baseamos na tríade cognitiva para montarmos uma conceituação cognitiva. A terapia cognitiva aplicada á paciente, foi ativa, diretiva e estruturada se deu em 24 sessões, cujo objetivo foi ensinar a paciente a pensar de forma mais funcional, chegando a uma reestruturação cognitiva e lidando melhor com dificuldades que surgissem no dia a dia.

Aplicamos o princípio básico como a relação terapêutica como; empatia, cordialidade e genuidade, na qual a paciente se mostrou colaborativa durante todo o processo terapêutico.

Estabelecemos durante ás sessões exercícios e técnicas complementares com necessidade específicas e individuais á paciente totalmente planejadas.

A escolha das técnicas foi feita de acordo com a conceituação geral, e suas metas em sessão específica que visou, influenciar no pensamento e o humor da paciente. A meta foi produzir mudanças em atitudes negativistas, e desempenho da paciente e realização de seus objetivos nas áreas familiar, saúde, auto conceito e profissional.

Empregamos as seguintes técnicas: Agendar atividades o uso desta técnica foi para neutralizar a perda de motivação, e verificar atividades obrigação e prazer e estimular a novas atividades, focalizar tarefas específicas importantes a serem feitas de acordo com metas, pré estabelecidas para o paciente perceber a sua capacidade de maneira funcional.

Realizamos uma prescrição de tarefa graduada ou seja exposição graduada, a longo prazo como se fosse uma escada em degraus, no qual a paciente visualizou melhor as etapas até o seu objetivo final. Realizamos está técnica com a exposição em etapas da atividade profissional de fazer panos de prato e crochê ate a venda propriamente dita.

Utilizamos a técnica de resolução de problemas e tomada de decisão com vantagens e desvantagens, fazendo com que a paciente resolve-se problemas do dia a dia e pudesse visualizar melhor como tomar as decisões.

Também utilizamos Diário de PANS (diário de pensamentos negativos) na qual ,aparecesse no decorrer da semana pensamentos negativos a paciente preencheria um diário para cada situação com pensamentos negativos, relacionado a emoção e o comportamento que teve diante da situação.

Este diário foi realizado para flexibilizar a paciente diante de seus pensamentos distorcidos, e também reconhecer evidencias contra e a favor daquele pensamento negativo e pensar de maneira mais funcional, e também saber reconhecer o modo como acontecia o pensamento disfuncional.

Também utilizamos continuum cognitivo para a mudança de crença, e pensamentos automáticos, está técnica foi realizada em escala de 0 a 100% no qual a paciente acreditou que não era incapaz e inadequada, o objetivo desta técnica foi mostrar à paciente que tinha outras pessoas que eram mais incapazes que ela. Visualizando assim, e transformando pensamento de disfuncional para funcional.

Usamos a minuta de crença central para que a paciente percebesse, qual foi o máximo e o mínimo que acreditou na crença na semana e diante disso formulamos uma crença mais funcional.

Ao final do processo psicoterápico, também trabalhamos prevenção de recaídas com a paciente, o progresso atribuído á terapia e o cumprimento das metas, os resultados foram satisfatórios tendo uma reestruturação cognitiva após a depressão e comprovando ainda mais que a terapia cognitiva é eficaz e satisfatória não somente a depressão como também a outros transtornos.

Resultados

Na vigésima quarta sessão e última sessão, os escores de depressão (BDI) e desesperança (BHS) zeraram, devido à reestruturação cognitiva e substituição de crenças disfuncionais por funcionais. F.B.R.S. realizou todas as metas da LPM inicialmente estabelecidas de acordo com o planejamento de intervenção.

Durante as sessões, as áreas de vida constantes na Lista de Problemas e Metas foram sendo resolvidas. Na área familiar, a paciente teve mais proximidade com os pais, foi mais à casa deles para conversar e convidou a mãe várias vezes para tomar lanche ou mesmo, almoçar em sua casa. Assim, livre da mágoa, passou a não se importar com o quê a mãe dizia.

Na área da saúde, foi ao dentista e à nutricionista para reeducação alimentar, e, no final do processo terapêutico, matriculou-se em uma academia de ginástica. Na área religiosa, planejou o tempo e se organizou para não chegar tarde à igreja, mas, em eventuais atrasos, não se preocupou com o que os outros iriam pensar.

Na área profissional, aprendeu a valorizar seu trabalho em crochê e tricô, pintura em tecido, fraldas e panos de prato, aceitando encomendas e vendendo para as amigas. Na área do autoconceito, F.B.R.S. passou a se admirar mais, recuperando a autoestima; e deixou de se importar com a opinião dos outros sobre sua comida.

Na última sessão, trabalhamos prevenção de recaída. Atribuímos progresso à paciente, verificamos as técnicas adotadas em terapia, a preparamos para eventuais retrocessos e respondemos à preocupação sobre diminuir gradativamente as sessões, resumindo o que foi aprendido durante toda a terapia (*follow up*).

Vários fatores facilitaram alguns dos progressos do paciente: aliança terapêutica estabelecida e colaboração durante as sessões. Mesmo ativando crenças de inadequação e incapacidade, houve colaboração e entendimento mútuo, realização das tarefas de casa, cordialidade, presença e empatia, durante as sessões. Dificultaram o processo terapêutico algumas faltas que a paciente teve, no começo do processo psicoterápico.

Conclusão

A depressão, diagnóstico da paciente objeto deste estudo de caso clínico, foi caracterizada pelas manifestações afetivas consideradas inadequadas, em termos de intensidade, frequência e duração dos sintomas depressivos e pensamentos negativos apresentados.

De acordo com o CID 10 envolveu os seguintes sintomas: tristeza, angústia, baixa auto estima e visões pessimistas de futuro que tem ligação com a terapia cognitiva comportamental com o modelo de Beck de depressão, a tríade cognitiva, visões pessimistas que a paciente via de si, do mundo e do futuro. Estas incluíram sintomas: afetivos, motivacionais, cognitivos, fisiológicos e comportamentais.

As mulheres conforme descrito na literatura, tem maior incidência para a depressão, sendo que o primeiro período poderá aparecer após o parto.

Muitas foram as contribuições da terapia cognitiva comportamental eficácia comprovada , conforme o relato clínico de depressão, uma terapia ativa, diretiva, estruturada, limitada de tempo, que os objetivos principais foram ensinar a paciente a reconhecer as cognições negativas, e as conexões entre cognição e afeto examinando evidências contra e a favor do pensamentos distorcidos e substituindo por pensamentos funcionais.

Com isso Beck em seus estudos sobre depressão, nos conduziu a pensar e perceber para a maneira disfuncional com que os paciente depressivos pensam, e também visualizar a forma pessimista e sendimentada do qual demonstravam distorções cognitivas. Nosso trabalho enquanto terapeutas cognitivos foi a grande descoberta, de poder ajudá-los a perceber essa maneira errada de encarar e interpretar as situações do dia a dia, a detectar seus esquemas sendo ele de inadequação ou mesmo incapacidade, e substitui-los por crenças funcionais. Além de tudo manter uma aliança terapêutica com o paciente, de empatia e cordialidade .O enfoque cognitivo foi de alívio dos sintomas, buscando resultados mais rápidos, e estabelecendo metas e alcançando objetivos, tomada de decisão e resolução dos problemas.

Através destes aspectos, obter uma reestruturação cognitiva, na vida dos pacientes, acometidos pela depressão e outros transtornos, já que os estudos de tc frente a depressão, descritos neste estudo de caso clínico tem um papel importante, para aquisição de novos comportamentos funcionais, na compreensão da forma como o individuo pensa e interpreta as situações, percebendo o seu eu, o mundo e o futuro, de forma mais realista, promovendo um auto controle; atingindo uma qualidade de vida satisfatória promovendo uma reestruturação cognitiva eficaz após a depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECK, A.; YOUNG, J. E WEINBERGER, A. (1999) *Depressão*. Em D.H. Barlow, (org.) Manual clínico dos transtornos psicológicos, Porto Alegre (RS). Artes Médicas.

BECK, S JUDITH. *Terapia cognitiva teoria e prática. Porto alegre. Artmed, 1997.*

BECK, A.; RUSH, A.J.; Shaw, B.F. e Emery, G.(1979/1997) *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre (RS). Artes Médicas.

DORNELLES CLAUDIA(tradução). *DSM-IV , MANUAL DIAGNÓSTICO ESTATÍSTICO DE TRANTORNOS MENTAIS, 4º Ed. Art med, 2002.*

Correspondência

Francys De Thommazo

Tel : 11 7500-5698

Email: fthommazo@terra.com.br

