

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: CASO CLÍNICO DE DEPRESSÃO

FLORA BEATRIZ PROIETTE¹; JANDILSON AVELINO DA SILVA²

¹*Universidade Federal de Pelotas – f.proiette@gmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – jandilsonsilva@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estima que 300 milhões de pessoas sofram de depressão no mundo e a destaca como a principal doença incapacitante aos indivíduos (WHO, 2017). A depressão se expressa por um conjunto de sinais e sintomas depressivos e ansiosos e tem duração e forma variadas para cada subtipo (APA, 2014).

Entre os transtornos depressivos, destaca-se aqui o Transtorno Depressivo Maior que tem como critérios diagnósticos a expressão de pelo menos cinco sintomas dos nove descritos pelo DSM-V, incluindo necessariamente humor deprimido e perda de prazer por coisas que eram apreciadas, no período de duas semanas. O quadro sintomatológico causa prejuízo clinicamente relevante ao indivíduo em diversos âmbitos de sua vida (APA, 2014).

O tratamento para depressão pode basear-se na farmacoterapia e a psicoterapia, sendo a intervenção psicoterápica tão eficaz quanto o tratamento psicofarmacológico – mesmo quando realizados separadamente. Dentre as abordagens psicoterapêuticas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se destaca, promovendo respostas mais duradouras e prevenindo recaídas (DOBSON, 1989).

A TCC, elaborada por Aaron Beck na década de 60, parte do pressuposto de que os transtornos mentais resultam do modelo cognitivo: pensamentos disfuncionais promovem emoções e comportamentos desadaptativos. Logo, para a TCC, a depressão se desenvolve a partir de hábitos de pensamentos e crenças distorcidas e se caracteriza pela tríade cognitiva: visão negativa de si, dos outros e do futuro. Como prática, essa abordagem se utiliza de técnicas cognitivas e estratégias comportamentais para intervenção (BECK, 2013).

Porém, ainda que haja tratamentos eficazes e serviços públicos especializados em saúde mental, é possível detectar dificuldades no acesso à atendimentos para a população, uma vez que as filas de espera são longas ou os encaminhamentos não são realizados para o local mais adequado. Assim, pensando na importância de promover atendimentos à comunidade, o curso de psicologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) implementou o serviço de clínica no ambulatório da Faculdade de Medicina. Os atendimentos na clínica são realizados por estagiários de psicologia da UFPel que são supervisionados durante todo o processo por professores e outros profissionais habilitados.

O presente estudo parte justamente de uma experiência realizada em estágio clínico no ambulatório. Com a duração de um ano, foi possível realizar atendimentos com demandas diversificadas. Logo, o objetivo do estudo é relatar um caso clínico de depressão tratado pela abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental.

2. METODOLOGIA

O serviço de Psicologia do Ambulatório da UFPel recebe encaminhamentos diários, seja de outros profissionais da saúde, seja por livre demanda da

população. Os encaminhamentos são distribuídos aos estagiários para realizarem o processo de primeira acolhida – a entrevista inicial. Assim, o paciente é direcionado para psicoterapia e é chamado quando há disponibilidade de estagiário.

Quando chamado para iniciar a psicoterapia, o paciente é familiarizado com o contrato terapêutico e assina o termo de livre consentimento que autoriza a equipe da clínica fazer uso de seus dados, de forma não identificada, referentes ao tratamento. Assim, ao passar por todas as etapas supracitadas, a paciente A.M. iniciou a psicoterapia na abordagem da TCC.

O caso trata-se da paciente A.M., sexo feminino, 54 anos, era casada e cozinheira aposentada. Realizava tratamento psicofármaco de Rivotril sublíngua para casos de crise, mas não tinha acompanhamento psiquiátrico. A.M. foi encaminhada pelo clínico geral após relatar crises de choro compulsivo e sintomas de ansiedade.

As principais queixas de A.M. eram anedonia, inatividade diurna, problemas de insônia, dificuldade nas relações interpessoais, dificuldade de autocontrole emocional e compulsão alimentar. A.M. relatou que o início dos sintomas se deu com a saída do filho de 33 anos de casa e se agravou com a chegada da aposentadoria, uma vez que agora teria disponibilidade para cuidar da mãe, com quem tinha uma relação conturbada e os encontros a afetavam significamente.

Para avaliação diagnóstica, utilizou-se os critérios segundo DSM-V (APA, 2014). Para acompanhamento dos sintomas depressivos e ansiosos foi utilizado as Escalas de Beck de Depressão (BDI) e de Ansiedade (BAI) (CUNHA, 2001). O tratamento de A.M. totalizou 12 sessões de TCC de frequência semanal, com sessões de 50 minutos e teve encerramento em junho de 2017 após remissão dos sintomas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento psicoterápico em TCC para o caso de A.M. foi descrito em três etapas: avaliação inicial, intervenção e finalização. A primeira etapa permitiu conhecer com profundidade a queixa e a história da paciente, para elaborar as primeiras hipóteses do plano de tratamento. Aqui, foi fundamental avaliar as motivações da paciente para com o tratamento, buscando vinculá-la com base na aliança terapêutica. Nesta etapa foi realizado o diagnóstico de depressão maior e a avaliação inicial dos sintomas depressivos e ansiosos pelas escalas Beck, sendo que o BDI indicou depressão grave (42 pontos) e o BAI ansiedade grave (46 pontos).

Com sofrimento clínico significativo da paciente, as primeiras sessões focaram, além do supracitado, o alívio dos sintomas. Para isso, foi realizado o treino em relaxamento progressivo de Jacobson, uma vez que é indicado para que o paciente se conscientize de suas tensões corporais e aprenda a controlá-las e relaxar (CONRAD & ROTH, 2007).

Sobre o funcionamento da paciente, em linhas gerais, A.M. demonstrava alto nível de ansiedade antes de visitar sua mãe, o que fazia todos os dias por pelo menos três horas. Quando a visita se encerrava a paciente relatava intensificação dos sintomas depressivos. Desejava, mas não conseguia organizar encontros mais curtos em menor frequência. Sua relação com o filho e com a nora também apresentava dificuldades, uma vez que era marcada por sentimentos de culpa, raiva e tensão. A.M. acreditava que sua nora não gostava dela e que seu filho não lhe valorizava como antigamente. A paciente relatou compulsão alimentar, dificuldades no sono e inatividade diurna.

Assim, os objetivos estabelecidos para o tratamento foram: a) ter autocontrole emocional e aprender a se expressar de forma assertiva (em relação à mãe, nora, filho e com amigos que ela desconfiava não ter), e b) organizar uma rotina mais saudável (incluindo exercícios físicos, atividades prazerosas e controle da alimentação).

Assim, foi possível iniciar a conceitualização cognitiva de forma cooperativa, que é uma ferramenta fundamental e contínua, pois facilita a compreensão do caso e é base para formular ou complementar o plano de tratamento. Trata-se de um diagrama que organiza informações e registra pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais ligados à queixa, bem como as crenças da paciente. As crenças são resultados de cognições profundas e, no caso, disfuncionais, que o paciente tem sobre si e que regem todo seu funcionamento (BECK, 2013).

Com a base do plano de tratamento formulado, a etapa de intervenção contou com sólida aliança terapêutica para apoiar-se nas principais técnicas: psicoeducação; seta descendente; questionamento socrático; treino de assertividade; planilha de atividades; balança decisória; e planilha de controle alimentar (BECK, 2013).

O tratamento pela TCC é visto como um treinamento para que o paciente se torne seu próprio terapeuta, ou seja, ele é treinado para que possa identificar seus próprios pensamentos e crenças disfuncionais, sendo motivado a testar os seus conteúdos. Para isso, utiliza-se a técnica da seta descendente e do questionamento socrático ao longo do tratamento. Assim ocorre também com a técnica de psicoeducação, que trata de educar o paciente sobre seu transtorno e sobre o modelo cognitivo (BECK, 2013).

Assim, seguindo os objetivos, foi organizado cooperativamente a planilha de atividade semanal. A.M. estipulou inicialmente quatro visitas semanais de 2 horas e também foi incluído, a partir do interesse da paciente, um horário para academia. Após adaptar-se a esse plano, A.M. sentiu-se livre para espaçar ainda mais as visitas à mãe e ingressar num grupo de dança. Para as dificuldades de expressar-se emocionalmente, foi realizado o treino de assertividade. O treino beneficiou a relação com o filho, nora e com a própria mãe, fazendo das visitas algo mais agradável.

A.M. passou a demonstrar vontade em voltar a trabalhar e reingressou para um grupo de artesato do qual fez em outra época. Com o tempo, criou seu próprio grupo com pessoas selecionadas e que passou a considerar como amigas. Com o grupo poderia ter a liberdade de viajar mais, como sempre gostou em fazê-lo. Porém, ela logo recebeu o convite para voltar a trabalhar em sua antiga empresa (local que sentia saudade) onde foi cozinheira por mais de 10 anos. Foi realizado a balança decisória, técnica de avaliação de vantagens e desvantagens para tomada de decisões, e A.M. decidiu voltar para empresa.

Ainda nessa etapa, a paciente foi encaminhada para atendimento psiquiátrico para avaliação da necessidade de medicamentos antidepressivos que poderiam auxiliar o tratamento. A psiquiatra receitou Rivotril 0,5 mg e a paciente aderiu ao tratamento psicofarmacológico. Nessa etapa, a paciente também se mostrou preparada para lidar com sua alimentação. Assim, foi realizado uma planilha com todos os alimentos ingeridos nas refeições e A.M. tomou a iniciativa de substituir alimentos mais calóricos por menos calóricos e mais ricos em vitaminas, principalmente nas jantas e ceias. Ainda manteve seus alimentos favoritos, os mais calóricos, porém em menores quantidades e em horários mais adequados, como no café da manhã e almoço. Nesse período foi realizada novamente a avaliação pelas escalas de Beck que indicaram melhora na

evolução do caso, sendo que o BDI pontuou 5 e o BAI 3, indicando o nível mínimo de intensidade dos sintomas.

Uma vez com seu emprego de volta, com uma relação de qualidade com seu filho e nora, se sentindo mais segura para colocar limites em sua relação com sua mãe e conseguindo controlar sua alimentação A.M. relatava estar feliz com sua vida, que estava aprendendo que não se pode controlar tudo, mas se que pode transformar a si própria, bem como se aceitar em muitos outros aspectos.

A etapa final do tratamento foi caracterizada pelo *follow up*, um espaçamento gradual entre as sessões para que a alta fosse trabalhada. Foram quatro sessões espaçadas quinzenalmente. A avaliação desse processo final contou com o relato subjetivo da paciente sobre seu desenvolvimento na terapia. A.M. estava satisfeita com o tratamento e acreditava que podia seguir sozinha a partir dali. Igualmente, utilizou-se as escalas BDI e BAI, sendo que a BDI pontuou 3 e a BAI pontuou 1, valores mínimos que indicam remissão dos sintomas depressivos e ansiosos.

4. CONCLUSÕES

O tratamento da depressão com a TCC se provou também eficaz no caso de A.M., uma vez que a paciente teve remissão dos sintomas, sendo possível trabalhar na terapia todos os pontos específicos da queixa. Ainda assim, destaca-se que o sucesso no tratamento desse caso é multifatorial, sendo que não só as técnicas da TCC tiveram efeito, mas a motivação de A.M. em melhorar, a aliança estabelecida entre a terapeuta e a paciente, bem como a medicação.

Por fim, vale ressaltar também que o serviço de clínica de psicologia da UFPel, embora inaugurada somente há cerca de dois anos, vem cumprindo seu objetivo em promover um ambiente seguro aos alunos e pacientes, uma vez que busca a qualificação do aluno para oferecer atendimentos gratuitos e de qualidade à população.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, J. S. Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CONRAD, A., ROTH, W. T. Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? *Journal of Anxiety Disorders*. v.21, n.3, p.243-64, 2007.

CUNHA, J. A. Manual da versão em português das Escalas Beck. **Casa do Psicólogo**, 2001

DOBSON, K. S. A Meta-Analysis of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. v.57, n.3, p.414-419, 1989.

WHO. Depression. World Health Organization. Geneva, fev. 2017. Acessado em 13 de out. De 207. Online. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>