

## A DEPRESSÃO NA ELABORAÇÃO DO LUTO: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL

Rosyane Lemos Moreira<sup>1</sup>  
Ana Mara Dutra Souza<sup>2</sup>

### RESUMO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é visto como uma das patologias mais incapacitantes, além de liderar o *ranking* de doenças, logo atrás das enfermidades cardiovasculares. Pessoas que sofrem de depressão podem ter severos prejuízos em sua vida laboral, social e pessoal. O indivíduo que apresenta sintomas depressivos tem um modo singular de enxergar o mundo, os outros e a si mesmo, apresenta distorções cognitivas, filtra as informações sempre de forma pessimista e negativa, o que afeta de maneira significativa sua vida, podendo levá-lo, inclusive, ao suicídio. A Terapia Cognitiva Comportamental é uma abordagem psicoterápica que tem se mostrado bastante eficaz no tratamento da Depressão, pois apresenta um plano psicoterápico estruturado que envolve estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais que auxiliam o paciente na obtenção de melhoras em um menor espaço de tempo. Nesse sentido, o presente trabalho tem por objetivo apresentar uma discussão do caso clínico de uma paciente de 40 anos, com o diagnóstico TDM desencadeado pelo luto de perdas sucessivas de familiares (mãe, pai e irmã). O tratamento teve duração de aproximadamente quatro meses, em um total de 16 sessões de Terapia Cognitiva Comportamental, durante as quais foi possível verificar a remissão dos sintomas depressivos.

**Palavras-chave:** Depressão. Luto. Transtorno Depressivo Maior. Terapia Cognitiva Comportamental.

### DEPRESSION IN GRIEF OF PREPARING: THERAPY CONTRIBUTIONS COGNITIVE BEHAVIORAL

### ABSTRACT

Major Depressive Disorder (MDD) is seen as one of the most disabling diseases, besides, lead the ranking behind diseases of the cardiovascular diseases. People suffering from depression can have severe losses in their working life, social and personal, that because the person who has depressive symptoms have a unique way of seeing the world, others and yourself, have cognitive distortions, filter information always pessimistic and negative way which significantly affects their life and can take it even to suicide. Cognitive Behavioral Therapy is a psychotherapeutic approach that has proven very effective in treating depression, as it presents a structured plan that involves psychotherapeutic strategies and cognitive-behavioral techniques assisting

<sup>1</sup> Psicóloga. Pós-graduanda do curso de Terapia Cognitiva Comportamental pela UNIGRAD – Pós-graduação e Extensão. Vitória da Conquista. E-mail: rosyanemoreira@hotmail.com

<sup>2</sup> Docente do curso de Terapia Cognitiva Comportamental pela UNIGRAD – Pós-graduação e Extensão. Vitória da Conquista.

the patient in achieving improvements in a shorter period of time. In this sense, this work aims to present a clinical case discussion of a 40-year-old patient with MDD diagnosis triggered by grief successive family losses (mother, father and sister), the treatment lasted about four months in a total of 16 sessions of Cognitive Behavioral Therapy, where we observed remission of depressive symptoms.

**Keywords:** Depression. Mourning. Major Depressive Disorder. Cognitive behavioral therapy.

## 1 Introdução

### 1.1 Transtorno Depressivo Maior

A Depressão é uma das doenças que mais tem afetado a população mundial, tendo um grande impacto na vida do paciente, uma vez que compromete significativamente o seu repertório social. Pessoas com Depressão apresentam comprometimento de ordem pessoal, social, laboral e demais áreas de funcionamento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (MATOS apud WHO, 2009), até 2020, a depressão deverá ocupar o segundo lugar entre as doenças, logo depois das enfermidades cardiovasculares.

Como critério diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior (TDM), o *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (APA, 2015) aponta nove sintomas, dos quais pelo menos cinco devem estar presentes durante o período de, no mínimo, duas semanas e representarem uma mudança com relação ao funcionamento anterior. Os sintomas listados são: humor deprimido, redução do interesse ou prazer em quase todas as atividades, perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga e perda de energia, sentimentos de desvalia e culpa inapropriados, redução da concentração, além de pensamentos recorrentes de morte. Ressalta-se que humor deprimido e perda de interesse ou prazer são sintomas obrigatórios para o diagnóstico do TDM.

Ainda de acordo com o DSM-5, embora exista ampla literatura descrevendo correlatos neuroanatômicos, neuroendócrinos e neurofisiológicos do TDM, nenhum teste laboratorial produziu resultados de sensibilidade e especificidade suficientes para serem usados como ferramenta diagnóstica para esse transtorno.

O TDM tem maior incidência entre as mulheres do que entre os homens. Estudos apontam para um percentual de risco de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens. É importante ressaltar que o TDM não apresenta relação com nível de escolaridade, etnia, situação socioeconômica ou estado civil. Porém, se relacionado a faixa etária, a literatura revela que a prevalência em indivíduos de 18 a 29 anos é maior do que a prevalência em indivíduos acima dos 60 (DSM-5, 2015).

Além de sua elevada prevalência, a depressão causa grande impacto, aumentando inclusive o risco de tentativas de suicídio entre jovens de 15 e 34 anos (WHO, 2009 apud FALCONE; FERNANDES; SARDINHA, 2012). De acordo com o DSM-5, o Transtorno Depressivo Maior está associado com a alta mortalidade, em boa parte contabilizada pelo suicídio.

A depressão pode ser desencadeada a partir de uma perda significativa. Embora sentimento de tristeza profunda, apatia, falta de ânimo, perda de peso, apetite reduzido e insônia sejam características similares ao quadro do TDM, são comuns também para quem experiencia uma perda, sobretudo

a da morte, pois tais características fazem parte do processo do luto. Contudo, é importante a verificação da presença do episódio depressivo maior quando há também a presença de autoestima reduzida, já que no processo do luto a autoestima é preservada e na depressão não, porém, para a constatação de um TDM, é necessária uma investigação clínica com base na história de vida do indivíduo (DSM-5, 2015. p. 161).

Ainda segundo o DSM-5, a depressão relacionada ao luto tende a ocorrer em pessoas com outras vulnerabilidades a transtornos depressivos, e a recuperação pode ser facilitada pelo tratamento com antidepressivos.

## 1.2 Depressão e Luto

A morte é algo inerente à vida das pessoas, porém cada um tem uma forma de se expressar diante de tal perda. Para muitos, perder alguém que se ama pode ser doloroso e muitas vezes traumático e, para que se consiga seguir adiante, viver a vida sem essa pessoa, é preciso passar por um processo de elaboração do luto. Freud (1997) corroborou sobre o luto em sua obra: *Luto e Melancolia*; para ele: “O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como os pais, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante”.

Cabe ressaltar que o luto não está somente relacionado à morte, mas a tudo aquilo que se perde e que tinha algum valor sentimental. No entanto, o luto causado pela morte pode se tornar um dos processos mais dolorosos que alguns indivíduos podem atravessar, já que há um rompimento eterno do vínculo com um ente querido. Neste momento, a vida do enlutado sofre sérias modificações, pois irá vivenciar desânimo profundo, além da falta de prazer pelas coisas que em outra ocasião eram satisfatórias.

No luto, a dor é inevitável e necessária, pois é preciso que se passe por ela, para que o indivíduo possa, mais tarde, resignificar a sua vida a partir da perda. Para Silva (2011, p. 51), “ao elaborar o luto, a pessoa torna-se capaz de lidar com a perda e de se reorganizar diante da nova realidade”. Nesse sentido, a dor, a tristeza e o desânimo, sentimentos que fazem parte do processo do luto, são considerados não-patológicos, não sendo necessária intervenção médica, uma vez que podem atenuar com o tempo. Por se tratar de questões psíquicas, pode haver uma elaboração.

Porém, quando não há uma elaboração do luto e o indivíduo continua a vivenciar um desânimo profundo, penoso e desinteresse pelo mundo externo é que desta feita o luto se torna patológico.

Há casos, no entanto, em que, por algum motivo desconhecido por Freud, o luto se torna patológico e se transforma em melancolia. A melancolia, cuja origem nem sempre é o luto, é uma patologia que hoje seria classificada como um tipo de depressão. Suas características são semelhantes às do luto, com a diferença fundamental de que há também uma perturbação na autoestima, que está ausente no luto. Na melancolia, a pessoa se auto-recrimina, como se ela não fosse boa ou importante o suficiente (SILVA, 2011, p. 50).

Embora seja algo universal, no sentido de que todos experienciam o luto alguma vez na vida e apresentam sentimentos de dor, as pessoas podem viver o luto de formas diferentes. Em alguns casos, o luto pode dar espaço à depressão, devido ao grande impacto ocasionado na estrutura

emocional do indivíduo. A faixa etária também é um fator importante no que diz respeito aos danos ocasionados pelo luto; para Melo (2004, p. 5) “[...] as crianças e os adolescentes têm características próprias na forma de sentir a perda e de viverem o luto, sendo necessários determinados cuidados específicos”.

Para crianças e adolescentes, enfrentar o luto e superar a perda é ainda mais complicado quando está relacionado à morte dos pais, uma vez que a figura de proteção já não existe mais e, a partir de então, o mundo passará a ter uma nova configuração. Segundo Franco e Mazorra (2007 apud ANTON; FAVERO, 2011, p. 102), “com a morte de um genitor, a criança perde também o mundo que ela conhecia, tornando-se difícil lidar com toda a gama de sentimentos que a invadem com o desmoronamento da família”. Perder os genitores muito cedo e manter o equilíbrio psicológico pode não ser fácil para muita gente; infelizmente muitos carregarão sequelas em suas estruturas emocionais para a vida adulta.

Parkes (1998, p. 45) diz que:

Para compreender melhor os meios pelos quais o luto pode levar a distúrbios psiquiátricos e para iniciar programas de prevenção e tratamento, precisamos olhar mais de perto como as pessoas reagem ao luto, às circunstâncias que favorecem o aparecimento de problemas e as atitudes que podem ser tomadas, que podem interferir na situação, de maneira a reduzir a patologia e encorajar o crescimento psicológico.

Sem sombras de dúvidas, a morte é um evento estressor na vida de pessoas enlutadas, uma vez que, mesmo que o luto tenha sido elaborado e o indivíduo consiga tocar a vida adiante, ainda assim vai existir um vazio para quem sofreu tal perda.

### *1.3 Depressão e a Terapia Cognitiva Comportamental*

Desenvolvida pelo psicanalista Aaron Beck no início da década de 1960, a Terapia Cognitiva, hoje conhecida como Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), é um tipo de psicoterapia que nasceu com a finalidade de validar empiricamente as teorias da psicanálise. Na tentativa de buscar explicações para a depressão, Beck chegou à conclusão de que a mesma estava associada a cognições negativas, desenvolvendo, assim, um tratamento de curta duração (BECK, 2013). A TCC apresenta grande eficácia, por meio de técnicas e estratégias, e tem por objetivo a mudança de padrões de pensamento.

Para Beck (2013), a depressão é marcada por uma visão negativa, o que ele chamou de tríade cognitiva, visto que pessoas depressivas apresentam uma visão negativa de si, dos outros e do futuro. Além disso, pessoas com depressão apresentam distorções cognitivas que são erros nos processamentos de informações: a pessoa percebe e processa situações de forma distorcida da realidade. “As pessoas com depressão tendem a estruturar suas experiências de forma absolutista e inflexível, o que resulta em erros de interpretação quanto ao desempenho pessoal e ao julgamento das situações externas” (POWELL, 2008, p. 75).

Para tanto, a Terapia Cognitiva Comportamental concebe, para o tratamento da depressão, uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis). Estudos têm comprovado que a Terapia Cognitiva Comportamental tem sido altamente eficaz no tratamento do Transtorno Depressivo.

Nesse sentido, o presente trabalho tem por objetivo apresentar uma discussão do caso clínico de uma paciente de 40 anos, com o diagnóstico TDM desencadeado pelo luto de perdas sucessivas de familiares (mãe, pai e irmã). O tratamento teve duração de aproximadamente quatro meses, em um total de 16 sessões de Terapia Cognitiva Comportamental, durante as quais foi possível verificar a remissão dos sintomas depressivos.

## 2 Caso clínico

Maria é uma mulher solteira de 40 anos de idade, é funcionária pública e atua como secretária em uma escola da Rede Municipal de Ensino. Mora com dois de seus irmãos e apresenta um quadro de Transtorno Depressivo Maior. Aos treze anos de idade, sua mãe faleceu de câncer e, um ano e três meses depois, perdeu seu pai pela mesma doença que sua mãe. A morte de seu pai foi muito impactante, pois começou a se sentir completamente “sem chão”, sentia que não havia mais ninguém para consolá-la. Ela e seus irmãos mais novos passaram, então, a ser criados pelos dois mais velhos.

Quando Maria estava com 18 anos de idade, os irmãos cuidadores saíram de casa, cada um constituiu a sua família. A partir desse momento, ela passou a tomar conta dos mais novos, tendo toda responsabilidade de uma dona de casa, mesmo não se sentindo preparada para isso. Embora não verbalizasse, Maria ficou magoada com seus irmãos mais velhos durante anos, pois, para ela, eles não deveriam ter se casado e “abandonado” os demais.

Maria sofreu muito com os comentários piedosos das pessoas, chegou a ouvir que ela parecia um “cachorrinho sem dono”, sem pai nem mãe. Já quis sumir, sair andando sem rumo, ir embora, deixar tudo e não voltar nunca mais. Pensava em sair andando e ficar sem comer, sem tomar banho, sem beber água, até não aguentar mais e morrer.

Quando seus irmãos dos quais cuidava ficaram adolescentes, sentiu muita dificuldade na criação de um deles. Em um episódio, discutiu com esse irmão e o mesmo lhe bateu, o que a deixou arrasada, pois, para ela, ele deveria respeitá-la, já que era ela quem o criava (sentia-se como se fosse mãe deles). Diante da situação, Maria resolveu sair de casa, viajou para São Paulo e deixou seus dois irmãos sozinhos.

Durante anos, ficou sem contato com os irmãos mais novos, já que estes guardavam mágoa por ela tê-los deixado. Anos depois, Maria conseguiu se reconciliar com os mesmos e voltou a morar com eles. As coisas pareciam estar bem, pois, afinal de contas, conseguiu estar perto de sua família novamente. Há uns meses antes de fazer terapia, a irmã que a criou teve um problema de saúde e faleceu, o que a abalou severamente.

Com a morte da irmã, passou a ajudar o cunhado a cuidar dos dois sobrinhos mais novos, que são um casal de gêmeos de oito anos, o que a fez recordar de quando precisou cuidar de seus irmãos mais novos, que, na época, tinham a mesma idade. Além disso, tem tido constantes pensamentos negativos sobre o futuro de seus sobrinhos, pois imagina que o menino quando crescer vai usar drogas e a menina irá se prostituir. Atualmente Maria está noiva, mas resolveu adiar o casamento por conta dos sobrinhos, pensa até em não se casar mais para poder cuidar deles.

Em dois mil e onze, passou pelo psiquiatra, quando recebeu o diagnóstico de um quadro depressivo. O médico lhe receitou um antidepressivo de que a mesma não fez uso, pois acreditava que poderia ficar viciada. Até o momento, nunca tinha feito terapia, porém, com o último abalo sofrido, procurou ajuda profissional. Foi atendida no CAPs da cidade em que reside, vem recebendo

acompanhamento médico e fazendo uso da medicação necessária para seu quadro, não sendo possível receber, até então, acompanhamento psicoterápico também no CAPS, já que existe uma fila de espera. Maria teve a oportunidade de ser atendida por uma estagiária do curso de pós-graduação em Terapia Cognitiva Comportamental.

### **3 Materiais e métodos**

#### *3.1 Metodologia de atuação*

A paciente foi submetida a 16 sessões de psicoterapia na abordagem da Terapia Cognitiva Comportamental, tendo preenchido os critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior, uma vez que, entre os sintomas listados pelo DSM-5, Maria apresentava: humor deprimido, redução do interesse ou prazer em quase todas as atividades, insônia, retardo psicomotor, fadiga e perda de energia, sentimentos de desvalia e culpa inapropriados, além de redução da concentração. A psicoterapia foi combinada com uso de Fluoxetina e Amplictil, medicação receitada pelo médico que a acompanhava.

Nas entrevistas iniciais, que se deram através de anamnese aberta, foi verificado que Maria apresentava um comprometimento em suas habilidades sociais. Ela sinalizou se sentir incapaz por não conseguir executar algumas atividades que sentia vontade e que, por insegurança, não estava conseguindo, além de se sentir rejeitada pelas pessoas (“gosto das pessoas, mas acho que as pessoas não gostam de mim”, “as pessoas me julgam pelo meu comportamento”, “eu me acho diferente de todo mundo”). Com relação às funções mentais, expressou prejuízo na atenção, orientação, inteligência, afetividade, pensamento, comportamento e linguagem.

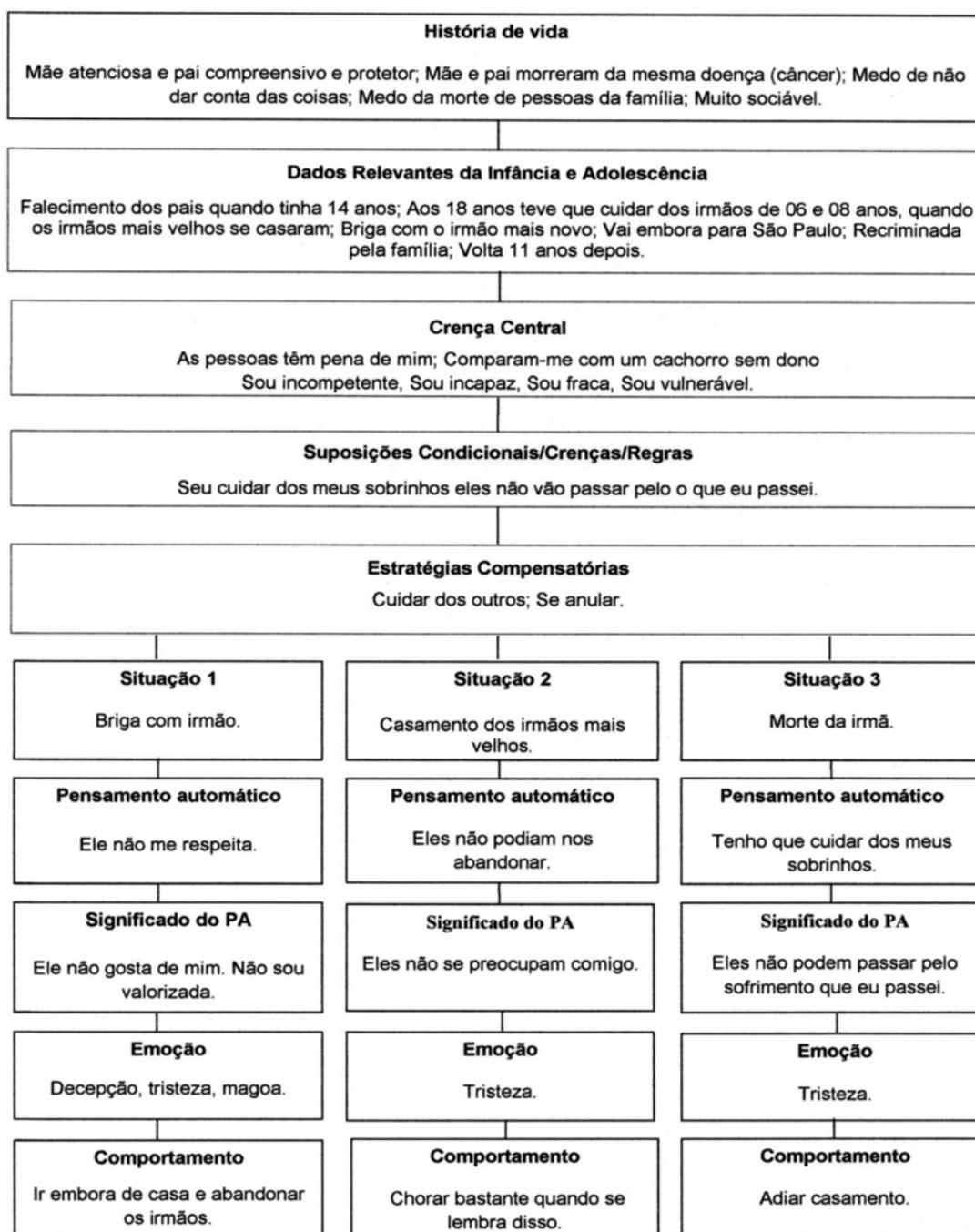
O plano de tratamento foi elaborado de acordo com a demanda supracitada, envolvendo: psicoeducação do transtorno, técnicas comportamentais e ativação comportamental, reestruturação cognitiva e prevenção de recaída.

#### *3.2 Material e procedimento*

A paciente chegou à terapia com o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, o que já havia sido diagnosticado há onze anos. Na época, foram receitados antidepressivos, mas a paciente não fez uso, por apresentar a crença de que tal medicação a traria vício. Anos depois, após a morte de sua irmã e abalo sofrido, a paciente procurou novamente um médico, passando, desta vez, a fazer uso de medicação. Para a verificação do transtorno, foram utilizados os critérios do DSM-5, além do Inventário Beck de Depressão (BDI).

Diante da confirmação do TDM, foi elaborado o plano de tratamento, que se deu a partir da conceituação cognitiva, que envolve a coleta de dados de todas as queixas do paciente. Beck (2013, p. 49) afirma que “a conceituação cognitiva dá o enquadramento para compreender o paciente”, por isso ela é um instrumento importante no tratamento, pois é ela que vai apontar o caminho, a direção que o tratamento vai percorrer, isto é, serve como um guia que aponta como o terapeuta pode intervir na demanda do paciente. Por esse motivo, deve ser refinada em contatos posteriores com o paciente. A conceituação cognitiva de Maria foi traçada em um diagrama que sofreu pouca alteração nas sessões posteriores.

Figura 1: Diagrama de Conceituação Cognitiva

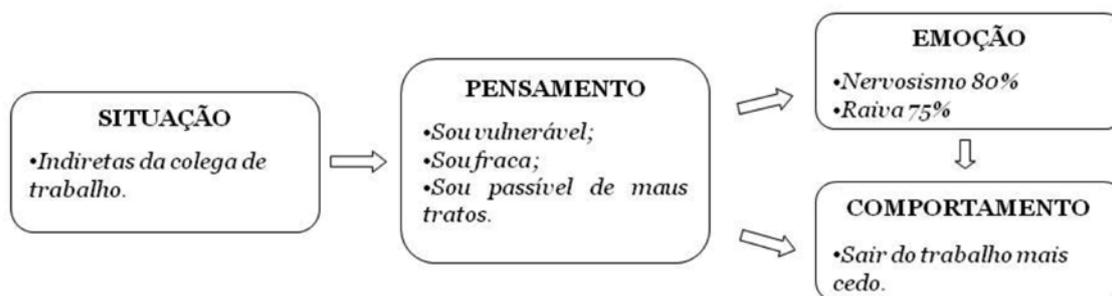


Fonte: Diagrama de Conceituação Cognitiva de Maria. Adaptado de *Cognitive behavior therapy worksheet packet*. Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.

Nas primeiras sessões, foi utilizado o inventário Beck de Depressão, que apontou um escore de 37 pontos (nível grave), tendo reduzido significativamente, apresentando uma queda para 11 (nível mínimo) nas sessões que antecederam o término do tratamento (15ª sessão). Em todas as sessões, media-se o nível de humor (tristeza e ansiedade) da paciente em uma escala de 0 a 100 (sendo 0 para nenhuma tristeza/ansiedade e 100 para o máximo de tristeza/ansiedade), que sempre oscilava entre 60 e 90 tanto a tristeza quanto a ansiedade. No final do tratamento, decaiu para 30 o nível de tristeza, e a ansiedade se manteve em 60 por conta do seu casamento que se aproximava.

Discutir o diagnóstico com o paciente é necessário, por isso a psicoeducação do transtorno é um elemento importante no tratamento, pois permite que o paciente possa entender melhor o que se passa com ele. Dessa forma, foi explicado a Maria o que de fato é a depressão, bem como ela interferia em seu estado físico e emocional e as consequências biopsicossociais causadas por tal transtorno. Depois de ampliado o conhecimento da paciente sobre a Depressão, foi realizada psicoeducação sobre o modelo cognitivo utilizando exemplos, situações vivenciadas pela própria paciente, para ajudá-la a entender como seus pensamentos afetam suas emoções e, conseqüentemente, suas reações.

**Figura 2:** Exemplo do modelo cognitivo com situação vivida pela paciente.



Fonte: Diagrama do modelo cognitivo do caso de Maria, adaptado de Beck, Judith S. *Terapia cognitiva comportamental*, 2013.

A identificação de problemas específicos visa ajudar o paciente a transformar problemas em objetivos a serem trabalhados no tratamento (BACK, 2013, p. 88). Sendo assim, Maria listou como problema a rejeição das pessoas e o sentimento de incapacidade, e como meta enumerou: modificar o pensamento de rejeição e conseguir executar algumas coisas que tinha vontade e que, por insegurança, não estava conseguindo, como: dirigir e realizar trabalhos de cabeleireira, atividade para a qual tinha formação.

Algumas pessoas depressivas geralmente apresentam prejuízo em suas atividades, deixam de fazer algumas coisas que lhe davam prazer, em detrimento disso passam a se isolar, deixam de sair e ficam mais tempo na cama, ações que intensificam os sintomas do transtorno. Nesse sentido, a ativação comportamental é um elemento-chave, pois auxilia o paciente a se tornar mais ativo, promovendo o sentimento de autoeficácia que dará mais ânimo para o tratamento e melhorará seu humor. A planilha de atividades também conhecida como agenda ou diário ajudou Maria a se organizar e estabelecer algumas atividades que eram importantes para que a mesma voltasse a se sentir mais produtiva. A planilha foi elaborada na terapia de forma conjunta, e foi listada a prática de algum exercício físico, que, neste caso, foi a caminhada; realizar algum tratamento ou procedimento capilar em uma amiga ou alguém da família para a mesma começar a recuperar a confiança em seu trabalho e treino de direção com seu noivo.

A reestruturação cognitiva procura desafiar diretamente os pensamentos e as crenças disfuncionais, modificando-os ou substituindo-os por crenças mais adaptativas (CLARK; WELLS, 1995 apud MATOS; OLIVEIRA, 2013, p. 516). O registro de pensamentos disfuncionais (RPD) foi utilizado para confirmar crenças disfuncionais e, assim, auxiliar na realização da reestruturação cognitiva da paciente, uma vez que a mesma, através do instrumento referido, pode ver com clareza através de sua descrição, como situações, pensamentos automáticos, emoções e comportamentos estão interligados sequencialmente e o quanto podem afetar substancialmente seu funcionamento.

O RPD permite ainda que o paciente produza pensamentos alternativos, com base em evidências às referidas situações, sempre quantificando o quanto acredita nos pensamentos, além de avaliar a intensidade da emoção.

Sobretudo, Maria apresentou dificuldades em realizar o preenchimento do RPD em casa, mesmo tendo ficado claro para a paciente que o registro de pensamentos só iria ser utilizado quando ocorresse alguma situação que a trouxesse desconforto e mal estar, quando descreveria o que pensou sobre a situação, como se sentiu e como se comportou. Perante a dificuldade da paciente em executar tal atividade como tarefa de casa é que o RPD passou a ser realizado dentro da sessão, e, semanas depois, a paciente já conseguiu preencher o RPD em casa. No começo foi utilizado o instrumento com apenas cinco colunas (básico) para, posteriormente, passarmos para o de sete (com questionamento racional).

As Distorções Cognitivas consistem em pensamentos que não são verdadeiros ou pelo menos completamente verdadeiros. Esses erros cognitivos estão diretamente ligados a crenças que o paciente possui.

**Figura 3:** Distorções Cognitivas de Maria

(*continua*)

<b>Distorções Cognitivas de Maria</b>	
1. <b>Leitura de pensamento:</b>	Acredito que posso dizer o que as outras pessoas estão pensando ou que elas sabem o que estou pensando. <i>"Minha colega de trabalho me acha uma bobinba, por isso faz essas coisas comigo."</i>
2. <b>Previsão de futuro ou catastrofização:</b>	Posso prever o futuro — que as coisas vão piorar ou que há perigo à frente. Assim, passo para toda sorte de conclusões catastróficas. <i>"Meu sobrinho se tornará um ladrão", Minha sobrinha vai ser violentada ou irá se prostituir."</i>
3. <b>Pensamento do tipo "e se...":</b>	Fico imaginando: "e se..." isto ou aquilo acontecer... e raramente fico satisfeito com as respostas. <i>"Se eu não cuidar de meus sobrinhos eles vão sofrer como eu sofri com a morte de meus pais", "Se eu não conseguir cuidar de meus sobrinhos?", "Se eles derem trabalho?"</i>
4. <b>Desqualificação do positivo:</b>	As minhas realizações não contam ou contam pouco. <i>"Quando eu fiz o curso de cabeleireira, eu conseguia fazer qualquer procedimento químico e corte, mas só conseguia porque a professora estava por perto."</i>
5. <b>Filtro negativo ou abstração seletiva:</b>	Foco minha atenção quase exclusivamente nos detalhes negativos e raramente noto o todo da situação. <i>"Não cuidei bem dos meus irmãos, eu fracassei."</i>
6. <b>Supergeneralização:</b>	Noto um padrão global de aspectos negativos com base em um único acontecimento. <i>"Falho em tudo que tento fazer."</i>
7. <b>Rotulação:</b>	Dou atributos negativos a mim e a outras pessoas. <i>"Eu não sou ninguém", "Eu sou incompetente, as outras pessoas são mais capazes que eu."</i>
8. <b>Deveria... :</b>	Interpreto os acontecimentos em termos de como as coisas deveriam ser e do que eu deveria fazer ao invés de como as coisas são e do que posso fazer agora ou no futuro. <i>"Eu deveria cuidar de meus sobrinhos para eles não sofrerem como eu sofri com a morte de meus pais"</i>
9. <b>Personalização:</b>	Interpreto comentários, questões e comportamentos de outras pessoas como crítica sobre o meu valor, mesmo quando não tenho certeza de ser o caso. <i>"Minha colega de trabalho disse que o diretor falou que não era mais para os funcionários da escola utilizarem o telefone para fazer ou receber ligações pessoais, ela quis me provocar, pois eu usei o telefone no dia anterior."</i>
10. <b>Pensamento dicotômico:</b>	Vejo os acontecimentos e as pessoas em termos de pensamentos do tipo "tudo-ou-nada", "preto-e-branco", "oito-ou-oitenta". <i>"Se eu não cuidar de meus sobrinhos, eles vão sofrer e terão um futuro ruim, e eu serei a culpada disso, serei um fracasso."</i>

**Figura 3:** Distorções Cognitivas de Maria

(conclusão)

<b>Distorções Cognitivas de Maria</b>
<p><b>11. Comparações pouco razoáveis:</b> Interpreto os acontecimentos utilizando padrões pouco realistas, focando minha atenção naqueles que se saem melhor do que eu e, então, me julgo inferior nessa comparação.  <i>"Meus colegas de trabalho conseguem se expressar melhor do que eu."</i></p>
<p><b>12. Tendência à lamentação:</b> Foco minha atenção na ideia de que poderia ter feito melhor no passado, e não no que posso fazer melhor agora.  <i>"Poderia ter conseguido criado melhor meu irmão se tivesse me esforçado" ou "Eu não devia ter abandonado meus irmãos".</i></p>
<p><b>13. Atribuição de culpa:</b> Foco minha atenção nas outras pessoas como fontes dos meus sentimentos negativos e recuso-me a assumir a responsabilidade da minha própria mudança.  <i>"Meus irmãos gostam mais do cachorro do que de mim, eles são culpados pelo que estou sentindo agora, pois sou desprezada por eles."</i></p>
<p><b>14. Raciocínio emocional:</b> Permito que os meus sentimentos determinem minha interpretação dos fatos.  <i>"Sei fazer tratamento capilar e as pessoas que atendi gostaram, mas tenho medo de algo dar errado."</i></p>

Fonte: Beck J (1995) Cognitive Therapy: Basics and Beyond. Guilford, New York; Freeman A & DeWolf R (1992) The 10 Dumbest Mistakes Smart People Make. Harper Perennial, New York; Leahy R (2003) Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide. Guilford, New York.

O questionamento socrático é um procedimento eficaz para auxiliar na reestruturação cognitiva, pois através de questionamentos é possível auxiliar o paciente a realizar descobertas sobre a estrutura do seu pensamento, para flexibilizá-lo e mudar crenças rígidas sobre si mesmo, os outros e o ambiente (MENDES, 2015). Na utilização do questionamento socrático, foi possível acessar pensamentos automáticos disfuncionais, distorções cognitivas, bem como as crenças de Maria, o que permitiu que ela pudesse avaliá-las de forma mais realista e adaptativa.

A crença de incapacidade que a paciente apresentava foi também trabalhada através de experimentos comportamentais. Uma delas dizia respeito a não conseguir executar algumas atividades que tinha vontade por sentir-se incapaz, como por exemplo, realizar o trabalho de cabeleireira. Então foi sugestionado a Maria que oferecesse algum procedimento capilar a alguém conhecido gratuitamente. A paciente conseguiu fazer um procedimento químico no cabelo de sua irmã e, na semana seguinte, realizou outro procedimento no cabelo de uma amiga. A cada experimento, a paciente se sentia mais segura e, aos poucos, sua crença de incapacidade ia diminuindo.

Próximo ao término do tratamento, foi utilizada uma lista de méritos adaptada, na qual a paciente teria que listar os méritos alcançados durante o período em que esteve em processo psicoterápico. Naquela altura, a paciente, dentre outras, coisas enumerou: "consegui entender melhor minha família", "perdi o medo de algumas coisas como, por exemplo, ficar só em casa e o medo de escuro", "melhorei a convivência com meus colegas de trabalho", "consegui ter mais controle para atender o telefone, pois largava tudo que estava fazendo para atendê-lo quando tocava, mesmo se tivesse muito ocupada, pois sempre pensava que tinha acontecido algum acidente ou algo ruim com meus irmãos ou sobrinhos", "agora consigo exercer minha profissão de cabeleireira".

O término e a prevenção de recaídas começou a ser trabalhado com a paciente três semanas antes do encerramento. Esse momento foi de fundamental importância, uma vez que nele foram respondidas as preocupações sobre o término, foi revisto com a paciente o que ela aprendeu na terapia para que ela pudesse fazer sessões de autoterapia, além de ter sido preparada para o possível retrocesso após o término, isso porque geralmente o paciente sentirá falta das sessões de terapia logo após seu encerramento, o que é natural.

#### 4 Resultado e discussão

Durante a intervenção psicoterápica, a paciente apresentou remissão dos sintomas psicológicos da Depressão, tais como: humor deprimido, redução do interesse ou prazer em quase todas as atividades, sentimentos de desvalia e culpa inapropriados.

Novas crenças foram ativadas, e a paciente se sentia mais capaz. Uma situação que evidencia isso é o fato de que, no início do tratamento, a paciente havia adiado a data de seu casamento e estava até pensando em não se casar mais, isso porque acreditava que teria que cuidar de seus sobrinhos, mesmo estes tendo o pai e o irmão mais velho, além de outra tia que também ajudava bastante. Semanas antes do término da psicoterapia, a paciente marcou a data de seu casamento e estava realizando os preparativos para o mesmo.

A combinação da medicação com a terapia foi bastante positiva, já que alguns sintomas físicos também reduziram, a paciente começou a apresentar mais disposição para executar algumas atividades para as quais antes sentia dificuldades.

Diante do quadro de melhoras supracitado, a paciente também recebeu alta médica, sendo suspenso o uso do antidepressivo, permanecendo temporariamente apenas o ansiolítico, já que a mesma se encontrava ansiosa por conta dos preparativos de seu casório.

#### 5 Considerações finais

Mediante o exposto, este estudo oferece bases que comprovam que a Terapia Cognitiva Comportamental é bastante eficaz no tratamento do Transtorno Depressivo Maior. Contudo, o que se pretende nele não é afirmar que a TCC é a abordagem que apresenta o tratamento mais eficaz ou o melhor, mas sim discutir como o manejo da mesma contribui para o quadro de melhoras do paciente depressivo.

Cabe ressaltar ainda que, por se tratar de um estudo de caso, naturalmente a amostra estudada denota suas peculiaridades, apresentando assim, limitações metodológicas no uso da abordagem, por isso não permite generalizações, já que não corresponde a todo universo de pacientes que apresentam Depressão. Todavia, o estudo traz sugestões de manejo com pacientes com quadros similares, visando contribuir para o conhecimento na área.

### Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 155-171.

ANTON Márcia Camaratta; FAVERO Eveline. Morte repentina de genitores e luto infantil: uma revisão da literatura em periódicos científicos brasileiros. *Interação em Psicologia*, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, v. 15, n. 1, p. 101-110, 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/16992>>. Acesso em: 23 jan. 2016.

BECK, Judith S. *Terapia cognitivo comportamental: teoria e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

- CLARK, D. M.; WELLS, A. A. Cognitive model of social phobia. In: HEIMBERG, R. G. et al. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford, 1995. p. 69-93.
- FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; FERNANDES, Conceição Santos; SARDINHA, Aline. Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo. *Psicologia: Teoria e Prática*, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-196, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v14n1/v14n1a14.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2016.
- FRANCO, M. H. P.; MAZORRA, L. Criança e luto: Vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 24, n. 4, p. 503-511, 2007.
- FREUD, S. Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1997. v. 14.
- GREENBERGER, Dennis; PADESKY, Christiane. *A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- LEAHY, Robert L. *Técnicas de terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- MELO, Rita. Processo de Luto: O inevitável percurso face a inevitabilidade da morte (2004). Disponível em: <<http://tutorado.unidades.tecnico.ulisboa.pt/files/sites/40/Luto.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2016.
- MATOS, A. C. S.; OLIVEIRA, I. R. Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, Salvador: UFBA, v. 12, n. 4, p. 512-519, 2013.
- MENDES, Marco Aurélio. *Questionamento socrático*. Rio de Janeiro: Núcleo de Novas Abordagens em Psicologia (NUNAP), 2015. Disponível em: <[http://www.nunap.com.br/artigos\\_detail.asp?cod\\_blog=176](http://www.nunap.com.br/artigos_detail.asp?cod_blog=176)>. Acesso em: 23 jul. 2016.
- PARKES, C. M. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. 2. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1998.
- POWELL, Vania Bitencourt et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 30, suppl. 2, out. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000600004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600004)>. Acesso em: 23 jan. 2016.
- RANGÉ, Bernad et al. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um dialogo com a psiquiatria*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- SILVA, Mariana Santiago de Matos. *“Teclando” com os mortos: um estudo sobre o uso do Orkut para pessoas em luto*. Rio de Janeiro: PUC. Departamento de Psicologia, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO, 2009.

Data de recebimento: 10/08/2016

Data de aprovação: 15/03/2017