



Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental

**CETCC- CENTRO DE ESTUDOS EM TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

ANA LUIZA NOGUEIRA LOPES

**TCC NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO E
SUAS TÉCNICAS**

São Paulo

2018

ANA LUIZA NOGUEIRA LOPES

**TCC NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO E
SUAS TÉCNICAS**

Trabalho de conclusão de curso Lato Sensu

Área de concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental

Orientadora: Profa. Dra. Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientadora: Profa. Msc. Eliana Melcher Martins

São Paulo

2018

Fica autorizada a reprodução e divulgação deste trabalho, desde que citada a fonte.

Lopes, Ana Luiza Nogueira.

TCC no Tratamento do Transtorno Depressivo e suas Técnicas.

Ana Luiza Nogueira Lopes, Renata Trigueirinho Alarcon, Eliana Melcher Martins – São Paulo, 2018.

26 f. + CD-ROM

Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC).

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Renata Trigueirinho Alarcon
Coorientadora: Prof^a. Msc. Eliana Melcher Martins

1 Transtorno Depressivo, 2. Terapia Cognitiva Comportamental. I. Lopes, Ana Luiza Nogueira. II. Alarcon, Renata Trigueirinho. III. Martins, Eliana Melcher.

Ana Luiza Nogueira Lopes

TCC no Tratamento do Transtorno Depressivo e suas Técnicas

Monografia apresentada ao Centro de Estudos em
Terapia Cognitivo-Comportamental como parte das
exigências para obtenção do título de Especialista
em Terapia Cognitivo-Comportamental

BANCA EXAMINADORA

Parecer: _____

Prof. _____

Parecer: _____

Prof. _____

São Paulo, ____ de _____ de _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, desde sempre meu maior incentivo, exemplo e apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família por toda a motivação, incentivo e presença em todo este processo. Agradeço a eles a compreensão pelas ausências em finais de semana, agradeço aos meus pacientes por me gerar a vontade de aprender cada vez mais e por compreenderem as interrupções mensais em suas terapias. Agradeço imensamente aos queridos amigos que tive a felicidade de fazer neste curso, Carlinha e Guilherme, por toda a ajuda e compartilhamento de tantos finais de semana.

RESUMO

Este trabalho objetivou verificar por meio de revisão bibliográfica os meios que Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem como tratamento para pacientes que sofrem de Depressão. Os estudos examinados ocorreram entre os anos de 2001 e 2016 e tiveram como foco de pesquisa observar suas revisões e técnicas no tratamento da doença. Foi possível constatar que a abordagem estudada possui um complexo e organizado protocolo de observação do funcionamento das emoções associadas à cognição, sendo eficaz no tratamento e manejo da depressão.

Palavras-chave: Terapia Cognitiva Comportamental, Depressão, Contextualização, Pensamento Disfuncional.

ABSTRACT

This paper, through bibliographical revision, aims to verify the means that Cognitive Behavioral Therapy disposes of as a treatment of patients who suffer from depression. The examined studies took place between the year 2001 and 2016, and have as research objective observe the revisions and techniques in the treatment of this illness. It was possible to verify that the approach in study have a complex and organized protocol to observe the operation of the emotions associated cognition, being efficient in the treatment and handling of depression.

Keywords: Cognitivo Behavioral Theory, Depression, Contextualization, Disfuncional Thinking.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	10
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	10
3 METODOLOGIA	111
4 RESULTADOS	12
4.1 TCC	12
4.2 Depressão	14
4.3 Depressão segundo a TCC	14
4.4 Tratamento a partir da TCC	15
5 DISCUSSÃO	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	24

1. INTRODUÇÃO

A depressão é considerada o mal do século XXI e segundo a OMS (2001) é um problema de saúde que afeta mais de 120 milhões de pessoas ao redor do mundo, sendo crescente seu alcance. O transtorno depressivo não escolhe a religião, orientação sexual, faixa etária, situação econômica ou etnia. Outra constatação da Organização Mundial da Saúde diz respeito sobre a incapacitação para trabalhar, sendo a depressão a segunda maior causa para tal em até dois anos.

Por ser uma das patologias que mais impactam na vida do paciente e por atingir grande continente, repercutindo nos relacionamentos interpessoais, organizacionais e funcionamento psicossocial, o estudo sobre o Transtorno Depressivo cresce cada vez mais e se faz necessário a busca de técnicas que auxiliem no tratamento e redução dos danos na vida do paciente (KHANDEWAL 2001).

A forma de adoecimento depressivo pode se caracterizar desde formas sutis e discretas com leves alterações comportamentais visíveis até as formas mais graves e profundas, acompanhadas de grandes alterações como delírios e alucinações (PEDRAZZA, 2007).

Sendo assim, a partir do panorama do estudo do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, assim como também a Classificação Internacional de Doenças, CID-10, a depressão pode manifestar-se como episódio depressivo maior. Dentre os indícios para diagnóstico, deve conter como sintomas pelo menos cinco dos sintomas descritos, sendo eles: humor deprimido, redução do interesse ou prazer na maior parte das atividades antes realizadas, ganho ou perda de peso, dificuldade para dormir ou para acordar, agitação ou retardo psicomotor, perda de energia, autoestima ou autoconfiança reduzida, culpa, redução da concentração e ideias de morte ou de suicídio (POWELL et al, 2008).

Observando a doença, percebe-se que o humor deprimido, visão negativa de si e de seu futuro encontra seu fundamento em crenças distorcidas que precisam ser mudadas, assim como os pensamentos que os levam a adoecer (Beck & Dozois, 2011). Partindo desta visão, o olhar distorcido sobre si causam desconfortáveis reações emocionais e a partir da terapia cognitiva comportamental, esse estudo objetiva destacar técnicas de enfrentamento para aliviar tais reações.

A Terapia Cognitiva Comportamental apresenta suporte empírico e duradouro no tratamento de transtornos mentais e por essa razão vamos observar sua eficácia no tratamento de Episódio Depressivo Maior a partir da TCC (BUTLER, 2006; LEMMENS et al, 2011). O modelo proposto por Aaron T. Beck possui um vasto número de evidências para com o tratamento da depressão (CARNEIRO & DOBSON, 2016). Ao decorrer do estudo será destacado o modelo cognitivo e sua aplicabilidade, desenvolvimento de habilidades sociais, interferências nos pensamentos, ações e emoções, assim como o confronto de pensamentos negativos e tomada de decisões que proporcionam melhora e alívio dos sintomas depressivos.

2. OBJETIVO

O presente trabalho teve como objetivo apurar a eficácia das técnicas com base na Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de Episódios da Depressão.

2.2 Objetivos secundários

Contextualizar a Depressão, a Terapia Cognitivo-Comportamental, os pensamentos e crenças relacionadas à depressão e técnicas utilizadas no tratamento.

3. METODOLOGIA

O estudo apresentado foi realizado a partir de revisões bibliográficas e estudos de casos feitas publicados a partir de artigos do ano 2001 ao ano 2016. Foram utilizados artigos científicos obtidos nas bases de dados Google Acadêmico, Scielo, Pepsic e BVS. Também foram utilizados livros e artigos que embasam a Teoria Cognitiva Comportamental que não se enquadram no tempo datado acima.

Foram excluídos artigos, teses e dissertações fora do período proposto, assim como textos cuja temática não contribuía com o tema proposto.

4. RESULTADOS

4.1 TCC

A Terapia Cognitiva Comportamental proposta por Aaron Beck na década de 60 constitui a combinação da abordagem cognitiva e procedimentos comportamentais (KNAPP & BECK, 2008). O cientista acreditava ser necessário provar de forma empírica a psicanálise para que a classe médica pudesse creditar e utilizar como forma viável de tratamento de pacientes. Dessa forma observou a cognição somada ao comportamento (Beck, 2010).

A TCC teve como diretrizes para avaliar psicopatologias e desenvolver psicoterapias pesquisas para sua teoria, testes e estudos que evidenciassem sua eficácia, pesquisas e identificação e de elementos de dados clínicos que partissem de transtornos e o desenvolvimento de medidas para que fosse possível traçar um plano terapêutico (KNAPP & BECK, 2008).

Como princípio fundamental, a Terapia Cognitiva observa o modo como cada pessoa processa informações da realidade e partir disso, como irão se comportar e se sentir. Ainda como base da teoria, observa-se que todos os indivíduos produzem pensamentos automáticos, sendo eles a interpretação imediata das situações vividas.

Segundo Beck (KNAPP E BECK, 2008), nem todos estão conscientes da ocorrência desses pensamentos, podendo ser distorcidos de acordo com a forma de interpretação de cada um, sendo chamados esse tipo de distorção como distorções cognitivas. A TCC ao identificar a ocorrência dessas distorções dos pensamentos automáticos, auxilia o paciente a focar e obter uma leitura realista do pensamento, compreendendo sua base e formação (SILVA, 2014).

Segundo Knapp e Beck (2008), a raiz dos pensamentos automáticos é a crença nuclear ou básica. As crenças básicas são ideias e entendimentos a respeito de si, do outro e do mundo, podendo elas ser relativas ao desamparo, desamor e desvalor (SILVA, 2014).

Tais crenças são construídas a partir das vivências do indivíduo ainda na infância com pessoas significativas e frequência de situações que confirmem a ideia

criada sobre si. De forma geral, tais crenças são generalistas e absolutistas, gerando mecanismos para lidar com a vida, sendo a forma como percebem a si mesmos, o mundo e o futuro. A partir das crenças centrais, formam-se as crenças intermediárias, sendo elas regras atitudes e suposições que conduzem a vida o indivíduo e dão significado e forma ao mundo (NEUFELD & CAVENAGE, 2010).

Segundo Neufeld e Cavanage (2010), qualquer indivíduo pode ter as três crenças centrais, desvalor, desamor e desamparo, e elas serem a fonte da disfuncionalidade dos pensamentos automáticos, tornado a forma como se observa a realidade sobre si e o mundo negativas.

As crenças intermediárias e centrais são pontos chave para a construção da conceitualização cognitiva e edificação do tratamento. Na conceitualização, serão colhidos todos os dados sobre o paciente, lista de queixas, padrões de pensamento, dificuldades e sintomas a fim de identificar o sistema de crença do indivíduo e diagnosticar possíveis psicopatologias (NEUFELD & CAVENAGE, 2010).

Segundo Beck (2005), a conceitualização cognitiva é feita durante todo o acompanhamento do paciente. A partir dela são introduzidas técnicas cognitivas e comportamentais, uma vez que mudanças de pensamento geram mudanças comportamentais e vice-versa. As técnicas cognitivas visam identificar, questionar e modificar o pensamento automático que está disfuncional, realizando uma reestruturação cognitiva. Para isso, é usado o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) que possibilita o indivíduo a observar o pensamento disfuncional que tem, gerando uma emoção e um comportamento. O RPD auxilia na identificação dos erros cognitivos que são feitos, exercitando a capacidade de alterar o significado dado a eventos vividos, sempre pautados pela identificação da crença central ou das crenças centrais instauradas (KNAPP E BECK, 2008).

Somado às técnicas cognitivas, os indivíduos tratados a partir da TCC são ensinados a usarem técnicas comportamentais que auxiliem na compreensão da tríade disfuncional pensamento-emoção-comportamento. Ainda, segundo Neufeld e Cavenage (2010), é de extrema importância a entendimento da construção da crença central, sua composição de regras, as estratégias que são usadas para confirma-las para o técnica seja usada de forma a auxiliar o paciente. É importante ainda ressaltar que do início ao fim da utilização da TCC, é usada a Psicoeducação como forma de que o paciente entenda s significados de cada passo da técnica, modelos, patologias e construção da forma que pensa e age.

4.2 Depressão

Segundo a visão da psiquiatria, área médica, a depressão é um transtorno com índices alarmantes e extremamente capaz de tornar a população mundial incapacitante em poucos anos, podendo ser a doença mais incapacitante em 2020 (FERREIRA et al, 2014).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V, publicado em 2013, descreve o transtorno a partir dos sintomas de alteração do sono, humor deprimido, alteração ou retardo psicomotor, alteração do apetite, culpabilização, cansaço, desinteresse por atividades antes prazerosas, ideação suicida entre outros sintomas (DSM V, 2013).

Na visão psicanalítica, Freud em seu trabalho Luto e Melancolia (1917) pontua a manifestação do luto como um afeto de dor, expressado externamente quando se sente a perda relativa a um objeto. Quando há um desligamento do objeto estimado, a libido investido em tal necessita encontrar outra fonte para ser investida. Já a melancolia ocorre sem a morte do objeto, e sim a perda de algo que não necessariamente se configure como real e concreto. Há um empobrecimento do Eu, diminuindo a autoestima, sendo perdida a capacidade de amar, e grande desânimo percebido.

Quando se fala de depressão, ainda é necessário observar a classificação endógena e exógena que pode ser feita. Endógena quando são analisados hereditariedade, motivos orgânicos como modificações hormonais, resultando em somatizações que caracterizariam a depressão. Já o termo exógeno restringe-se a causas, retiradas, ocorrências ambientais que desencadeariam o processo depressivo (COSER, 2003).

4.3 Depressão segundo a TCC

O modelo cognitivo da depressão sugerido por Ellis e Beck na década de 60 aponta como base da doença o hábito de pensamentos negativos extremamente profundos. Beck (1964) observa que o humor depressivo tem como origem crenças distorcidas e pensamentos automáticos disfuncionais.

Como base para a formação da depressão, Beck (1965) observa dois pontos cruciais, sendo eles a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. A tríade é

composta pela visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro, antecipando e prevendo resultados ruins para si mesma baseados nas crenças disfuncionais que possuem.

Já as distorções cognitivas consistem em erros na percepção e processamento de informações, que segundo Beck (1964), são pontos chave para a depressão. As distorções origem regras e preposições construídos ao longo da vida do indivíduo depressivo. Exemplos de distorções são supergeneralização, abstração seletiva e personalização.

4.4 Tratamento a partir da TCC

O tratamento da depressão a partir da TCC inicia-se após realizada a entrevista inicial, após ser compreendida, é feita a conceitualização cognitiva, identificação dos comportamentos disfuncionais, dos pensamentos automáticos e a identificação da crença central (NEUFELD & CAVENAGE, 2010).

Segundo Carneiro e Dobson (2016), a partir de uma espécie de diário, começa-se a ativação comportamental. Com o objetivo de ativar processos que diminuem a ruminação de pensamentos e a esquiva, a rotina do paciente passa a ser observada, algumas atividades programadas e registradas. Os sentimentos, se houve esforço para realização das atividades e pensamentos ocorridos em tal contexto devem ser registrados.

A ativação comportamental fornece dados ao terapeuta e paciente de como é o seu funcionamento. Ao planejar atividades e compor uma rotina faz com que o paciente não precise tomar decisões em um momento em que não necessariamente consegue fazer isso, além de estar com as suas habilidades afetadas por conta da doença (POWELL et al, 2008).

Concomitantemente, é realizada a reestruturação cognitiva, ou seja, define-se e conceitua-se o caso do paciente. Identificam-se as crenças disfuncionais que causem a depressão, observa-se e identificam-se os pensamentos automáticos e distorções cognitivas, observa-se as reações fisiológicas, comportamentos desenvolvidos com o adoecimento, assim como olha-se para quais experiências passadas que contribuíram para o estado atual do paciente (POEWLL et al, 2008).

Alguns registros e compreensões se fazem necessários nesta etapa. Segundo Powell et al (2008), faz parte do tratamento compreender como os

pensamentos geram os sentimentos. É necessário um treinamento e compreensão de que ao pensar determinado conteúdo, será gerado um determinado sentimento e qual é o processo gerador deste mecanismo.

O RPD, Registro de Pensamentos Disfuncionais, auxilia que esse mecanismo ocorra de forma padronizada, sendo escrito a situação em que se vive, o pensamento automático que gerou uma emoção e um comportamento a partir da situação vivida. O questionamento de evidências para se certificar de que um pensamento tem fundamento ou não pode ser feito através de uma ferramenta chamada seta descendente, auxiliando ao mostrar para o paciente quanto determinados pensamentos podem ter a sua potência diminuída quando colocada em plano panorâmico (POWELL et al, 2008).

Faz-se necessário o controle dos sintomas como prevenção de recaídas. A TCC tem como propósito “treinar” o paciente para que seja o seu próprio terapeuta, não fortalecendo possíveis dependências da terapia ou do terapeuta. De tal forma, o papel ativo do paciente para contribuir com o seu tratamento, investigação de seu processo para que haja mudanças é essencial (POWELL et al, 2008).

Carneiro e Dobson em seu artigo de revisão de 2016 trazem um outro olhar para o tratamento de depressão a partir da Teoria Cognitivo Comportamental . Os autores tem como princípio o condicionamento operante e creem que o paciente com depressão deve ser conceitualizado a partir do contexto que o indivíduo se encontra. Tal contexto é visto como uma série de ações e comportamentos que ocorrem em um determinado ambiente. O foco da ativação comportamental está em acionar mecanismos que diminuam a esquiva e a ruminação. São usados os diários de registro de prazer, registro de atividades, manejo de contingências, modelagem de estratégias de ativação e técnicas de relaxamento (CARNEIRO & DOBSON, 2016). Segundo os autores, a relação terapêutica se faz determinante para que as necessidades do paciente sejam atendidas.

É proposta ao paciente a prática do MINDFULNESS, realizada em oito sessões, para que possíveis recaídas sejam prevenidas. A técnica não tem como objetivo ser considerada psicoterápica e tem como finalidade educar o paciente a não estar em modo automático, sendo esta a forma mais frequente de obter pensamentos automáticos e formar erros cognitivos. A técnica ainda ensina a reconhecer e aceitar os sentimentos que o paciente tem, permanecendo em um estado consciente de si. O mindfulness ainda implica na observação do pensamento

de forma total, os associando com seus sentimentos. A partir disto, direciona-se a atenção para a respiração e sensações que o corpo produz, aceitando este conjunto, sem questionamentos ou julgamentos (CARNEIRO & DOBSON, 2016).

O artigo ainda revisa os dispositivos que existem na internet como ajuda a depressão, crescendo de modo significativo desde 2000. Os dispositivos são alternativas a quem não consegue, de alguma forma, estar em terapia, seja por falta de tempo, dinheiro ou por não poder aguardar uma vaga com alguma profissional indicado. De forma geral, os dispositivos trabalham a Psicoeducação e objetivam que o paciente façam tarefas ao longo da semana visando à saúde emocional, envolvendo etapas da Terapia Cognitiva Comportamental como reestruturação cognitiva, treinamento de habilidades sociais e mindfulness. Os programas guiados tendem a ser mais efetivos dos que os não guiados no tratamento da depressão, mostrando a partir de pesquisas evidências na redução significativa de sintomas (CARNEIRO & DOBSON, 2016).

Para Powell et al (2008) o processo usado pela TCC para depressão envolve os pensamentos automáticos e seus esquemas, o modo como a pessoa se relaciona com o mundo e a mudança de comportamento para enfrentar uma situação. Para os autores, a depressão representa a diminuição dos reforços que recebiam externamente ou do excesso de experiências aversivas, ocorrendo um ciclo que se retroalimenta uma vez que o paciente se isola e perde o reforçamento exterior possível. O papel do terapeuta que utiliza a TCC é envolver o paciente em atividades sociais que possam ser reforçadoras.

Dentro desta visão, a primeira estratégia envolve agendar e monitorar atividades prazerosas e produtivas durante alguns dias e registra-las. A técnica permite que paciente e terapeuta analisem quais atividades desenvolveram afetos positivos e negativos, auxilia o paciente ver como funciona o seu mecanismo de envolvimento e evita a necessidade de tomadas de decisão, alteradas nesse momento pelo humor depressivo (POWELL et al 2008).

Durante a reestruturação cognitiva o paciente deverá aprender a identificar e associar quais pensamentos produzem os sentimentos que causam mal estar e afetam as emoções. Ainda, é utilizado o recurso que orienta o paciente a registrar seus pensamentos disfuncionais, sendo feito diariamente o evento que causou determinado pensamento ao ocorrer uma emoção e comportamento disfuncional. Neste recurso, inclui-se avaliar evidências que comprovem o seu pensamento para

torna-lo funcional, assim como para geral um pensamento diferente sobre a situação. Como já citado acima, a seta descendente é uma estratégia para auxiliar o paciente a questionar as evidencias e criar pensamentos, alternativos, despotencializando o pensamento disfuncional e reduzindo emoções ruins (POWELL et al, 2008).

Camargo e Andretta (2013) fazem uma avaliação de um caso de Transtorno Depressivo Maior em uma jovem mulher que apresenta-se deprimida, com crises constantes de choro, isolando-se e perdendo o interesse em atividades antes prazerosas. Inicialmente a conduta tomada pela equipe de saúde que a atendeu foi avalia-la. Foram feitos uma entrevista clínica, seguida de verificação de seu humor através da Escala de Beck para depressão. Neste processo, foi verificado que a paciente tinha questões relativas a relacionamento e dificuldade em estabelecer confiança. O trabalho realizado posteriormente foi observar e auxiliar na identificação de distorções cognitivas que causavam sua baixa de humor.

A jovem, em suas sessões, aprendeu o que era Transtorno Depressivo Maior através da psicoeducação e ainda foi orientada a realizar tarefas a fim de identificar os seus pensamentos disfuncionais associados a emoções ruins. Ao longo das sessões a jovem passou a identificar sozinha suas distorções cognitivas e passou a incluir em sua rotina atividades que lhe dessem prazer. Nesse contexto, terapeuta e paciente identificaram a sua crença de desvalor como norte para os seus pensamentos. Ao final da terapia, a jovem conseguia fazer reflexões sobre suas emoções e ponderar qual crença e qual distorção estava ativando, cumprindo com o objetivo proposto pela TCC, sendo o paciente capaz de ser seu próprio terapeuta ao final do tratamento (CAMARGO & ANDRETTA, 2013).

Em outro estudo que avalia um relato de caso do tratamento de uma mulher de 26 anos, também apresentando depressão, a motivação para procurar ajuda se deu após a paciente envolver-se em um relacionamento com uma pessoa casada e também ter dificuldades em encontrar um emprego em sua área de formação. A formulação do caso iniciou-se identificando os pensamentos sobre o seu valor pessoal no campo amoroso, sendo geradores de angustia e tristeza, o que por sua vez geravam acessos de raiva e isolamento social (DONADON et al, 2016).

Ainda, neste caso, a paciente sentia-se incapaz de ser amada pelos parceiros, pela família e amigos, já que a convivência que teve com tais esferas sempre foram esparsas. Sentia-se negligenciada e sem amor. Os objetivos da

terapia desta paciente iniciaram-se pela melhora de seu humor, melhora de suas habilidades sociais, diminuição da dependência de seus relacionamentos, e manejo de sua raiva, principalmente (DONADON et al, 2016).

Como relatam Donadon et al (2016), foram usados como mensuradores as escalas de Beck, o Inventário de Habilidade Sociais (IHS), além do uso da Psicoeducação sobre os pensamentos e emoções e treinamento de habilidades. Segundo o estudo, após 42 sessões, a paciente apresentou melhora em seu humor inicialmente bastante deprimido. Em relação as suas habilidades sociais a paciente aprendeu a enfrentar frustrações, manifestar desejos e dizer não. Ainda, no final da terapia a paciente apresentou crenças disfuncionais menos rígidas o que contribuiu para menor dependência emocional de outras relações.

5. DISCUSSÃO

Segundo Knapp e Beck (2008) a Terapia Cognitiva Comportamental tem como princípio fundamental observar o modo como cada indivíduo processa informações e partir de então, se comporta e sente emoções. A base da TCC ainda se fixa na produção de pensamentos de forma automática a partir do processamento das informações dos eventos vividos e suas interpretações.

O modo como os pensamentos ocorrem nem sempre são conscientes, podendo então ser distorcidos e então, a Terapia Cognitiva Comportamental auxilia o indivíduo a olhar o pensamento de forma real e compreender o modo como foi formado (SILVA, 2014).

Segundo Knapp e Beck (2008) estes pensamentos distorcidos tem como núcleo uma crença que diz respeito a ideias e entendimento sobre si, sobre o outro e sobre o mundo, sendo desenvolvidos a partir do desamparo, do desamor e do desvalor pautados em vivências significativas, principalmente na infância (SILVA, 2014).

Tais crenças geram uma disfuncionalidade na forma como o indivíduo pensa, observando o mundo, a si mesmo e o outro de forma negativa. A TCC utiliza técnicas cognitivas e comportamentais que trabalhem e compreendam uma tríade composta pelo pensamento, emoção e comportamento (NEUFELD & CAVENAGE, 2010).

Neste estudo, ao olhar a depressão sob a ótica cognitiva comportamental, Beck (1965) sugere que o humor depressivo se origina nas crenças distorcidas e nos pensamentos automáticos disfuncionais. Ainda pontua que a tríade cognitiva (pensamento-emoção-comportamento) e as distorções cognitivas são ponto chave para a formação da depressão. Ao olhar o mundo, a si mesmo e os outros de forma negativa, o indivíduo prevê resultados ruins para si mesmo ao basear-se na sua crença disfuncional. Da mesma forma, as distorções cognitivas fazem com que o indivíduo cometa erros em sua percepção e origina regras e preposições distorcidas (BECK, 1967).

As técnicas utilizadas no tratamento para depressão, de forma geral, apoiam-se principalmente na conceitualização cognitiva, na identificação dos

comportamentos disfuncionais, identificação dos pensamentos automáticos e identificação da crença central (NEUFELD & CAENAGE, 2010).

Carneiro e Dobson (2016) assim como Poweel et al (2008) utilizam o recurso do registro de atividades, assim como sua programação. Ainda, são registrados as emoções sentidas na realização dessas atividades e os pensamentos ocorridos. A partir destes registros é possível que terapeuta e paciente observem o funcionamento da programação, assim como evita a necessidade da tomada de decisão, afetada de forma negativa pelo humor depressivo (POWEEL et al, 2008).

O tratamento ainda conta com uma reestruturação cognitiva em que compreende as crenças que causam a depressão, assim como os pensamentos automáticos produzidos e as distorções feitas pela paciente (POWEEL et al, 2008). Um dos recursos utilizados nesta fase se é o Registro de Pensamento Disfuncional, o RPD, podendo verificar qual evento gera determinado tipo de pensamento disfuncional que origina uma emoção negativa e por consequência, um comportamento.

Em outro estudo, Carneiro e Dobson (2016), revisaram em seu artigo a necessidade de conceitualizar o contexto em que o paciente se encontra para condicionar de modo operante o paciente, ou seja, acionar mecanismos que diminuam a esquiva e ruminação de pensamentos. Assim como os autores citados anteriormente, também utiliza-se o registro de atividades somados a modelagem de estratégias e técnicas de relaxamento.

Como prevenção de recaídas, os autores propõe a prática de *mindfulness* e objetiva educar o paciente a não entrar em modo automático e por consequência, não originar pensamentos automáticos e não fazer erros cognitivos. Além disso, a técnica visa o reconhecimento e aceitação das emoções, fazendo com que o paciente esteja consciente de si mesmo (CARNEIRO & DOBSON, 2016).

O presente estudo baseou-se na literatura disponível sobre o assunto em forma de artigos científicos, dentre eles revisões bibliográficas e estudos de caso sobre a depressão. O que pode ser notado nos artigos utilizados foi um padrão de repetição no que se refere as definições da doença e técnicas utilizadas durante o tratamento, limitando a presente escrita. Ainda, diversos estudos encontrados não foram traduzidos para o português, fator limitante para estudo. Por fim, em relação aos estudos de caso, não foram encontrados casos de insucesso, mesmo em

números de sessão e de tempo relativamente curtos se comparados a outras abordagens.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se observar na abordagem estudada um complexo e organizado protocolo de observação do funcionamento das emoções associados a cognição dos indivíduos.

Pode ser compreendida a luz da TCC o modo complexo como as crenças individuais contribuem para o adoecimento e como isso ocorre de forma repetida nos casos analisados.

Por fim, comparativamente, a TCC organiza-se desde o início, traçando metas para o que deve ser observado, compreendido, ensinado e de tal forma, encerrado. Os artigos observados mostraram a TCC eficaz para o tratamento e manejo da depressão, porém, não foram encontrados casos de insucesso, trazendo dúvidas sobre o relato de casos em que a terapia não tenha funcionado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM V. São Paulo.
- Beck, A. T. (1964) Thinking and depression: II theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 10: 561-71.
- Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. New York.
- Beck, A. T. (2005) The current state of cognitive therapy: a 40 year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62 (9): 953-9.
- Beck, A.T. & Dozois, D.J. (2011) Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100032>
- Butler, A.C.; Chapman, J.E.; Forman, E.M.; Beck, A.T. 2006. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26:17-31.
- Camargo, J. & Andretta, I. (2013). Terapia Cognitivo-Comportamental para depressão: um caso clínico. *Contextos Clínicos*, 6 (1): 25-32.
- Carneiro, A. M. & Dobson, K. S. (2016). Tratamento cognitivo-comportamental para depressão maior: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12 (1).
- Coser, O (2003). Depressão: clínica, crítica e ética . Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Donadon, M. F., Correia, S.K.B., Nunes, C.C.da S.A. & Nicoletti, E.A. (2016). Habilidades sociais e depressão: um relato de caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12 (1): 50-56.
- Freud, S. (1917). Luto e melancolia. In: *A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)*, 249-63.
- Khandewall, S. 2001. Conquering Depression. New Delhi, World Health Organization Regional Office for South-East Asia.
- Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2).
- Lemmens, L.H.J.M., Arntz, A., Petters, F. P. M. L., Hollon, S. D., Roefs, A., Huibers, M. J. H. (2011). Effectiveness, Relapse prevention and mechanisms of change os

cognitive therapy vs. interpersonal therapy of depression: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12: 150-162.

Neufeld, C. B. & Cavenage, C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6 (2).

Pedrazza, E. L. (2007) Nucleotídeses e depressão: o efeito de fármacos antidepressivos no catabolismo do ATP extracelular. Porto Alegre.

Powell, V. B.; Abreu, N.; Oliveira, I. R. & Sudak, D. (2008). Terapia Cognitivo-comportamental da Depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2), 73-80.

Silva, M. A. (2014). Terapia Cognitiva Comportamental: da teoria a prática. *PSICO – USF*, 19 (1).

World Health Organization. (2001). Relatório da Saúde Mundial. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa, Portugal.

ANEXO**Termo de Responsabilidade Autoral**

Eu **Ana Luiza Nogueira Lopes**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental, sob o título "**TCC no Tratamento do Transtorno Depressivo e suas Técnicas**", isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Aluno (a)