



PSICOPATOLOGIA E OS MODELOS COGNITIVOS

DEPRESSÃO NA PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

- ❖ PÓS-DOCTOR THOMAZ DÉCIO ABDALLA SIQUEIRA
- ❖ NELZO RONALDO DE PAULA CABRAL MARQUES JUNIOR.

PERCEPÇÃO HISTÓRICA

- A Metodologia de conceitualização cognitiva está fundamentada na premissa básica do modelo cognitivo, a qual descreve que o comportamento e as emoções das pessoas são influenciados por suas percepções das situações. Ou seja, são interpretações que o paciente pratica das situações que decidem como ele se sente, e não a situação em si (BECK, 1997 apud ANDRETTA; OLIVEIRA, 2012).

A UTILIZAÇÃO DA CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

- Acessória o terapeuta cognitivo a conservar o foco, trabalhando através de pensamentos ou imagens, significados, crenças e estratégias compensatórias. É um quadro de orientação para o trabalho com o paciente, com os aspectos considerados importantes pelo terapeuta em relação ao paciente e na resolução da rota e das metas da terapia (FREEMAN,1998; FREEMAN; DATTILIO,1998; WRIGHT; BASCO; THASE,2008 apud ANDRETTA et al., 2012). Através da conceitualização são elaboradas hipóteses das quais decorrem sobre os motivos do comportamento do indivíduo e o que ampara seus modos de pensar e agir.

ASPECTO VITAL DA CONCEITUALIZAÇÃO

- É o foco nos pontos fortes do paciente, que se mencionam aos atributos de uma pessoa, tais quais as boas condições para resolver conflitos. Pois nos períodos em que os pacientes estão em intenso sofrimento, por vezes deslembram que possuem recursos, tanto internos como externos. Ao chegar às questões fortes e as habilidades do paciente, pode-se influenciar na lembrança destes recursos que podem aponta-se favoráveis para enfrentar e resolver os conflitos. As discussões das áreas positivas do paciente assinalam estratégias para lidar com as situações, e podem ser usadas como estratégias alternativas, frequentemente mais adaptativas, as situações conflituosas (KUYKEN; PADESKY; DUDLEY, 2010 apud ANDRETTA et al., 2012).

A DEPRESSÃO TEM ALTO IMPACTO NA VIDA DO PACIENTE E DE SEUS FAMILIARES, COM SIGNIFICATIVO COMPROMETIMENTO NOS ASPECTOS SOCIAIS, OCUPACIONAIS E EM OUTRAS ÁREAS DE FUNCIONAMENTO.

- 1.º Segundo o texto revisado do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV-TR), da Associação Psiquiátrica Americana, 2ª depressão pode manifestar-se como episódio depressivo maior (EDM). Neste caso, os critérios do DSM-IV-TR especificam que pelo menos cinco dos nove sintomas que se seguem devem estar presentes: humor deprimido, redução do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalia ou culpa inapropriados, redução da concentração e ideias de morte ou de suicídio. Para o diagnóstico, é necessário que os sintomas durem pelo menos duas semanas e um deles seja, obrigatoriamente, humor deprimido ou perda de interesse ou prazer.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- O EDM encontra-se entre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes. Em estudo realizado nos Estados Unidos, utilizando-se os critérios do DSM-IV, estimaram-se as taxas de 16,2% para toda a vida e de 6,6% ao longo de 12 meses (KESSLER et al., 2003). Para muitos pacientes, o transtorno é crônico e recorrente. Estudos de acompanhamento demonstram que até 30% deles ainda se encontram deprimidos após um ano, 18% após dois anos e 12% após cinco anos. Muitos pacientes tratados mantêm sintomas residuais e subsindrômicos que conduzem a desfechos desfavoráveis, como risco mais elevado de recaídas e suicídio, empobrecimento das funções psicossociais e mortalidade elevada decorrente de outras doenças clínicas (KENNEDY et al., 2004). Dentre os pacientes que se recuperam de um episódio depressivo, mais de 50% recaem. 8 A volta dos sintomas depressivos durante o tratamento de manutenção com antidepressivos ocorre em taxas que variam de 9 a 57% (BYRNE: 1998).

O MODELO COGNITIVO DA DEPRESSÃO

- Na década de 60 do século passado, Albert Ellis e Aaron Beck chegaram à importante conclusão de que a depressão resulta de hábitos de pensamentos extremamente arraigados e descreveram os conceitos fundamentais da TCC. Beck, observou que humor e comportamentos negativos eram usualmente resultados de pensamentos e crenças distorcidas e não de forças inconscientes como sugerido pela teoria freudiana. Em outras palavras, a depressão podia ser compreendida como sendo decorrente das próprias cognições e esquemas cognitivos disfuncionais. Os pacientes com depressão acreditam e agem como se as coisas estivessem piores do que realmente são. Esta nova abordagem enfatizando o pensamento foi denominada por Beck de “terapia cognitiva” (TC). Atualmente, conta com mais de 300 ensaios clínicos controlados que atestam sua eficácia, sendo a abordagem psicoterápica com maior amparo empírico.

- Assim, a TC, ou TCC tal como desenvolvida por Beck, é a mais bem pesquisada forma de tratamento envolvendo qualquer transtorno psicológico. Muitos estudos e metanálises indicam que ela é efetiva no tratamento da depressão, seja leve, moderada ou grave. Além disso, a efetividade da TCC na depressão é tão ou mais robusta do que a farmacoterapia ou outros tipos de intervenções psicológicas (por exemplo, terapia interpessoal ou tratamento de apoio). A TCC tem tido o benefício adicional notado em muitos estudos: provoca resposta mais duradoura em comparação com o tratamento farmacológico e pode proporcionar um efeito substancialmente protetor quanto às recorrências.

TRÍADE COGNITIVA

- O modelo cognitivo de Beck para a depressão pressupõe dois elementos básicos: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. A tríade cognitiva consiste na visão negativa de si mesmo, na qual a pessoa tende a ver-se como inadequada ou inapta (por exemplo:
 - “Sou uma pessoa chata”, “Sou desinteressante”, “Sou muito triste para gostarem de mim”); na visão negativa do mundo, incluindo relações, trabalho e atividades (por exemplo: “As pessoas não apreciam meu trabalho ”), e na visão negativa do futuro, o que parece estar cognitivamente vinculado ao grau de desesperança.
- Os pensamentos mais típicos e expressões verbais sobre a visão negativa do futuro incluem: “As coisas nunca vão melhorar”, “Nunca vou servir para nada” ou “
- Nunca serei feliz”.

BECK, RUSH E SHAW (1976/1979):

- Quando tais pensamentos se associam à ideação suicida, a desesperança torna-os mais intensos, e a morte pode ser compreendida pelos pacientes depressivos como alívio para a dor ou sofrimento psicológicos ou como saída diante da percepção de uma situação como impossível de ser suportada. Beck et al. observaram que o paciente deprimido elabora sua experiência de maneira negativa e antecipa resultados desfavoráveis para seus problemas. Esta forma de interpretar os eventos e as expectativas funcionam como uma espécie de propulsor de comportamentos depressivos que, por sua vez, ratificam, após nova interpretação, os sentimentos pessoais de inadequação, baixa autoestima e desesperança.

DISTORÇÕES COGNITIVAS

- As distorções cognitivas, compreendidas como erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações, ocupam lugar central na depressão. 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.
- As distorções cognitivas mais comuns nos pacientes deprimidos foram observadas por Beck et al. como um sistema tipológico e, dentre elas, encontram-se a inferência arbitrária (conclusão antecipada e com poucas evidências), abstração seletiva (tendência da pessoa a escolher evidências de seu mau desempenho), supergeneralização (tendência a considerar que um evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes) e personalização (atribuição pessoal geralmente de caráter negativo). Uma série maior de distorções é descrita por Beck e outros.

BECK (1995); SCHER, SEGAL (2006):

- Uma série maior de distorções é descrita por Beck e outros.
- As distorções decorrem de regras e pressupostos, que são padrões estáveis adquiridos ao longo da vida do indivíduo com depressão. Essas regras e crenças são sensíveis à ativação de fontes primárias como o estresse e frequentemente levam a estratégias interpessoais ineficazes.

APLICAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVA

- 1) foco nos pensamento automáticos e esquemas depressogênicos;
- 2) foco no estilo da pessoa relacionar-se com outros; e
- 3) mudança de comportamentos a fim de obter melhor enfrentamento da situação problema.

UMA DAS VANTAGENS DA TC

- É o caráter de participação ativa do paciente no tratamento, de modo que ele (ou ela) é auxiliado a: a) identificar suas percepções distorcidas; b) reconhecer os pensamentos negativos e buscar pensamentos alternativos que reflitam a realidade mais de perto; c) encontrar as evidências que sustentam os pensamentos negativos e os alternativos; e d) gerar pensamentos mais acurados e dignos de crédito associados a determinadas situações em um processo chamado reestruturação cognitiva. Há críticas equivocadas quanto à TC de que os terapeutas desta abordagem teriam tendência a estabelecer o “poder do pensamento positivo”. Na verdade, a TC é baseada no poder do pensamento realista, isto é, na extensão em que se pode conhecer a realidade. No tratamento da depressão, este aspecto tem grande relevância clínica, pois ajuda o paciente a considerar as crenças verdadeiras ou não relacionadas aos fatos, auxiliando o julgamento realístico dos fatores que mantêm a depressão.

ATIVACÃO COMPORTAMENTAL

- Como o alívio dos sintomas é o objetivo inicial do tratamento, o comportamento é importante nesta abordagem. Uma das bases teóricas dos procedimentos do tratamento para a depressão na TC vem da teoria de Lewinsohn (1974), que diz que a aprendizagem social e o reforço positivo são fatores que contribuem para o início e a manutenção dos estados depressivos. Sua teoria afirma que os pacientes sentem depressão porque estão experimentando redução no reforço geral do mundo externo – decorrente da redução do reforço positivo e/ou excesso de experiências aversivas. A depressão é conceituada nesse modelo como um círculo vicioso de retraimento gradual do paciente ante as atividades positivas e a perda exponencial do reforçamento. Assim, o terapeuta precisa trabalhar de modo incisivo para aumentar o envolvimento do paciente deprimido em atividades de reforço e interações sociais.

REFERÊNCIAS

- BECK AT. Thinking and depression. Arch Gen Psychiatry. 1963;9:324-33.17
- _____. Depression: causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967.
- _____. Cognitive therapy and the emotional disorders. Boston: International University Press; 1976.
- _____. Cognitive therapy: basics and beyond. New York: Guilford Press; 1995.
- BECK AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press; 1979.
- BYRNE SE, ROTHSCHILD AJ. Loss of antidepressant efficacy during maintenance therapy: possible mechanisms and treatments. J Clin Psychiatry. 1998;59(6):279-88.
- DOBSON KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. J Consult Clin Psychol. 1989;57(3):414-9.

REFERÊNCIAS

- HOLLON SD, Shelton RC, Loosen PT. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol.* 1991;59(1):88-99.
- HOLLON SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *J Clin Psychiatry.* 2005;66(4):455-68.

REFERÊNCIAS

- KENNEDY SH, LAM RW, NUTT DJ, THASE ME. Psychotherapies, alone and in combination. In: Kennedy SH, Lam RW, Nutt DJ, Thase ME, editors. Treating depression effectively: applying clinical guidelines. London: Martin Dunitz; 2004.
- KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O, JIN R, KORETZ D, MERIKANGAS KR, RUSH AJ, WALTERS EE, WANG PS; National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 2003;289(23):3095-105.8.
- LEAHY RL. Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.
- LEWINSOHN PM. A behavioral approach to depression. In: Friedman RM, Katz MM, editors. The psychology of depression. Contemporary theory and research. Washington, DC: Winston-Wiley; 1974.
- _____. The behavioral study and treatment of depression. In: Hersen M, Eisler RM, Miller PM, editors. Progress in behavior modification. Vol. 1. New York: Academic Press; 1975.

REFERÊNCIAS

- MANUAL DE DIAGNÓSTICO ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, DSM-IV, (1994-1995). (Trad. D. Batista). Porto Alegre: Artes Médicas.
- RUPKE SJ, Blecke D, Renfrow M. Cognitive therapy for depression. Am Fam Phys. 2006;73(1):83-6.27.
- SCHER CD, SEGAL ZV, Ingram RE. Beck's theory of depression: origins, empirical status, and future directions for cognitive vulnerability. In: Leahy RL, editor. Contemporary cognitive therapy: theory, research, and practice. New York: Guilford Press; 2006.