

# TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: UMA REVISÃO NARRATIVA

Adalberto de Araújo Trindade<sup>1</sup>; Lilian Carvalho Hoffmann<sup>2</sup>; Giovanna Nonemacher<sup>3</sup>; Cristina Pilla Della Méa<sup>4</sup>

1 Graduando em Psicologia. IMED. [adearaujotrindade@gmail.com](mailto:adearaujotrindade@gmail.com)

2 Graduanda em Psicologia. IMED. [lilian.c.hoff@hotmail.com](mailto:lilian.c.hoff@hotmail.com)

3 Graduanda em Psicologia. IMED. [giovannanonemacher@gmail.com](mailto:giovannanonemacher@gmail.com)

4 Orientadora. Mestre. Professora do Curso de Psicologia. IMED. [crisrina.mea@imed.edu.br](mailto:crisrina.mea@imed.edu.br)

## 1 INTRODUÇÃO

Os principais sintomas do transtorno depressivo maior (TDM) são tristeza, alterações no apetite, no sono, perda de interesse em atividades sociais, sentimentos de desvalia, ideação suicida ou tentativas de suicídio (APA, 2014). Estima-se que 5% da população mundial sofra com o TDM, podendo chegar em 2030 como a doença de maior prevalência mundial (WHO, 2015). Enquanto no Brasil estima-se que 7,6% da população adulta sofra com o transtorno depressivo maior, estando nas regiões sul (12%) e sudeste (8%) a maior prevalência (IBGE, 2014).

Uma das abordagens para tratamento do TDM é a terapia cognitivo-comportamental (TCC) que engloba uma variedade de abordagens psicoterápicas. No entanto, todas derivam de um modelo clássico de terapia cognitiva proposto por Aaron Beck, em meados de 1960 (RANGÉ; FALCONE; SARDINHA, 2011). Desenvolvida na Universidade da Pensilvânia a abordagem beckiana caracteriza-se por ser uma psicoterapia breve, orientada para o presente e direcionada a modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais do paciente (BECK, 2013; DOBSON; DOZOIS, 2006). Inicialmente a terapia cognitiva era para a depressão, atualmente, é aplicada em uma grande variedade de psicopatologias (e.g., transtornos de ansiedade e transtornos alimentares) e em diferentes populações (e.g., casais e famílias e crianças e adolescentes) (KNAPP; BECK, 2008).

O modelo cognitivo de Beck pressupõe que a) o pensamento distorcido ou disfuncional é comum a todas as psicopatologias, b) a avaliação realista e a modificação do pensamento melhoram o humor e o comportamento disfuncional e c) a melhora duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais do paciente (BECK, 2013; DOBSON; DOZOIS, 2006).

Os pacientes diagnosticados com TDM apresentam sofrimento clinicamente significativo, bem como prejuízos em seu cotidiano. Dessa forma, é relevante investigar

abordagens psicoterápicas que auxiliem na melhora do quadro. Diante disso, este estudo teve como objetivo realizar uma revisão narrativa sobre as técnicas cognitivas e/ou comportamentais utilizadas no tratamento do transtorno depressivo maior.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura nacional (ROTHER, 2007). Foram realizadas pesquisas nas bases de dados PePSIC e LILACS e no buscador SciELO, sem restrição temporal. Os descritores utilizados foram: transtorno depressivo maior *AND* terapia cognitiva *OR* terapia comportamental. Os descritores foram definidos a partir da consulta dos termos no sítio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Também, foram utilizados livros que abordassem o tema.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Em geral, as poucas publicações encontradas descrevem o modelo cognitivo da depressão, bem como seu método de tratamento por meio das técnicas cognitivas e comportamentais. Tais técnicas incluem ativação comportamental, reestruturação cognitiva - Sequência ABC, Registro de Pensamentos Automáticos (RPD) e objetivam a identificação de pensamentos automáticos, mudança nas crenças e nos comportamentos do paciente (BECK, 2013; POWELL *et al.*, 2008).

- Ativação comportamental: Baseada no condicionamento operante objetiva a redução dos sintomas depressivos do paciente, inclui o Registro de Atividades que consiste no monitoramento das atividades diárias do paciente, com vistas a corrigir distorções sobre como o paciente acredita estar passando seu tempo. Também, possibilita conhecer a dinâmica comportamental do paciente, além de poder ser usado para planejar tarefas e registrar seus resultados (POWELL *et al.*, 2008). O ensaio comportamental pode ser utilizado por meio de exercícios de *role-play*, onde uma situação específica pode ser treinada entre terapeuta e paciente. Por fim, técnicas de relaxamento também são utilizadas (CARNEIRO; DOBSON, 2016; POWELL *et al.*, 2008; SANTOS; ASSIS MEDEIROS, 2017).

- Reestruturação cognitiva: Além da ativação comportamental, as primeiras sessões incluem a conceituação cognitiva do paciente, onde o paciente identificará seus pensamentos automáticos, suas distorções cognitivas frequentes e suas crenças disfuncionais, suas reações fisiológicas, comportamentais e emocionais consequentes aos seus pensamentos (CARNEIRO; DOBSON, 2016; POWELL *et al.*, 2008). Para tal, a sequência ABC de Albert Ellis é utilizada, consiste no rastreio sistemático dos pensamentos, ou seja, nele o paciente pode identificar o pensamento, a

emoção, e a consequência (podendo ser comportamental, fisiológica ou emocional). Ademais, é utilizado o Registro de Pensamento Disfuncional (RPD), além dos registros comuns ao ABC, existe uma coluna adicional de pensamentos alternativos para a situação, aqui as emoções e os pensamentos alternativos são quantificados pelo paciente (BECK, 2013; KNAPP; BECK, 2008). Durante a execução das técnicas, o terapeuta utiliza-se de outras técnicas como o questionamento socrático que é o modo como o terapeuta questiona os pensamentos automáticos do paciente, por meio de questionamentos que o guiam a uma descoberta, sem que haja confrontação das crenças disfuncionais do paciente (SANTOS; ASSIS MEDEIROS, 2017).

-*Mindfulness*: A prática de *mindfulness* também é descrita e recomendada para pacientes com diagnóstico de TDM. Consiste numa forma de meditação em que o paciente volta intencionalmente sua atenção para seus pensamentos e sentimentos, com o objetivo de aceitá-los, sem julgamento. Objetiva educar o paciente a sair do modo automático, modo pelo qual as distorções cognitivas são formadas. A proposta da prática de *mindfulness* é para o fim do tratamento da TCC, onde a prevenção à recaídas é objetivo das sessões finais (CARNEIRO; DOBSON, 2016).

As técnicas descritas são utilizadas e aplicadas semanalmente a partir das sessões e das revisões de tarefas de casa, feitas pelo paciente. A ordem de aplicação é feita de acordo com o grau dos sintomas e nível de dificuldade de compreensão do paciente. O tratamento é concluído quando as metas forem atingidas. Em geral, com cerca de 20 sessões (BECK, 2013). Nas sessões finais, o paciente avalia seus ganhos e é orientado quanto aos riscos de recaída. Também, é orientado para dar continuidade as técnicas aprendidas, para isso o terapeuta pode entregar folhetos explicativos sobre as técnicas aprendidas (POWELL *et al.*, 2008). Sessões de seguimento ajudam o paciente quanto às dúvidas na execução das técnicas após o tratamento e auxiliam nos aspectos de maior dificuldade. Inicialmente quinzenal, passando para mensal até a alta definitiva (BECK, 2013).

#### **4 CONCLUSÕES**

As principais técnicas cognitivas e comportamentais indicadas para o TDM foram a ativação comportamental e a reestruturação cognitiva, a partir das diversas estratégias utilizadas em cada técnica. Considera-se, então, que as técnicas cognitivas e comportamentais da TCC para TDM apresentam bons resultados, obtendo a melhora da sintomatologia do paciente. Tais técnicas têm o potencial de instrumentalizar psicoterapeutas para o desenvolvimento de suas práticas clínicas, assegurando, assim, a eficácia do tratamento de seus pacientes.

Considerando a alta prevalência do TDM na população mundial e nacional sugere-se investigações que avaliem a eficácia e a efetividade das técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas no tratamento do TDM, seja de forma isolada ou tomadas em conjunto. Características de pacientes com TDM que não responderam à TCC também podem ser alvo de investigações futuras, seus resultados podem subsidiar o aprimoramento das técnicas cognitivas e comportamentais para essa população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CARNEIRO, A. M.; DOBSON, K. Tratamento cognitivo-comportamental para depressão maior: uma revisão narrativa. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 42-49, jun. 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872016000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872016000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 15 abr. 2019.

DOBSON, K. S.; DOZOIS, D. J. A. Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. In: DOBSON, K. (Org.). **Manual de terapias cognitivo-comportamentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 17-44.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30 n. 2, p. 54-64. oct. 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462008000600002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462008000600002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 abr. 2019.

POWELL, V. B. *et al.* Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 30, (suppl.2), p. 73-s80. oct. 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: 12 abr. 2019.

RANGÉ, B. P.; FALCONE, E. M. O.; SARDINHA, A. História e panorama atual das terapias cognitivas do Brasil. *In*: ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. da S. (Org.). **Manual prático de terapia cognitivo- comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 15-32.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 15 abr. 2019.

SANTOS, C. E. M.; ASSIS MEDEIROS, F. A relevância da técnica de questionamento socrático na prática cognitivo-comportamental. **Archives of Health Investigation**, Araçatuba, v. 6, n. 5, p. 204-208, mai. 2017. Disponível em: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1940/0> Acesso em: 14 abr. 2019.

WHO. **Media Centre. Fact sheets. Depression.** 2015. Disponível em: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/). Acesso em: 15 abr. 2019.