

**TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NA PERSPECTIVA COGNITIVO COMPORTAMENTAL:**  
depressão na abordagem Terapêutica Cognitivo Comportamental, quais técnicas utilizadas, como também, quais os resultados esperados para depressão.

Pós-doc Thomaz Décio Abdalla Siqueira



# Entender o estado depressivo

- A totalidade da **tristeza**, da **solidão**, da **melancolia**, do **desamparo** e do desânimo, todos encontrados em diversas formas e intensidade como manifestações clínicas das síndromes depressivas, habilitam-nas a compreender e a empatizar com um indivíduo deprimido deve sentir.
- Quanto comum é a depressão?
- Qual é o impacto na nossa vida rotineira e na nossa sociedade?
- Como as pessoas lidam?



# Melancolia:

- A terminação “melancolia” tem sido aplicada, nas recentes classificações como o **DSM-IV**, para indicar o subtipo anteriormente denominado de “endógeno”, “vital”, “**biológico**”, “**somático**” ou “**endogenomorfo**” de depressão. Analisado por vários como o “modelo” ou síndrome nuclear das depressões, a melancolia ao oposto de outras formas de depressão parece compor-se em um grupo mais homogêneo, que objetiva melhor a tratamentos biológicos, dos quais os fatores genéticos são os principais determinantes. Parker (1994 et al., apud Del Porto,1999) sinaliza a gravidade das alterações psicomotoras na melancolia, para eles é a central característica desse **quadro nosológico**. O conceito de melancolia no **DSM - IV** foi reformulado, em relação ao do **DSM-III-R**, passando a ser mais conciso e definindo com mais exatidão (LAFER et al., 1996 apud DEL PORTO,1999).

# Transtorno distímico

- A organização Mundial da Saúde divulgou, há pouco tempo, que a depressão seria a principal causa de incapacitação no mundo nas próximas décadas (KESSLER,1994, 2003 apud PATTERSON; ALBALA; MCCAHILL; EDWARDS, 2010).
- Em detrimento da sua gravidade e do seu impacto clínico, a **depressão maior** é o foco primário, dada sua prevalência em situações ambulatoriais, o **transtorno distímico** uma depressão leve, no entanto prolongada, também merece ter um foco. O transtorno distímico recebe menos atenção dos médicos e pesquisadores do que a depressão maior, mas, atualmente essa tendência tenha sido revertida. A distímia não é tão grave ou incapacitante como o Transtorno Depressivo maior, ainda que ocasione sofrimento psicológico e prejuízos pessoais e sociais significativos.

## As principais características da distimia são:

- A cronicidade (duração de pelo menos dois anos consecutivos) relacionada com alguns dos sintomas do transtorno depressivo maior, porém comumente, de menor intensidade. Na maioria das vezes tem início precoce (infância e adolescência) e se estabelece de modo mal definido, avançando lentamente para sua forma clínica madura. Os gêneros são igualmente afetados, no entanto, quando entram na vida adulta, a distimia parece ocorrer dias vezes mais frequentemente entre o gênero feminino. Em muitas das vezes, um transtorno distímico progride para um transtorno depressivo maior. A diferença do diagnóstico entre os dois transtornos não é fácil. Existem casos, em que o mesmo paciente preenche os critérios para ambos em momentos alternativos, uma situação apelidada de “depressão dupla”. Por uma visão fisiopatológica, não fica claro se são dois transtornos de humor distintos ou uma mutável do mesmo transtorno.

# De acordo com Ezzel (2003 apud Patterson et al., 2010):

- A depressão é uma doença que “mutila” e mata. Mata por suicídio e mata agravando as condições médicas ou as tornando menos responsáveis ao tratamento”. **Mutila** no significado que incapacita o sujeito social e ocupacionalmente, acarreta sintomas físicos, por ela mesma e colabora para o progresso de situações médicas incapacitantes. Ainda de acordo com autor O **suicídio** é uma complicação significativa da depressão e de modo algum infrequente. Quase, um em cada sete sujeitos com depressão maior crônica cometerá suicídio. A grande maioria cerca de 80% de depressão maior no momento do ato.



# Risco do suicídio

- O suicídio é o preço extremo da **depressão grave** não detectada e não tratada. O episódio de que o suicídio parece ser completamente um ato da vontade (o que não é, quando atentado por um indivíduo cujo avaliação está afetado por uma depressão grave) contribui para a percepção equivocada de que o fator de mortalidade na depressão é baixo. A avaliação do risco de suicídio é um item essencial a toda avaliação psiquiátrica e precisa ser gerido durante a visita ou contato inicial. Talvez a opinião equivocada mais corriqueira sobre o suicídio é que questionar sobre ele vai “disseminar” o pensamento na mente da paciente. Quando na verdade, os pensamentos suicídios são tão corriqueiros entre os sujeitos com sintomas depressivos que os indivíduos que procuram por um profissional muito possivelmente pensaram nisso pelo menos momentaneamente. Uma vez que a avaliação apropriada tenha sido administrada.

# Esferas de influências:

- O médico pode, então, adotar as medidas adequadas, dependendo das implicações da avaliação. Pode-se variar de um simples monitorar até medidas mais protetoras como internar o paciente em um hospital (contra a vontade deste, se a circunstância exigir, adotando, evidentemente, todas as exige
- Mesmo que as causas principais da depressão sejam desconhecidas, os estudos colaboram consideravelmente para o conhecimento sobre a interação entre as esferas de influência **biológica**, **psicológica** e **social**. Determinados fatores quando se fazem presentes, maximizam o risco de um indivíduo em particular possa sofrer de depressão.

# Componentes de uma avaliação do risco de suicídio:

- Presença de ideação, intenção ou planos suicidas ou homicidas;
- Acesso a meios para se suicidar e a letalidade destes;
- Sintomas psicóticos, alucinações de comando ou grave ansiedade;
- Abuso de álcool ou substâncias;
- História e gravidade de tentativas anteriores; e
- História familiar ou exposição recente a suicídio.

# Alguns fatores de risco para depressão:

- Episódios anteriores de depressão;
- História familiar de depressão;
- Tentativas anteriores de suicídio;
- Sexo feminino;
- Idade de Início precoce (<40);
- Período pós-parto;



# Alguns fatores de risco para depressão:

- Menopausa;
- Estado civil atual/passado;
- Comorbidades Clínicas;
- Falta de suporte social;
- Eventos de vida estressantes; e
- Abuso de álcool ou de substâncias atual.



## Fatores de risco para recorrência de episódios depressivos:

- Duração insuficiente do tratamento;
- Dose de manutenção insuficiente;
- Baixa adesão ao tratamento;
- Período pós-parto;
- Menopausa;
- Idade de início precoce (<20 anos) ou tardia (>60 anos);
- História de múltiplos episódios anteriores;
- História de distímia;
- Estressores psicossociais (perda de emprego, luto, problemas financeiros etc.);

# Fatores de risco para recorrência de episódios depressivos:

- Longa duração de episódio recente;
- Episódio recente de alta gravidade;
- História de sazonalidade dos episódios depressivos;
- Abuso de álcool e/ou de substâncias; e
- Comorbidade clínicas.



# Fatores de risco:

- Diferentes fatores de risco abarcam o gênero (as mulheres têm aproximadamente duas vezes mais ocasiões de sofrer de depressão maior), condição civil (maior risco para indivíduos separados ou divorciados vivendo sozinhos), presença de condições médicas (notadamente condições gravemente incapacitantes) e história ou diagnóstico presente de abuso de álcool e/ou substâncias (KESSLER et al., 1994 apud PATTERSON et al., 2010). Acontecimentos de vida estressante (luto, perdas financeiras e mudanças de emprego que afetem a autoestima) são visivelmente nocivos para os indivíduos propensos a doença depressiva (CASPI et al., 2003 apud PATTERSON et al., 2010).

# estresse

- Certos fatores de risco não são passíveis de controle até o presente momento (por exemplo, a predisposição genética), no entanto outros podem ser o foco de intercessões (por exemplo estresse, apoio social e abuso de substância).
- Mesmo usando como referência o **Código de Ética**, várias dúvidas podem ainda permanecer: deve o psicólogo impedir o ato suicida de um cliente?
- Se sim, como fazer? Em que tipo de situação? Deve fazer a quebra de sigilo e comunicar aos familiares do cliente, considerando que isso pode ocasionar prejuízos para a confiança que o cliente depositou na relação com o psicoterapeuta?

# Clínica psicológica:

- E ao se deparar na clínica com um cliente que possui ideação suicida ou possibilidade de tentar se matar, como o psicólogo (a) deve agir?
- Ele deve lutar a todo custo pela manutenção da vida do sujeito ou é possível não se colocar em posição de oposição à escolha individual de terminar a própria vida, que pode se apresentar ao cliente como uma saída para o sofrimento?
- O objetivo desse texto é trazer algumas considerações e reflexões acerca dos dilemas éticos envolvidos na problemática do suicídio dentro da clínica psicológica.

# Vínculo psicoterapêutico:

- O vínculo paciente-terapeuta tem grande importância porque a pessoa potencialmente suicida tem necessidade de contato com alguém em quem possa depositar confiança (Santos, 2007). O sigilo é fundamental na psicoterapia porque permite ao cliente expor sua intimidade com a segurança de que haverá respeito e proteção do conteúdo através da manutenção da confidencialidade. Pode ser necessário quebrar o sigilo profissional no caso do suicídio, portanto se faz necessário um contrato terapêutico claro.

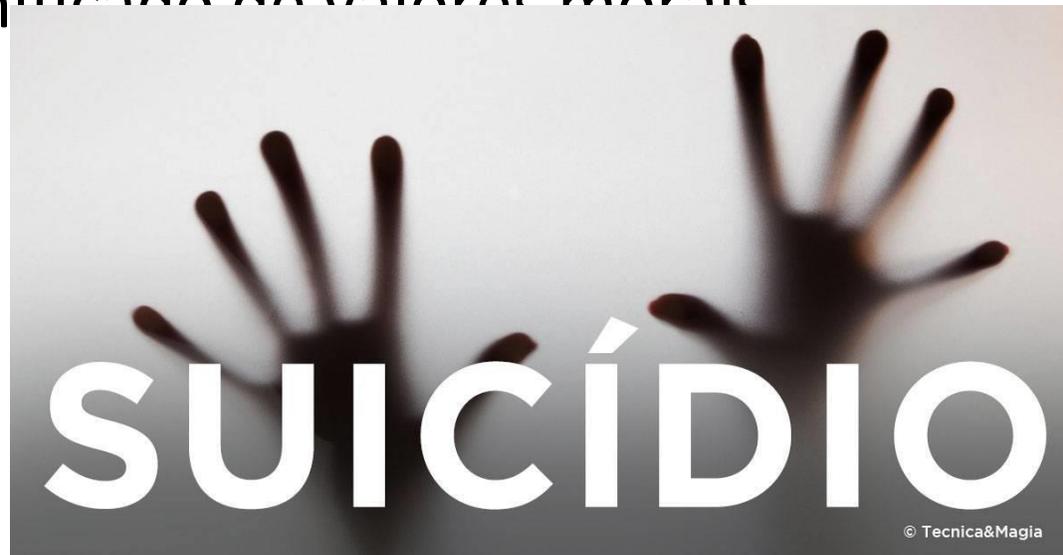


# Ética profissional:

- A ética na área da saúde considera como princípio básico promover a vida, considerando que ela possui valor absoluto. Nesse caso, o sujeito que faz a tentativa cometer suicídio tem direito inalienável de terminar a própria vida ou deve ser impedido pelos profissionais de saúde?
- Segundo com um dos fundamentos da bioética, o profissional não deve ignorar a autonomia do sujeito no que se refere às suas ações e decisões. Na maior parte das vezes o elemento que está em questão é a diminuição do sofrimento intenso pelo qual a pessoa está passando.

# Reflexão:

- Podemos considerar que o Código de Ética Profissional do Psicólogo é um ponto de orientação, mas a singularidade presente em cada caso exige uma reflexão que, apesar de usá-lo como base, ultrapassa-o e se mostra mais ampla Medeiros (2002). A ética, segundo Chauí (2000), implica em interpretar, refletir, discutir, interpretar e problematizar o significado de valores morais.



# Evidências comportamentais:

- Retraimento social;
- Crises de choro; e
- Comportamentos suicidas.
- Retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora.



# Queixas/ melancolia:

- Constantemente os pacientes relatam à sensação de peso nos membros, ou ao “**manto de chumbo**” que parecem estar transportando. Em atual revisão da literatura sobre os estados depressivos, o item “**retardo psicomotor**” foi o conseqüente comum, em nove sistemas classificatórios, como traço definidor da melancolia. . Na Austrália, Parker (et al.,1994 apud Del Porto,1999 ) indicaram, para o diagnóstico da melancolia, um sistema baseado não em “sintomas” (subjetivos), mas em “sinais” (características objetivas, observáveis).Na França, Widlöcher (*et al.*,1983 apud Del Porto ), na Salpêtrière,Elaboraram uma escala especificamente designada a medir o retardo psicomotor (“échelle de ralentissement dépressif” da Salpêtrière). Precisa-se lembrar, que no diagnóstico das depressões, que determinadas vezes o quadro mais típico pode ser disfarçado por queixas proeminentes de dor crônica (**cefaleia, dores vagas no tórax, abdome, ombros, região lombar**, etc.).

Classificações atuais dos estados depressivos - Associação Psiquiátrica Americana, no DSM-IV, de tal modo classifica os transtornos do humor:

- 296.xx - Transtorno depressivo maior, que é subdividido em episódio único, ou recorrente;
- 300.4 - Transtorno distímico, que pode ser especificado de acordo com o tipo de início (precoce ou tardio), e de acordo com a presença ou ausência de características atípicas;
- 311 - Transtorno depressivo sem outra especificação (SOE);
- **Transtornos bipolares:**
- 296.xx - Transtorno O transtorno bipolar I;
- O transtorno Bipolar I inclui a ocorrência de episódio maníaco único. O DSM IV pede que se especifique o tipo do episódio mais recente: hipomaníaco, maníaco, depressivo, misto ou inespecificado.

# Classificações atuais dos estados depressivos:

- 296.89 - Transtorno bipolar II (hipomania associada a pelo menos um episódio depressivo maior). Especificar se o episódio atual (ou mais recente) é hipomaniaco ou depressivo.
- 301.13 - Transtorno ciclotímico;
- 296.80 - Transtorno bipolar sem outra especificação (SOE);
- 293.83 - Transtorno do humor devido à condição médica geral;
- \_\_\_\_\_.\_\_ - Transtorno do humor induzido por substâncias (referir os códigos específicos para cada substância).

O DSM IV fornece ainda, em seu apêndice B, conjuntos de critérios para estudos adicionais. No que concernem os transtornos do humor, devem ser lembrados:

- Transtorno depressivo menor, transtorno depressivo breve recorrente, transtorno misto de ansiedade-depressão e transtorno da personalidade depressiva.



A Classificação Internacional das Doenças, da Organização Mundial da Saúde, em sua décima revisão a CID-10, deste modo apresenta os transtornos do humor, em suas linhas gerais:

- F30 - Episódio maníaco (usado para episódio único de mania).
- F31 - Transtorno afetivo bipolar.
- O transtorno afetivo bipolar pode ser classificado, de acordo com o tipo do episódio atual, em hipomaníaco, maníaco ou depressivo. Os episódios maníacos são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos. Os episódios depressivos são classificados de acordo com as regras descritas em F32. O transtorno afetivo bipolar inclui ainda os episódios mistos (F31.6)
- 1 2 F32 - Episódio depressivo (usado para episódio depressivo único).

# revisão a CID-10:

- O episódio depressivo pode ser, quanto à intensidade, classificado como: leve, moderado ou grave. Os episódios leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos. Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos.
- F33 - Transtorno depressivo recorrente (tem as mesmas subdivisões descritas para o episódio depressivo).
- F34 - Transtornos persistentes do humor: F34.0 - Ciclotimia
- e F34.1 – Distimia.
- A CID-10 inclui ainda códigos para “outros” transtornos do humor e para “transtornos não identificados”

# Em relação à bioquímica da depressão:

- Descoberta nos anos 1950, de medicações adequadas para alterar o curso de certos transtornos mentais injetou uma maximizada energia nos estudos sobre os motivos e os mecanismos biológicos. Esses achados, acoplados aos dados que indicam imperiosamente a influência de fatores genéticos na gênese dos transtornos mentais, apontaram conclusivamente que a biologia, além dos fatores ambientais, exerce um papel crítico. Apontou-se que algumas medicações empregadas para outras finalidades clínicas, notavelmente hipertensão arterial, levavam a sintomas psiquiátricos. Os estudiosos concluíram que, se compostos químicos eram capazes de causar esses sintomas (ou em outros casos aliviá-los), eles precisariam resultar em um mecanismo biológico subjacente.

# Bioquímica:

- Em meados de 1960, os pesquisadores estabeleceram, e em seguida apuraram a assim identificada hipótese monoaminérgica da depressão. Essa Hipótese constitui que os sintomas da depressão ocorrem devido às alterações no funcionamento de certos neurotransmissores conhecidos como monoaminas, notavelmente a noradrenalina, a serotonina e, em menor grau, a dopamina. Os papéis de outros neurotransmissores foram identificados atualmente. A explicação de essa hipótese dar-se nas descobertas de que todos os medicamentos antidepressivos conhecidos até o momento apresentam, até certo ponto, a capacidade de incluir a disponibilidade desses neurotransmissores na sinapse. Os pacientes e o público em geral muitas vezes fazem referência a essa hipótese como “desequilíbrio químico”.

# Klein (1934 apud Trevisan, 2004):

- Postula que o sujeito deprimido não constituiu bons objetos internos e que não se sente protegido em seu mundo interno mediante o dano externo. Em 1934 a autora elaborou um conceito sobre a de posição depressiva, determinada como a fase do desenvolvimento na qual o bebê conhece um objeto inteiro e interage com ele. Observa-se que aparecem novos sentimentos, de falta e de desejo pelo objeto bom que, na fantasia, foi aniquilado e perdido, bem como a culpa que surgiu por isto. Já no ano de 1940, apresenta-se um conceito de posição depressiva como uma ocorrência que altera o desenvolvimento, pelo qual acontecem as mudanças necessárias à adaptação. A essência do conceito de posição depressiva é dominar o começo do processo de internalização de bons objetos totais, algo que jamais se conclui, acompanhando o indivíduo ao longo da vida. Se a apreensão com o objeto se sobressai, a culpa levará à experiência de reparação.

# A visão de Jacobson apud Lund (1991 apud Trevisan, 2004):

- Se o narcisismo impera, os mecanismos psíquicos não consideraram o objeto e partirão em busca da autovalorização.
- Sobre a depressão salienta que, nos humores depressivos, distingue-se a predominância de provenientes dos impulsos agressivos. “Há uma fusão do self e da representação objetal dentro do ego e superego”, ocasionando o ataque de um superego fortemente patológico, sádico, idealizado sobre um self fusionado e grandemente desvalorizado. A disposição para a tristeza está ausente, já que o objeto e sua representação estão desvalorizados e unidos à representação desvalorizada do self.

## Para Bleichmar (1996 apud Trevisan, 2004):

- Resoluta a essência dos transtornos depressivos como a sensação de ineficiência e desesperança de alcançar um desejo no qual o indivíduo está fortemente fixado. Tal sensação produz tonalidade a toda autorepresentação, e o self se vê inferior, impossibilitado, fraco, inútil e ameaçado. Dentre outras tentativas de sistematizar a informação acerca da psicopatologia dos estados depressivos estão as exposições sobre o narcisismo patológico. Nesse caso, um estado depressivo apresenta-se sempre que existir uma decepção tanto da parte do ego ideal, herdeiro direto do narcisismo, quanto do ideal de ego. O indivíduo se depara em um constante estado de sobressalto perante a possibilidade de não satisfazer às cobranças derivadas de dentro ou de fora de si mesmo.

# Para Marcus (1990 apud Trevisan, 2004):

- O preceito da autoestima tem uma função principal na vulnerabilidade à depressão, e o nível em que a depressão afeta a autoestima depende não só da seriedade da doença como também, da estrutura de personalidade pré-mórbida.
- De modo recente, outros autores vêm tentando diferenciar os tipos de depressão, fundamentando-se nas obras de Freud sobre os métodos de incorporação oral e concepção do superego. Postula-se que exista uma depressão analítica, focada em questões interpessoais como dependência, desamparo, sensação de perda e abandono, e outra apontada como introjetiva, proveniente de um superego punitivo e cruel, focada em questões de autocrítica, apreensões com valor pessoal e sensação de culpa e fracasso.

# Referências:

- ANDRETTA, I.; e OLIVEIRA, M. da S. **Manual Prático de Terapia Cognitivo- Comportamental.3** 1. Ed. São Paulo – SP: Casa do Psicólogo, 2012.
- American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders.** 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática.** Trad. Sandra Costa. – Porto Alegre: Artmed, 1997.
- DEL PORTO, J.B. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online].** 1999, vol.21, suppl.1, pp. 06-11. ISSN 1516-4446.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a03.pdf> acessado em: 23/02/2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS.
- <http://atarde.uol.com.br/saude/noticias/1924792-depressao-sera-principal-caoa-de-afastamento-do-trabalho-no-mundo-diz-oms> Acessado em: 25/06/2018.
- PATTERSON, J.; ALBALA, A.A.; MCCA HILL, M. E.; e EDWARDS, T.M. **Guia de Psicofarmacologia para o terapeuta:Trabalhando com pacientes, suas famílias e seus médicos para aperfeiçoar o tratamento.** 1. Ed. São Paulo – SP: Roca, 2010.

# Referências:

- TREVISAN, J. Psicoterapia psicanalítica e depressão de difícil tratamento: à procura de um modelo integrador. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online]. 2004, vol.26, n.3, pp. 319-328. ISSN 0101-8108. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082004000300009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000300009&lng=pt&nrm=iso) acessado em: 21/02/2013.
- TENG, T.C.; HUMES, E.de C.; e DEMETRIO, F.N. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev. Psiq. Clín.* 2005, vol.32 n.3, pp.149-159. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a07v32n3.pdf> acessado em: 23/02/2013.
- World Health Association. **The ICD-10 Clasification of Mental and Behavioural Disorders.** Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.

# Referências complementares:

- Bastos, Rogério Lustosa. Suicídios, psicologia e vínculos: uma leitura psicossocial. *Psicologia USP*, 20(1), 67-92. 2009.
- Cohen C, Segre M. *Breve Discurso sobre Valores, Moral, Eticidade e Ética. Bioética*. 1994. 2(1):19-24.
- Chauí, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ed. Ática, 2000.
- Conselho Federal de Psicologia. *Código de ética profissional do Psicólogo*. Brasília-DF, 2005.
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. *Manual de orientações*. São Paulo, 2006.
- MANUAL DE DIAGNÓSTICO ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, DSM-IV, (1994-1995). (Trad. D. Batista). Porto Alegre: Artes Médicas.