

Uma proposta de tratamento em grupo para a depressão

Marcia Kawa Hermolin, Bernard Pimentel Rangé e Patrícia Ribeiro Porto¹
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Resumo

O presente artigo tem como objetivo descrever os sintomas da depressão, explicar o Modelo Cognitivo, propor um tratamento em grupo e mostrar os resultados obtidos. O tratamento em grupo possui sessões estruturadas e o grupo deve ser composto de quatro a oito pacientes e conduzido por dois terapeutas. O programa de tratamento deve ter em média 12 a 20 sessões. A eficácia do tratamento, neste estudo, foi avaliada pelos escores de Beck de depressão e ansiedade. Foram realizados três grupos que obtiveram resultados iniciais bons, demonstrando que a proposta de tratamento pode ser eficaz, sendo uma solução para lista de espera de pacientes em instituições públicas.

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental; depressão e tratamento em grupo.

Abstract

A proposal of treatment in group for depression. The objectives of the present article are: to describe the symptoms of depression, to explain the Cognitive Model, to propose a treatment in group and eventually show the obtained results. This treatment in group have structured sessions and the group should be composed from four to eight patients and conducted by two therapists. The average number of sessions in this program run from 12 to 20. Treatment effectiveness was evaluated by the scores of Beck for depression and anxiety questionnaire. Three groups were accomplished and obtained satisfactory initial results, demonstrating that the treatment proposal can be effective, becoming a solution for patients' wait in public institutions.

Key words: cognitive behavior therapy; depression and treatment in group.

A depressão clínica é bem diferente do declínio passageiro do humor, experimentado pela maioria das pessoas como reação normal à perda, e perturba muitos aspectos do funcionamento pessoal. Quando as pessoas se tornam clinicamente deprimidas, sentem-se tristes e frequentemente chorosas, são perturbadas por culpas e podem tornar-se mais facilmente irritáveis do que o normal. Quando a depressão está em seu ponto crítico, as pessoas podem perder a capacidade de reagir emocionalmente e achar que não há diferença entre sentimentos

bons e maus. Torna-se difícil aproveitar as atividades normais ou interessar-se por elas, a energia está baixa fazendo com que o esforço seja maior do que o de costume, sendo difícil concentrar-se ou lembrar do que foi lido ou dito. Dormir fica difícil, o apetite diminui, o desejo sexual desaparece, a desesperança cresce e pode levar a um desejo de morrer – a pensamentos suicidas.

A maioria das pessoas está familiarizada com um ou mais sintomas associados à depressão. Esses podem dividir-se em: sintomas

1. Endereço para correspondência: Marcia Hermolin, Rua Bulhões de Carvalho, 58/301, Copacabana - Rio de Janeiro - RJ - 22081-000. Fone: (21) 25221034.
e-mails: hermolin@iis.com.br; brange@zaz.com.br; patricia_rporto@hotmail.com

afetivos (desalento, falta de auto-estima, perda de gratificação, perda de vínculos, períodos de choro e perda de reação de alegria), de motivação (perda de motivação para executar uma série de atividades, baixo nível de atividades e desejo de suicídio), cognitivos (baixa auto-avaliação, expectativas negativas, culpar a si mesmo e criticar-se, indecisão e auto-imagem distorcida), fisiológicos (perda de apetite e do interesse sexual, distúrbios do sono e fadiga) e comportamentais (passividade, evitação e déficits sociais) (Rangé, 1998).

A “American Psychiatric Association” publicou em 1994 o *DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* que assim como o *DSM III-R*, não mais se refere a Transtornos Afetivos, mas a Transtorno do Humor. A principal característica deste grupo de transtorno é um distúrbio no humor, acompanhado de síndrome maníaca ou depressiva, total ou parcial, não relacionada a qualquer outro distúrbio físico ou mental. Os Transtornos do Humor são divididos em Transtornos Bipolar I e II, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo sem outra especificação.

Até recentemente, muito pouco era conhecido sobre o que acontecia com a depressão caso não fosse tratada. Hoje, considera-se que a maioria dos episódios de depressão não tratados dura de 6 a 24 meses. Entretanto a recaída é freqüente, e aproximadamente 15-20% das pessoas seguem uma evolução crônica. Por isso, o tratamento deve visar não só acelerar a recuperação do episódio atual, mas também manter as melhoras e, se possível, reduzir a probabilidade de recorrência. Essa preocupação tem estimulado o desenvolvimento de tratamentos psicológicos destinados a ensinar aos pacientes habilidades para o manejo da depressão.

O modelo cognitivo da depressão evoluiu a partir de observações clínicas sistemáticas e de testagem experimental de Beck (1967 e 1976). Esta interação das abordagens clínicas e experimentais permitiu o desenvolvimento progressivo do modelo e da psicoterapia dele derivada (Beck, 1976-1979). O modelo cognitivo postula três conceitos específicos para explicar o substrato psicológico da depressão: a tríade cognitiva, esquemas e erros cognitivos (processamento de informações falho). Esse modelo (ilustrado na Figura 1.; Fennell, 1989-1997) sugere que a experiência leva as pessoas a formar suposições ou concepções gerais sobre si mesmas e do mundo, as quais são usadas para se organizar a percepção e orientar e avaliar o comportamento. As suposições (ou esquemas) disfuncionais por si só não justificam o desenvolvimento da depressão clínica. O problema surge quando ocorrem incidentes críticos que se enredam no próprio sistema de crenças da pessoa. Desse modo, a crença de que o valor pessoal depende inteiramente do sucesso pode levar à depressão quando da ocorrência do fracasso. Uma vez ativadas, as suposições disfuncionais produzem um aumento repentino dos “pensamentos automáticos negativos”. Esses pensamentos podem ser interpretações de experiências atuais, previsões de eventos futuros ou lembranças de fatos do passado. Estes, por sua vez levam a outros sintomas da depressão, ou seja, comportamentais, motivacionais, afetivos, cognitivos e fisiológicos. À medida que a depressão se desenvolve, os pensamentos automáticos negativos tornam-se mais freqüentes e intensos, e mais pensamentos racionais vão sendo gradualmente forçados a desocupar a mente. Esse processo tem seu percurso facilitado pelo desenvolvimento de um humor deprimido, cada vez mais difuso, formando um círculo vicioso.

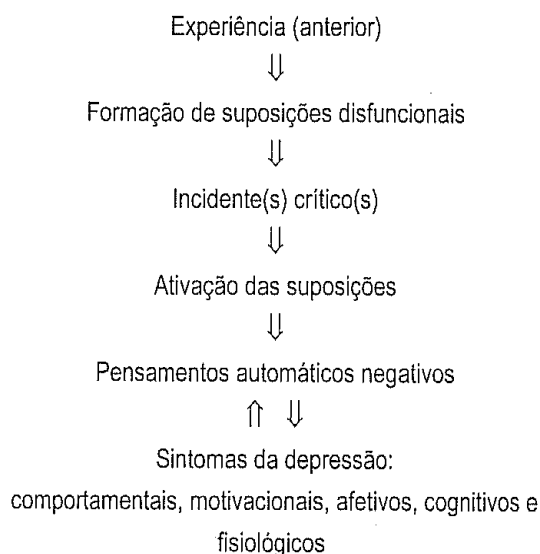


Figura 1. Modelo cognitivo da depressão (Fennell, 1989-1997).

Portanto, baseado no modelo cognitivo da Depressão de Aaron Beck, este estudo tem por objetivo apresentar uma proposta de tratamento em grupo para a depressão.

Método

Participantes. O tratamento em grupo que será apresentado foi realizado na Divisão de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Após terem passado pela triagem, foram selecionados na supervisão de equipe para participarem do grupo, somente aqueles pacientes que preenchiam critérios para depressão, segundo o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV. Foram selecionados oito participantes para o Grupo 1, sete participantes para o Grupo 2 e seis participantes para o Grupo 3. Após o primeiro contato, os grupos reduziram-se a: Grupo 1 composto por quatro participantes (dois homens e duas mulheres) com faixa etária variando de 30 a 50 anos; Grupo 2 composto por

4 participantes (3 mulheres e 1 homem) com faixa etária variando de 30 a 50 anos; o Grupo 3 composto de quatro participantes (2 mulheres e 2 homens) com faixa etária variando de 30 a 40 anos.

Procedimento. As sessões de grupo são estruturadas, orientadas a problemas e focalizadas. Os terapeutas tipicamente são bastante ativos — questionadores, desafiadores, exploradores e instrutivos. Os grupos devem ser compostos de quatro a oito participantes e conduzidos por dois terapeutas com contatos semanais de uma hora e cinquenta minutos. O programa de tratamento deve ter em média 12 a 20 sessões e os grupos devem ser fechados, ou seja, após o início do programa nenhum paciente a mais poderá participar. O conteúdo do programa é descrito a seguir, especificando-se as atividades e conceitos.

Sessão 1

- No início, pedir para que todos preencham o inventário de Beck de depressão.
- Nesta sessão, os terapeutas devem apresentar-se e cada membro do grupo também.
- Nesta sessão, é preciso estabelecer as regras básicas: 1) CONFIDENCIALIDADE, abordar o tema diretamente, solicitando que cada paciente concorde em relação aos direitos dos outros pacientes à privacidade. Uma diretriz geral é que todos os pacientes são livres para discutir suas próprias metas específicas, o progresso e os procedimentos que eles estão aprendendo com quem quer que eles escolham, mas que nenhum outro membro seja jamais identificado, nem quaisquer de suas preocupações mencionadas fora do cenário do grupo.

- É ainda importante avaliar e discutir as expectativas de cada um e se todos sentem-se bem em terapia de grupo.
- Como tarefa de casa, ler o Lidando com a Depressão.

Sessão 2

- No início da sessão distribuir o Beck.
- Nesta sessão, os membros do grupo devem falar um pouco do motivo da procura do tratamento. Deve-se ter o cuidado para que exista tempo suficiente para que todos se apresentem e falem um pouco do motivo da procura.
- Explicar o modelo cognitivo, utilizando exemplos citados na sessão 1. Duração da terapia, metas e funcionamento: preencher o inventário de Beck em todas as sessões, a importância em realizar as tarefas sugeridas, pontualidade, frequência, a agenda de cada sessão. Destacamos que, no início de cada sessão, é desejável estabelecer uma agenda flexível que permitirá aos pacientes e aos terapeutas visar áreas específicas para discussão. É útil consultar cada participante para obter sugestões a fim de que todos possam começar a sessão de grupo com algum tipo de participação ativa.
- Discutir o texto “Lidando com a depressão” – tirar dúvidas e extrair comentários dos pacientes.
- Discutir a regra nº 2) Noção de “FAZER A VOLTA”, uma frase que significa que o grupo concorda em estruturar seu tempo de tal modo que cada membro possa ter uma oportunidade para trazer uma de suas preocupações para discussão, que o grupo

pode permanecer com aquele tópico por tempo suficiente para atingir algum tipo de resolução e que contribuições serão buscadas ativamente de cada paciente que ainda não voluntariou comentários.

- Como tarefa de casa preencher o registro de atividades, para ter uma noção da distribuição de tarefas ao longo do dia de cada paciente, se o paciente está ativo e diz que não ou vice-versa. Estes dados são importantes para futuros experimentos, para utilizar como meio para saber se o paciente está funcionando conforme alguma ou algumas distorções cognitivas.

Sessão 3

- Preenchimento do Beck.
- Estabelecer agenda.
- Revisar estado desde a última sessão – fazendo com que cada paciente fale e que os outros participem de forma que, olhando o problema de fora, possam dar contribuições e facilitar a reestruturação cognitiva do outro e depois transferir para si (a mesma idéia de “se um amigo estivesse na situação e tivesse esse pensamento, o que eu diria para ele”).
- Discutir as preocupações individuais de cada paciente.
- Focalizar sobre treinamento de habilidades de auto-monitoração e/ou experimentos comportamentais.
- Revisar o estado desde a última sessão.
- Avaliar reação à sessão.
- Avaliar o registro de atividade de cada paciente, pedindo a colaboração dos demais.

- Tarefa de casa: para cada paciente será dado um experimento.

Sessão 4

- Preencher o inventário de depressão de Beck.
- Estabelecer agenda.
- Revisar estado desde a última sessão.
- Revisar o experimento da sessão anterior com cada paciente.
- Trabalhar com registro de pensamentos disfuncionais pedindo para que cada paciente relate uma situação em que houve mudança de humor com o objetivo de introduzir e trabalhar com os pensamentos automáticos. É importante que dê tempo de todos chegarem a uma situação e a um pensamento automático. Reforçar novamente a idéia do modelo cognitivo e tirar dúvidas quanto ao preenchimento destes três quadros do registro.
- Avaliar reação à sessão.
- Tarefa de casa: preencher durante a semana estes três quadros do registro, se houver alguma situação em que mudou de humor.

Sessão 5

- Preencher o inventário de Beck.
- Estabelecer agenda.
- Revisar estado desde a última sessão.
- Continuar a trabalhar com o registro de pensamentos disfuncionais. Tomar cuidado para avaliar se a emoção está compatível com o pensamento. Reforçar novamente a idéia do modelo cognitivo.

- Revisar a folha de registro feita em casa.
- Avaliar reação à sessão.
- Tarefa de casa: preencher novos RDPD (registro diário de pensamentos disfuncionais).

Sessão 6

- Preencher o inventário de Beck.
- Estabelecer agenda.
- Revisar estado desde a última sessão.
- Continuar a preencher os RDPD, explicando as evidências contra e a favor e solicitando que cada um pense nas suas evidências e que as escreva. Depois cada um irá expor o que fez para, se necessário, fazer correções. Após isto, explicar o pensamento alternativo e deixar que cada um tente fazer o seu. Se houver grande dificuldade, os terapeutas ajudarão e cada um falará para o grupo a sua conclusão. Para finalizar o preenchimento do registro, cada um irá colocar o grau da emoção após o pensamento alternativo.
- Revisar o RDPD feito em casa.
- Tarefas de casa: terminar de preencher o RDPD e realizar um experimento.

Sessão 7

- Preencher o inventário de Beck.
- Estabelecer agenda.
- Revisar estado desde a última sessão.
- Discutir sobre progressos atingidos até o momento da terapia para avaliar se os pacientes estão desqualificando suas conquistas.

- Discutir as crenças de Ellis/procurar identificar o que se aplica ao grupo.
- Rever as tarefas de casa anteriores.
- Avaliar reações à sessão.
- Tarefa de casa: Fazer uma lista cuidadosa das dificuldades que apresenta e o motivo destas dificuldades. Preencher RDPD se houver mudança de humor na semana.

Sessão 8

- Preencher o inventário de Beck.
- Estabelecer agenda.
- Rever estado desde a última sessão.
- Discutir a tarefa de casa com busca de soluções alternativas para cada dificuldade.
- Discutir crenças de Ellis/avaliar necessidade de cartão de enfrentamento.
- Avaliar reações à sessão.
- Tarefa de casa: fazer o experimento relacionado à lista discutida de cada paciente.

Sessão 9

- Preencher o inventário de Beck.
- Estabelecer agenda.
- Rever o estado desde a última sessão.
- Rever o experimento anterior.
- Discutir preocupações individuais/fazer role play.
- Discutir crenças de Ellis.
- Avaliar reação à sessão.
- Tarefa de casa: Fazer uma lista realista de metas e objetivos (procurar emprego, convidar alguém para sair, distribuir currículos, fazer um almoço para

meus filhos, telefonar para um amigo...) – curtograma e lista de desejos. Preencher RDPD.

Sessão 10

- Preencher o inventário de Beck.
- Estabelecer agenda.
- Rever estado desde a última sessão.
- Rever a tarefa de casa.
- Discutir progressos até o momento.
- Avaliar reação à sessão.
- Tarefa de casa: experimento relacionado à lista anterior (a realização da lista ou de 1 ou 2 tópicos da lista). Preencher RDPD.

Sessão 11 e 12

- Preencher o inventário de Beck.
- Estabelecer agenda.
- Rever estado desde a última sessão.
- Rever a tarefa de casa.
- Discutir expectativas referentes ao término do tratamento – se será necessária a continuação até 20 sessões ou não.
- Avaliar reação à sessão.
- Feedback do tratamento na última sessão – tanto dos pacientes quanto dos terapeutas.

Sessão 13

- Preencher o inventário de Beck.
- Estabelecer agenda.
- Rever estado desde a última sessão.
- Treinamento assertivo (quando necessário).
- Tarefa de casa: experimento.

Sessão 14

- Preencher o inventário de Beck.
- Estabelecer agenda.
- Rever estado desde a última sessão.
- Rever experimentos.
- Relaxamento muscular (quando necessário).
- Tarefa de casa: treinar relaxamento muscular.

Sessão 15

- Preencher o inventário de Beck.
- Estabelecer agenda.
- Rever estado desde a última sessão.
- Rever tarefa de casa.
- Discutir texto sobre prevenção de recaída.
- Tarefa de casa: experimentos.

Sessão 16

- Preencher o inventário de Beck.
- Estabelecer agenda.
- Rever estado desde a última sessão.

- Rever experimentos.
- Discutir progressos ou não da terapia e necessidade de continuar até a sessão 20.
- Encorajamento para seguirem sozinhos a partir de agora.

Resultados

Com o objetivo de avaliar a eficácia do tratamento proposto, observou-se os resultados obtidos através dos escores dos inventários de Beck de ansiedade e de depressão. Além desta análise quantitativa, foi feita uma análise qualitativa baseada na impressão clínica dos terapeutas, conforme os critérios diagnósticos do DSM-IV.

Os resultados iniciais demonstram que esta proposta de tratamento pode ser eficaz. Vale ressaltar que a análise do gráfico do grupo 1 sinaliza um pico nas semanas 13 e 14, no escore do inventário de Beck de ansiedade, justificado pela proximidade do término do tratamento.

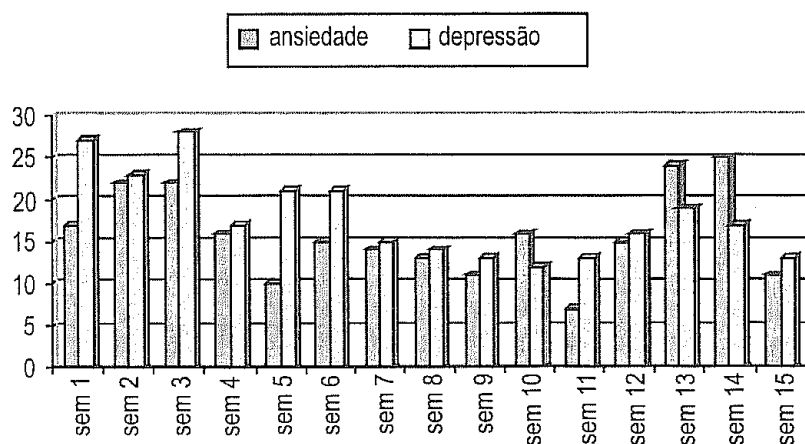


Figura 2. Relação entre os níveis de ansiedade e depressão segundo o inventário de ansiedade e depressão de Beck e as semanas de tratamento em grupo do Grupo 1.

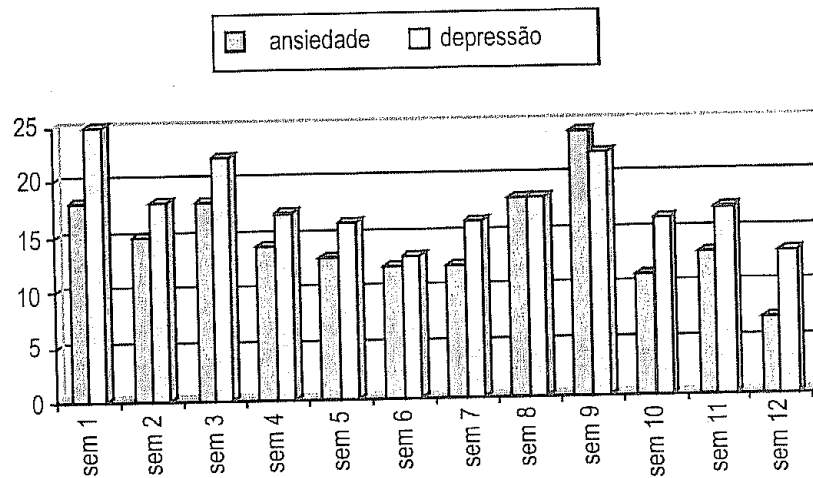


Figura 3. Relação entre os níveis de ansiedade e depressão segundo o inventário de ansiedade e depressão de Beck e as semanas de tratamento em grupo do Grupo II.

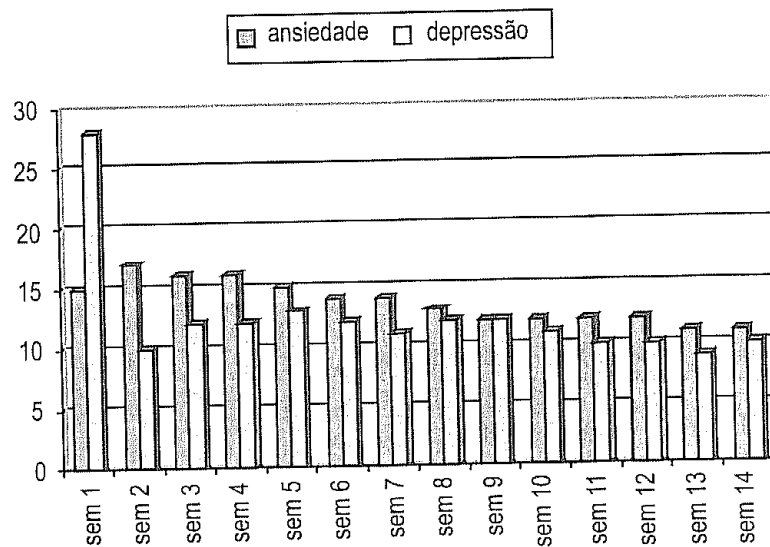


Figura 4. Relação entre os níveis de ansiedade e depressão segundo o inventário de ansiedade e depressão de Beck e as semanas de tratamento em grupo do Grupo III.

Concluimos que existem evidências crescentes de que a terapia cognitiva é um tratamento eficaz, de curto prazo, para pacientes ambulatoriais com depressão. A terapia ensina os pacientes a evocar seus pensamentos automáticos e esquemas primitivos mal-adaptados. Essas cognições são “postas à prova” e reestruturadas. Assim, os pacientes começam a

ver-se e aos seus problemas mais realisticamente, sentem-se melhor, mudam seus padrões de comportamento mal-adaptados e dão passos para resolver as dificuldades da vida real.

A proposta de tratamento em grupo demonstrou ser eficaz, apresentando resultados satisfatórios, apesar da amostra ter sido pequena.

Esperamos que esse resultado inicial possa vir a encorajar outros estudos principalmente em Instituições Públicas onde a demanda de atendimento é grande e o número de vagas é pequeno e o tratamento em grupo pode ser uma alternativa, uma vez que as tentativas iniciais foram promissoras o suficiente para apoiar experimentação clínica e refinamentos adicionais. Dessa forma, esta proposta de tratamento em grupo pode tornar-se uma solução para a lista de espera de pacientes com Depressão nessas instituições.

O próximo passo em continuação a este trabalho será aumentar a amostra.

Referências

- Beck, A.T.; Ward, C.H. e Mendelson, M. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archival of General Psychiatry*, 4, 561-1
- Beck, A.T.; Shaw, B.F. e Emery, G. (1979-1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, J.S. (1976-1997). *Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fennell, M.J. (1989-1997). Depressão. In: K. Hawton; P.M. Salkovskis; J. Kirk e D.M. Clark (org.). *Terapia Cognitivo-Comportamental para problemas psiquiátricos-um guia prático*. (Trad. A. Camparelli, com revisão técnica de V. Tess e B. Rangé). São Paulo: Martins Fontes.
- Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV, (1994-1995). (Trad. D. Batista). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rangé, B. (org.) (1998). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos*. Campinas: Editora Psy.