

ARTIGO ORIGINAL

Comportamento depressivo: um estudo de caso sobre as intervenções nas contingências mantenedoras*Depressive behavior: a case study on the maintaining contingencies of the repertoire through behavioral cognitive therapy*Rejane Ramos Cruz¹, Iran Johnathan Silva Oliveira², Hiara de Bodas Lopes³, Thiago Ferreira Araújo⁴**RESUMO**

Introdução: A avaliação cognitiva de um indivíduo sobre um acontecimento é o que determina o tipo de resposta que será dada na forma de cognições e comportamentos. A Terapia Comportamental Cognitivo (TCC) auxilia o indivíduo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias para o seu repertório comportamental. **Objetivo:** Analisar as contingências mantedoras do repertório comportamental depressivo. **Material e métodos:** Foram utilizados os procedimentos da Terapia Comportamental Cognitiva, tais como diários de Registros de Comportamentos, Hiperventilação, Controle Respiratório e Educação sobre a Ansiedade; Pizza da vida; técnica de relaxamento autógeno e foi feito também o Questionamento Sócrático. A participante foi uma pessoa do sexo feminino, 33 anos de idade, casada, ensino superior completo, de nível socioeconômico médio alto, diagnosticada com classificação F32.9, conforme CID-10 e com histórico de tentativas de suicídio. O processo terapêutico consistiu em cinco

fases: Linha de Base, Intervenção I, Avaliação Pós-Férias, Intervenção II e Avaliação Final, com duas sessões semanais, tendo duração de 50 minutos. **Resultados:** As contingências mantedoras do repertório comportamental depressivo foram: dependência do evento que culminou o desencadeamento da depressão, a visão negativa do futuro e o processo que corre na justiça a respeito de seu trabalho favorecendo a construção de crenças negativas. As técnicas comportamentais e cognitivas constituíram uma possibilidade concreta na aprendizagem de novos repertórios. **Conclusão:** Concluída a fase de estudo e intervenção, pôde-se afirmar que as modificações comportamentais apresentadas pela participante no processo possibilitaram aprendizagem de novos repertórios assertivos, em substituição às contingências mantedoras do comportamento depressivo, e controle da ansiedade.

Descritores: Depressão. Psicologia. Terapia Comportamental..

ABSTRACT

Introduction: An individual's cognitive assessment of an event is what determines the type of response that will be given in the form of cognitions and behaviors. Cognitive Therapy (CT) helps the individual to learn new strategies to act in the environment in order to promote necessary changes to their behavioral repertoire. **Objective:** To analyze the maintaining contingencies of the behavioral repertoire. **Material and methods:** Cognitive Therapy procedures were used, such as Behavioral Records diaries; Hyperventilation, Respiratory Control and Anxiety Education; Pizza of life; Autogenic Relaxation Technique and the Socratic Questioning was also made. The participant was a 33-year-old female, married, fully educated, with a high socioeconomic level, diagnosed as F32.9 according to ICD-10 and with a history of suicide attempts. The therapeutic process consisted of five phases: Baseline, Intervention I, Post-Vacation Evaluation, Intervention II

and Final Evaluation, with two weekly sessions, lasting 50 minutes. **Results:** The maintaining contingencies of the depressive behavioral repertoire were: dependence on the event that culminated in the onset of depression, the negative vision of the future and a court case about her job favoring the construction of negative beliefs. Behavioral and cognitive techniques were a concrete possibility in learning new repertoires. **Conclusion:** After completing the study and intervention phase, it was possible to affirm that the behavioral modifications presented by the participant in the process made possible the learning of new assertive repertoires, replacing the maintaining contingencies of the depressive behavior, and anxiety control.

Descriptors: Behavior Therapy. Depression. Psychology.

¹ Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário UnirG. Psicóloga na Secretaria Municipal de Educação de Peixe-TO. E-mail: rrc.psi@hotmail.com

² Graduado e Mestre em Psicologia pela PUC-GO. Docente do Curso de Psicologia do CEULP ULBRA - Palmas. Docente Efetivo do Centro Universitário UnirG. E-mail: iranjsoliveira@hotmail.com

³ Pós graduanda em Psicologia Clínica: Avaliação e Intervenção – Centro Universitário UnirG. E-mail: hiarabodas@hotmail.com

⁴ Pós Graduando em Psicologia Clínica: Avaliação e Intervenção – Centro Universitário UnirG. E-mail: thiago_araujo_@hotmail.com

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Hiara de Bodas Lopes. Endereço: Rua Santana, nº 213, Ap. 1. Bairro Waldir Lins, Cep 77402-020. Gurupi-TO.
E-mail: hiarabodas@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A depressão está em evidência em âmbito mundial, tornando-se temática na área da saúde pública e no contexto clínico. Segundo a Organização Mundial de Saúde “nos próximos anos, a depressão deve se tornar o transtorno mais comum do mundo, afetando mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde, incluindo câncer e doenças cardíacas”.¹

O ser humano apresenta flutuações do afeto em resposta a situações em seu cotidiano. Como resposta a vicissitudes da vida, os sentimentos de tristeza, frustração e desânimo são frequentes. As pessoas costumam, normalmente, experimentar uma larga variedade de expressões afetivas e algumas dessas respostas afetivas podem assumir um caráter inadequado ou desadaptativo, seja em relação à intensidade, duração ou circunstâncias desencadeadoras, caracterizando, desta forma, a ocorrência de um transtorno de humor e/ou afetivo.²

Nos últimos vinte anos, estudos foram realizados sobre eficácia de tratamentos para depressão, tais pesquisas propiciaram suportes empíricos para procedimentos interventivos que contribuíram para a diminuição e a remissão dos sintomas depressivos. Dentre tais práticas encontram-se a psicoterapia Comportamental Cognitivo.³

A Terapia Comportamental Cognitivo (TCC) centra-se nos problemas que estão sendo apresentados pelo cliente no momento em que este procura a terapia, sendo que seu objetivo é leva-lo a adquirir novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias para o seu repertório comportamental.²

De acordo com o tema em questão, surge como problemática: Quais as contingências mantenedoras do repertório comportamental depressivo? Pois Bahls e Navolar² argumentam que o mundo é considerado como constituinte de uma série de eventos que podem ser classificados como neutros, positivos e negativos, no entanto, a avaliação cognitiva que o sujeito faz destes acontecimentos é o que determina o tipo de resposta que será dada na forma de cognições e comportamentos.

Desta forma, a TCC dá ênfase aos pensamentos do cliente e a forma como este interpreta o mundo, é uma abordagem eficaz fundamentada na modificação do pensamento, crenças e esquemas.²

Com isso objetivou-se propor um estudo de caso sobre o comportamento depressivo utilizando a psicoterapia Comportamental

Cognitiva com suas respectivas técnicas visando relatar as contingências mantenedoras do repertório comportamental depressivo e assim identificar as possíveis condições que levaram o indivíduo ao estado depressivo, sobretudo, intervindo nessas classes de comportamento.

MATERIAL E MÉTODOS

O referido trabalho se deu através do Método de Estudo de caso clínico centrado na pesquisa descritiva e que estrutura-se nos moldes de uma pesquisa qualitativa, pois, visa favorecer conhecimentos para serem replicados em situações semelhantes, baseando-se na Análise de Contingência ou Análise Funcional, que se refere à relação de dependência estabelecida entre as variáveis condicionantes e o evento, na solução de problemas específicos. Sendo aprovado e autorizado pelo comitê de ética de pesquisa do Centro Universitário UNIRG, o qual tem o processo nº. 0135/2011.

Sujeito da pesquisa

A participante Any (nome fictício), 33 anos à época do estudo, casada, ensino superior completo, de classe média alta. Terceira filha de uma prole de quatro irmãos. Pai falecido de Diabetes Mellitus e a mãe diagnosticada com problemas cardíacos. Residia com o marido. Quando chegou para o tratamento fazia o uso da seguinte farmacoterapia: Seroquel® 30mg (Fumarato de Quetiapina) e Mirtazapina 30mg. E no decorrer do tratamento psiquiátrico houve a mudança dos fármacos para: Rivotril® 2mg (Clonazepan) e Alenthus X R® 75mg (Cloridrato de venlafaxina).

A história vital do sujeito participante desta pesquisa, obtida com o auxílio do Questionário de História Vital de Lazarus⁴, é apresentada na Tabela 1.

Materiais e ambiente

O atendimento terapêutico foi realizado no consultório padrão do Serviço Escola de Psicologia do Centro Universitário UNIRG (SEPSI) do Município de Gurupi – TO. Foram utilizados instrumentos diagnósticos e de avaliação, tais como: Questionário de História Vital⁴; (BAI, BSI, BDI, BHI) da Bateria de Beck⁵, som, notebook, impressora, papel, caneta e papel cartão, além dos Diários de Registros de Comportamentos.⁶

Procedimentos

A participante foi diagnosticada com Transtorno do Humor Depressivo por um psiquiatra, teve um encaminhamento para

atendimento psicológico no SEPSI, sendo submetida a triagem e posteriormente encaminhada aos atendimentos psicoterápicos. Foram realizadas duas sessões semanais, com duração de 50 minutos cada. O processo terapêutico consistiu em cinco fases: Linha de Base, Intervenção I, Avaliação Pós-Férias, Intervenção II e Avaliação Final.

A Linha de Base compreendeu a fase inicial, ocorrendo entre a 1ª e 4ª sessões. Nela, foi estabelecido o *rapport*, visando à qualidade da relação terapêutica, em seguida foi feita a entrevista inicial com a participante, tendo em vista a obtenção de dados sobre suas queixas, assim como suas demandas; foi estabelecido o contrato terapêutico; houve a explicação dos procedimentos da abordagem TCC, dos objetivos, das técnicas e do trabalho cooperativo.

Ainda na linha de base, a fim de obter maiores informações sobre a participante, foi entregue, como tarefa de casa, o Questionário de História Vital de Lazarus⁴, visando pesquisar amplamente sua história de vida. Solicitou-se a descrição do seu modo de se comportar via Diário de Registro de Comportamento⁶. Pediu-se uma Carta à Terapia, com o intuito de pesquisar seus objetivos em relação à terapia, tendo como destinatário à terapia relatando o que se espera e quais as suas intenções para com a mesma.

Adiante, se deu a aplicação dos seguintes testes da Bateria de Beck⁵: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI); A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI); Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Desesperança (BHS). A duração de aplicação dos testes citados acima foi de uma sessão de atendimento.

Além disso, foram utilizados os Diários de Registros de Comportamentos com o objetivo de possibilitar a monitoração e auto monitoração por parte do terapeuta e da participante, respectivamente⁶. Este diário foi entregue ao final da cada sessão para que a participante no decorrer da semana descrevesse as situações desconfortantes que aconteceram.

A segunda fase, ou seja, a Intervenção I foi desenvolvida da 5ª a 7ª sessão. Nela, foram aplicadas as técnicas da TCC, selecionadas logo após a coleta de dados (Linha de Base). As técnicas: Diários de Registros de Comportamentos⁶ que teve objetivo evidenciar os comportamentos inadequados para a cliente e modela-los; Hiperventilação, Controle Respiratório e Educação sobre a Ansiedade⁷ que visava melhor compreensão por parte da cliente em relação a ansiedade e seus sintomas para aquisição de recursos e manejo da mesma; Pizza da vida⁸ buscou ressaltar as prioridades da cliente e qual a correlação disso com seus comportamentos; técnica de relaxamento autógeno⁹ teve como finalidade promover

relaxamento na cliente frente a situações estressoras, promovendo melhor adesão ao tratamento; e foi feito também o Questionamento Sócrático⁸ teve como objetivo ajudar a cliente a reconhecer e modificar os pensamentos não adaptativos e estimular a curiosidade e o desejo de inquirir da cliente. É importante ressaltar que uma nova técnica só foi incluída quando a participante já detinha domínio sobre a técnica anterior.

A finalização da fase II deu-se com o estabelecimento de um Programa de Férias, uma vez que, o Serviço Escola de Psicologia, na qual este estudo foi realizado, suspendeu suas atividades em função de recesso acadêmico. As instruções que contaram do Programa de Férias montado para Any (nome fictício); "Este é um Programa que precisa ser feito com muito comprometimento e dedicação. Você deve fazer: a) Controle respiratório – 10 sessões ao dia, seguindo instruções já entregues (para o controle da sua ansiedade); b) Sempre que sentir ansiedade exacerbada investigue o que ocorreu imediatamente antes de sentir-se ansiosa. Faça o registro; c) Realizar atividades de quebra de rotina, geradoras de prazer, tais como: fazer caminhadas (duas vezes na semana, das 17:00h às 18:00h); d) Registro da verificação do humor (todos os dias); e) Três elogios (semanas alternadas); f) Diário de Registro de Comportamento (toda vez que ocorrer uma situação que lhe trouxer desconforto); g) Carta à terapia (dizendo, como estava antes da terapia e o que já aprendeu com a terapia). Essa carta deve ser feita ao final do período de férias, para ser trazida na primeira sessão.

A terceira fase compôs-se da Avaliação Pós-Férias. Ela ocorreu entre a 8ª e a 10ª sessão. Quando foi desenvolvido o acolhimento da participante; feita a checagem de novas demandas; investigada se houve adesão ao Programa de Férias; realizadas as reaplicações da Bateria de Beck⁵ e aplicação ISSL¹⁰, com a finalidade de obtenção de dados para comparação com as fases anteriores e posteriores a esta, além de favorecer a definição da quarta fase, ou seja, o delineamento da Intervenção II.

A Intervenção II ocorreu entre a 11ª e 22ª sessões. Nessa fase foram aplicadas as seguintes técnicas: Análise Funcional¹¹; Diários de Registros de Comportamentos⁶; Questionamento Sócrático⁸; Cartas Não-Enviadas⁸. Estabelecimento de quinze estratégias para executar quando estiver sozinha, Plano antissuicídio.¹²

Já a última fase, a Avaliação Final, compreendeu-se a 23ª a 24ª sessões. Nesta, foram reaplicados os inventários da Bateria de Beck⁵, tendo em vista a análise e comparação de

todos os dados obtidos nas duas fases do participante quanto às suas queixas e anteriores. Também foi obtido o feedback verbal demandas.

Tabela 1 História Vital de Any conforme as fases do desenvolvimento.

Gestação (0 a 9 meses)	No primeiro trimestre sua mãe não tinha apetite e a barriga era muito pequena. No segundo trimestre sua mãe trabalhou muito. Nasceu prematura de 8 meses, sua mãe teve um parto grave e quase chegou a óbito.
Infância (0 a 11 anos)	Era muito espontânea, feliz, começou a ler e sempre brincava de ser bancária. Durante a sua infância ocorreu enurese noturna e roía as unhas. Considera a sua saúde durante a infância como excelente.
Adolescência (12 a 18 anos)	Houve o nascimento do irmão caçula e suas irmãs mais velhas se casaram e tiveram filhos. Começou a trabalhar (Lecionar) por incentivo de sua mãe. Durante a adolescência teve várias crises de asma, muitas cólicas e cefaleias. Classifica a sua saúde na adolescência como ruim.
Juventude (19 a 29 anos)	Concluiu a faculdade de pedagogia que era o sonho de sua mãe, comprou seu 1º carro, se casou, foi promovida no trabalho e transferida para outro estado.
Vida adulta	Começou a apresentar estados emocionais negativos em decorrência às pressões do trabalho, no que culminou em duas tentativas de suicídio. Desenvolveu depressão e tendinite. Passou por atendimento psiquiátrico.

Fonte: Dados da Pesquisa. Elaboração dos autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Any em sua Carta à Terapia, quando de sua 2ª sessão, em suas palavras adverte que “lamento procurar de forma tardia a psicoterapia, que se tivesse procurando antes não teria chegado a esse ponto. Espero que com as sessões terapêuticas eu venha apreender atitudes e posturas positivas para enfrentar as situações nas quais me geram mal-estar, sentimentos de incapacidade e falta de gosto pela vida”.

Segue o diálogo sobre o fragmento da Carta à terapia:

“– A que ponto você se refere Any?

– As minhas duas tentativas de suicídio esse ano.

– Por que somente agora, Any, recorreu a psicoterapia?

– Porque realmente percebi que não dava mais pra esperar.

– Quando, Any, você fala que não dava mais pra

esperar, o que isso significa para você?

– Que as sessões de terapia irá me ajudar a superar essa situação difícil para eu não ter que tentar o suicídio. Acredito que irei aprender uma nova forma de me comportar.

– Quando você fala que com as sessões irá aprender novas formas de se comportar. O que quer dizer com isso, Any?

– Que eu venha saber lidar com situações difíceis e, principalmente, com pessoas de má índole”.

O fragmento da Carta, assim como o diálogo terapêutico apresentam a discriminação da participante quanto à necessidade do tratamento psicológico para a obtenção de atitudes e posturas positivas, bem como seu desejo junto à psicologia de aprender novos comportamentos assertivos.

Com isso, inicialmente, utilizou-se a técnica da Pizza da Vida, em que Any foi instruída a traçar os papéis que exercia em sua vida atualmente, e em seguida dividi-los em um pedaço para cada papel que exercia, como na divisão de uma pizza (Figura 1).

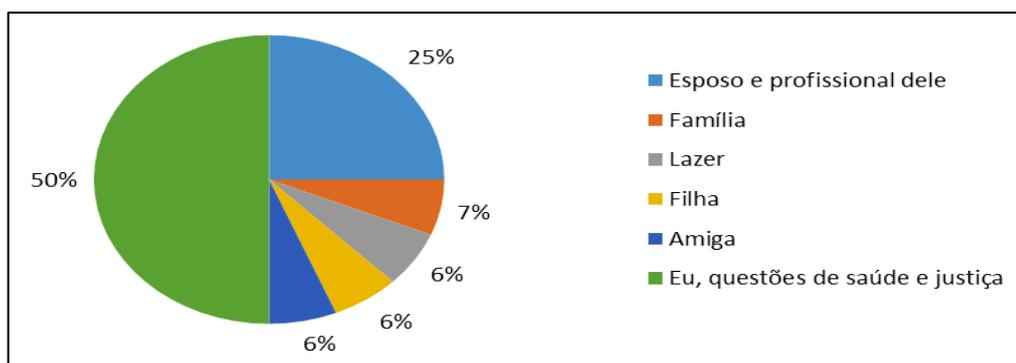


Figura 1 Demonstração dos papéis exercidos pelo sujeito utilizando-se a técnica de Pizza da Vida.

Prossegue o Fragmento do Diálogo sobre a Pizza da vida:

“– Any, ao observar este desenho, da pizza, como você definiria sua vida?

– Desequilibrada e desorganizada.

– Que sentimentos isso te remete, Any?

– Impotência, tristeza.

– Você consegue imaginar como será sua vida daqui uns anos?

– (Choro) Não sei se vou conseguir superar isso, ou se algum dia isso irá passar. Me sinto muito impotente diante dos fatos.

– Any, pelo que pude perceber, você não está impotente, você está lutando, buscando ajuda, o que pode estar lhe faltando é mover mais forças para seguir em frente e ter pensamentos positivos para a superação deste fato. Estou certa?

– É verdade.”

Conforme Britto¹³ o estado emocional negativo induzirá outros comportamentos negativistas, seja do tipo linguístico-cognitivo, isto é, de falar, do pensar, como também a nível sensorio-motor, ou seja, do sentir e do agir.

Portanto, neste fragmento percebe-se o engajamento da participante na psicoterapia, na medida em que esta percebeu “uma luz no fundo do túnel” quando foi reconhecida como uma pessoa com potencialidades para, ativamente, buscar e atingir mudanças desejadas, mesmo que certas circunstâncias dificultem seu acontecimento.

Wainer, Pergher e Piccoloto¹⁴ dizem que em relação à psicoeducação o indivíduo deve receber informações sobre os transtornos diagnosticados. É preciso que fique claro que da mesma forma que seus sintomas foram construídos, eles podem ser reconstruídos.

Com isso, aplicou-se a técnica do manejo da ansiedade, onde foi feito a hiperventilação para ativar as respostas do SNAS (Sistema Nervoso Autônomo Simpático), em que Any foi indagada sobre os eventos internos e externos ativados pelo SNAS.

Segue parte do inquérito científico sobre a hiperventilação:

“– Agora eu quero que você se volte para seu corpo e observe o que você está sentindo.

– Mal estar, estou zozna, boca seca...

– Quais pensamentos que te vieram á cabeça, Any?

– Não vou conseguir!

– Que tipo de sentimento esses pensamentos geraram em você?

– Medo.

– Como o seu corpo reagiu a esta técnica, Any?

– Senti tremor, dormência, formigamento, boca seca, vertigem, sensação de desmaio, falta de ar, tontura e sudorese”

Logo após o inquérito, foi feito Controle Respiratório para ativar as respostas do SNAP (Sistema Nervoso Autônomo Parassimpático) equilibrando as funções orgânicas, e em seguida foi feita a educação sobre a ansiedade.

Na depressão, o fluxo de pensamento automático é determinado por um sistema de crenças já estruturado de maneira desadaptativa, tornando aquele nível mais superficial de cognições também disfuncional. Temos então, pensamentos automáticos negativos carregados, os quais interpretam, sistematicamente, os dados objetivos de maneira pessimista. O que acaba havendo, portanto, é uma série de erros de pensamento, que acabam por distorcer a realidade segundo um viés depressivo.¹⁴

O diário de registro de crenças, elaborado por Any, é apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 Registro de crenças, segundo o sujeito participante da pesquisa.

Crenças	Registro de Any
I	“Não darei mais aula Atuar como pedagoga”.
II	“Terei mais dificuldades de confiar nas pessoas”.
III	“Não acredito em amizades sem interesses”.
IV	“A palavra de um homem sem caráter não vale de nada”.
V	“As promessas mais reais, podem não serem cumpridas, quando não forem mais convenientes para uma das partes”.
VI	“Não vale a pena tanto esforço para quem só se vê, egoísta”.
VII	“Trabalhar com pessoas despreparadas e desequilibradas é um risco e perda de tempo”.
VIII	“As pessoas têm valores instáveis, de acordo com o interlocutor”.
IX	“A inveja existe”.

Segue o Fragmento do Questionamento Socrático sobre as crenças:

“– Any, o que é necessário para se obter algo?

– É preciso se esforçar, trabalhar para conseguir, fazer as coisas certas.

– Quando você se esforça e consegue obter o item desejado, como se sente?

–Tenho sentimento de satisfação, dever cumprido.

– Em um trabalho em equipe, o que deve ser feito para se alcançar o objetivo desejado?

– Todos devem fazer a sua parte, se dedicar, trabalhar juntos.

– E quando uma pessoa do grupo é egoísta, todos do grupo devem parar de se esforçar para conseguir o objetivo?

– Não!!! Devemos seguir em frente, fazendo o que deve ser feito para conseguir, o objetivo é da equipe.

– E quando a equipe consegue seu objetivo mesmo sem a ajuda desta pessoa egoísta, qual seria o seu sentimento ao fazer parte dessa equipe?

– Sentimento de vitória.

– E essa vitória foi alcançada por causa da pessoa egoísta, que não ajudou?

– Não.

– Foi devido a que então, Any?

– Foi devido aos outros da equipe que trabalharam e se esforçaram para conseguir o objetivo desejado.

– E por qual motivo você escrevera que não vale a pena tanto esforço, quando se trabalha com pessoas egoístas?

– É isso pra mim não faz sentido. Quando escrevi minhas crenças, não parei para refletir se elas demonstrariam meus reais valores e se era o que eu realmente acreditava”.

Com o questionamento socrático foi feita a reestruturação da crença da participante, levando-a a refletir sobre a crença que escrevera, uma vez que tal técnica foi utilizada na tentativa de fazer com que a cliente se envolvesse no processo de aprendizagem, ao invés de fazer apenas uma apresentação didática dos conceitos de terapia.

No plano antissuicídio foi desenvolvido intervenções personalizadas para a cliente, como, por exemplo, a elaboração de uma lista de motivos para viver. Em que a participante teve que discriminar o que ou quem, e o porquê. Precauções de segurança na qual a participante se comprometera a entrar em contato com o terapeuta caso fosse executar o suicídio e deixar a medicação aos cuidados do marido.

Na técnica de Reatribuição, a participante desenvolveu uma maneira mais razoável de ver a situação (Figura 2).

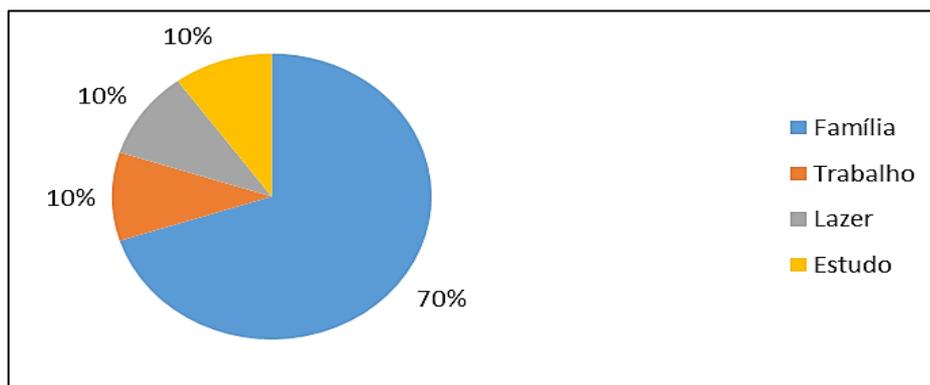


Figura 2 Reatribuição dos papéis exercidos pelo sujeito utilizando-se a técnica de Pizza da Vida.

A técnica da reatribuição funcionou rapidamente e ajudou a reduzir a desesperança, visto que é uma técnica que tem por objetivo possibilitar o cliente a modificar seus pensamentos negativos através da identificação de eventos que eram interpretados como situações aversivas.

Entre outros itens de seu plano antissuicídio, Any afirma que:

“– Não me permitirei dedicar nada do meu tempo á depressão. Vou desenvolver as demais áreas de minha vida que fazem com que viver valha a pena.

Os resultados dos testes de Beck⁵ são apresentados e discutidos a seguir.

Inventário de Depressão de Beck – BDI: Em consenso com a Figura 3, na fase inicial Any alcançou escore 37, indicando nível grave de depressão; na Avaliação Pós-Férias obteve-se um aumento para 42. Já na Avaliação Final o

escore caiu para 34, portanto, nível moderado de Depressão.

Inventário de Ansiedade de Beck – BAI: Na fase inicial, Any atingiu o escore 40 (Figura 3), indicando nível grave de ansiedade; na Avaliação Pós-Férias aumentou para 47, permanecendo no nível grave. Já na Avaliação Final o escore caiu para 36, contudo, continuando no nível grave de ansiedade.

Escala de Desesperança – BHS: De acordo com a Figura 3, na fase inicial Any obteve o escore 5, indicando nível leve de desesperança; na Avaliação Pós-Férias alcançou um aumento de 13. Logo, na Avaliação Final o escore caiu para 9, sugerindo nível moderado de desesperança.

Escala de Ideação Suicida – BSI: Conforme a Figura 3, na fase inicial Any alcançou escore 18 indicando ideações suicidas; na Avaliação Pós-Férias obteve-se um aumento para 31. Já na Avaliação Final, o escore caiu para 22.

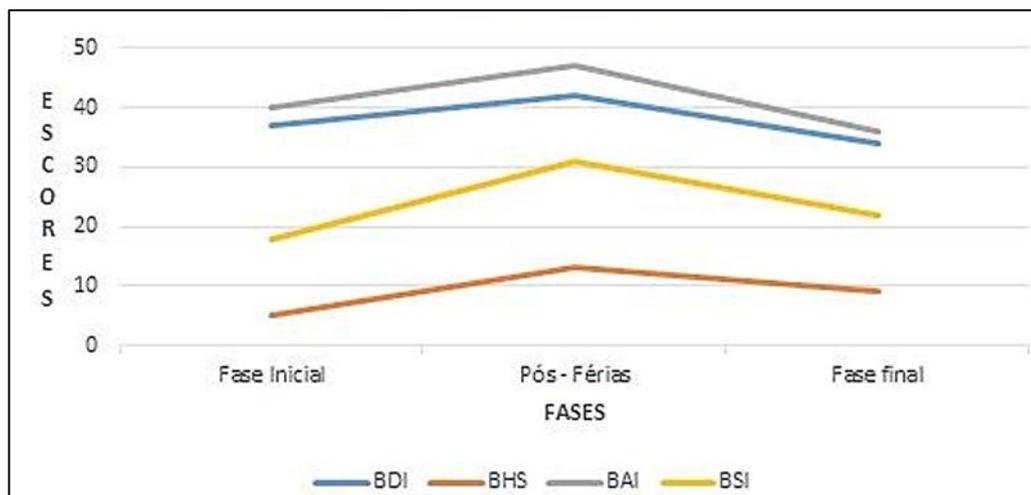


Figura 3 Resultados dos testes da bateria de Beck.

Com a Bateria de Beck⁵ foi possível investigar a topografia e a intensidade dos comportamentos-problema de Any quanto à ansiedade, ideações suicidas, depressão e desesperança. Na Fase Inicial, a participante apresentou ansiedade exacerbada, fortes indicativos de ideação suicida, alto nível de depressão e stress na fase de quase exaustão. Já na Fase Pós-Férias, houve um aumento na intensidade dos comportamentos problemas. Isso se deve a explicação do tempo que perdurou sem psicoterapia por causa do recesso do Serviço escola de Psicologia. Contudo, Any em sua carta pós-férias confirmando a descrição acima, descreve que “a falta de terapia foi um retrocesso”. Entretanto, na avaliação final teve um declínio considerável dos mesmos e desta maneira constatou-se relação entre os resultados das escalas BECK, uma vez que a desesperança favorece as ideações suicidas, podendo levar ao suicídio.

Desta forma, foi possível perceber uma correlação por parte da cliente em relação aos possíveis sintomas depressivos, a percepção pessimista das perspectivas futuras e o processo que tramita judicialmente em função de seu trabalho, favorecendo a construção de crenças negativas que influenciavam diretamente no repertório comportamental da mesma.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo apontam as seguintes contingências mantenedoras do repertório comportamental depressivo: dependência do evento que culminou o desencadeamento da depressão, a visão negativa do futuro, o processo que corre na

justiça a respeito de seu trabalho favorecendo a construção de crenças negativas. Este estudo utilizou-se das Técnicas de Modificação do Comportamento da TCC para o controle do mesmo, em que a participante obteve aprendizagem de novos repertórios assertivos em substituição as contingências mantenedoras do comportamento depressivo e controle da ansiedade. Importante ressaltar que, deste modo, os resultados aqui discutidos sugerem o alcance dos objetivos propostos por este estudo. Porém, seria imprescindível que Any continuasse no processo terapêutico, para manutenção dos resultados alcançados, bem como para intervenção em outras classes de comportamentos conflituosas em seu repertório.

REFERÊNCIAS

1. Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. Rev. Bras. Psiquiatr. 2003; 25(2): 114-22.
2. Bahls SC; Navolar ABB. Terapia Cognitivo-Comportamentais: Conceitos e Pressupostos Teóricos. Rev Eletrônica Psicol [periódico na internet] 2004 [acesso em 15 jun 2011]; 4:1-11. Disponível em: http://necpar.com.br/uploads/material/390_terapia_cognitiva_bahls.pdf
3. Baptista MN, Berberian AA, Marín Rueda FJ, Mattos RMCB. Eficácia de Intervenções Psicoterápicas no Tratamento de Depressão. Psic: revista da Vetor Editora. 2007; 8(1): 77-88.

4. Lazarus AA . Terapia multimodal do comportamento. 2. ed. São Paulo: Manole; 1980.
5. Cunha JA. Manual de versão em português das escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora; 2001.
6. Bueno GN; Britto IAGS. Graus de ansiedade no exercício do pensar, sentir e agir em contextos terapêuticos. In: Brandão MZS, Conte FCS, Brandão FS, Ingberman IK, Moura CB, Silva VM et al. (Orgs.). Sobre comportamento e cognição: Clínica, pesquisa e aplicação. 1ªed. Santo André: ESETec, 2003, p. 169-89.
7. Bueno GN; Ribeiro ARB; Oliveira IJS; Alves JC; Marcon RM. Tempos Modernos versus Ansiedade: aprenda a controlar sua ansiedade. In: W. C. M. P. SILVA (Org.) Sobre Comportamento e Cognição: Análise comportamental aplicada. 1ªed. Santo André: ESETec. 2008, p. 341-52.
8. Abreu CN; Guilhardi HJ. Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: Práticas clínicas. 1ª ed. São Paulo: Rocca, 2004.
9. Schultz JH. Treinamento Autógeno. 10ª ed. São Paulo: Manole,1991.
10. Lipp MEN. Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
11. Skinner BF. Ciência e Comportamento Humano. Tradução organizada por Todorov JC & Azzi R. 11ª ed. São Paulo: Martins Fontes Editora, 2003.
12. Wright JH et al. Terapia Cognitivo-Comportamental para Doenças Mentais Graves. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
13. Britto IAGS. A depressão segundo o modelo do Behaviorismo psicológico de Arthur Staats. In: Brandão MZS, Conte FCS, Brandão FS, Ingberman IK, Moura CB, Silva VM et al. (Orgs.). Sobre comportamento e cognição: Clínica, pesquisa e aplicação. 1ªed. Santo André: ESETec, 2003, p. 60-8.
14. Wainer R; Pergher GK; Piccoloto NM. Terapia Cognitivo-comportamental das Depressões. In: Caminha R, Wainer R, Oliveira M, Piccoloto N. (Eds.). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Teoria e prática. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 61-85.