

Terapia cognitivo-comportamental para depressão com sintomas psicóticos: Uma revisão teórica

Cognitive behavioral therapy for depression with psychotic symptoms: a theoretical review

Luis Henrique Paloski

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Rua Assis Brasil, 709, 98400-000, Frederico Westphalen, RS, Brasil. luishenriquepaloski@hotmail.com

Helena Diefenthaler Christ

Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga, 6681, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. helenachrist@hotmail.com

Resumo. O presente artigo investigou a aplicabilidade da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão com sintomas psicóticos. Inicialmente, contextualizou-se a relação entre essa modalidade psicoterapêutica e a depressão, na sequência, foram apresentadas as diretrizes diagnósticas do transtorno juntamente com sua conceitualização cognitiva. Após foram expostas técnicas da terapia cognitivo-comportamental sugeridas para o tratamento do transtorno depressivo com sintomas psicóticos. Para isso, foi desenvolvida uma busca de artigos científicos sobre a temática por meio de revisão não-sistemática nas principais bases de dados na área das Ciências da Saúde, bem como a utilização de livros-textos de referência sobre o assunto. Encontraram-se, na literatura clínica, inúmeros estudos acerca da aplicabilidade da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão sem sintomas psicóticos. Contudo, são escassos os trabalhos que abordam a utilização dessa abordagem terapêutica com pacientes depressivos que desenvolvem sintomatologia psicótica. Assim, este trabalho procurou reunir os estudos que contemplam métodos de intervenção com pacientes diagnosticados com depressão psicótica. Com esse estudo, pode-se inferir que há necessidade de desenvolver mais pesquisas sobre técnicas de manejo destinadas a pacientes depressivos com sintomas psicóticos na abordagem cognitivo-comportamental.

Palavras-chave: depressão com sintomas psicóticos, Terapia Cognitivo-Comportamental, Intervenções Terapêuticas.

Abstract. The present article investigated the applicability of cognitive behavioral therapy in the treatment of depression with psychotic symptoms. Initially, we contextualized the relation between the psychotherapeutical modality and depression. After that, the diagnostic guidelines of the disorder were presented with its cognitive conceptualization. Then, cognitive behavioral therapy techniques suggested for the treatment of major depressive disorder with psychotic symptoms were presented. For this, we developed a research on scientific literature on the subject, through a non-systematic review in major databases in the Health Sciences area, and we also researched

reference textbooks on the subject. We found innumerable studies about the applicability of cognitive behavioral therapy in treating depression without psychotic symptoms in the clinical literature. However, there are few studies addressing the use of this therapeutic approach with depressed patients who develop psychotic symptoms. Thus, this study aimed to gather the studies covering methods of intervention with patients diagnosed with psychotic depression. With this study, it can be inferred that there is a need for further research on management techniques using a cognitive behavioral approach for depressed patients with psychotic symptoms.

Keywords: depression with psychotic symptoms, Cognitive Behavioral Therapy, Therapeutic Interventions.

Introdução

Na história da terapia cognitivo-comportamental, a depressão, de uma forma geral, merece um lugar de destaque, pois foram os resultados dos estudos de Aaron Beck com esse transtorno que possibilitaram o surgimento das primeiras noções do que, anos depois, se consolidaria numa importante e reconhecida modalidade psicoterapêutica. Na época desses estudos, entre a década de 50 e 60, Beck (1997) ainda trabalhava na abordagem psicanalítica, assim ele procurava comprovar empiricamente as teorias de que a depressão era resultante de uma hostilidade voltada contra si mesmo, concepção da psicanálise sobre esse transtorno de humor (Pereira e Rangé, 2011).

Contudo, Beck (1997) não encontrou evidências para validar essa compreensão psicanalítica sobre a depressão, pelo contrário, seus resultados apontaram para outra direção. Ele percebeu que os pacientes depressivos dividiam, invariavelmente, a carga de pensamentos automáticos negativos que, conseqüentemente, produziam uma leitura irrealista e desadaptativa da realidade, reforçando seu sofrimento. No caso da depressão com sintomas psicóticos, esses pensamentos automáticos, além de influenciar o humor, também estão diretamente relacionados aos conteúdos de alucinações e/ou delírios dos pacientes (Gottlieb *et al.*, 2011).

Na sequência de seus estudos, Beck (1997) construiu, para o tratamento da depressão sem sintomas psicóticos, uma terapia estruturada, de curta duração, com a finalidade de auxiliar o paciente a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos disfuncionais. Nesse artigo, a terapia cognitiva e a terapia cognitivo-comportamental são consideradas sinônimas, pois, com o passar do tempo, a terapia cognitiva foi incorporando técnicas e entendimentos da teoria comportamental (Beck, 2013).

Dessa forma, nesse texto, aborda-se a aplicabilidade da terapia cognitivo-comportamental em pacientes depressivos com sintomas psicóticos. Assim, são descritas e analisadas as diretrizes diagnósticas do transtorno (DSM-5, 2014; CID-10, 1993), as técnicas e as estratégias empregadas no processo terapêutico e a eficácia desse modelo de psicoterapia (Camargo e Andretta, 2013; Matos e Oliveira, 2013).

Para a construção desse trabalho, foi realizada uma pesquisa não-sistemática de artigos científicos que abordassem a proposta do texto. Esse processo aconteceu via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que possibilita a busca integrada nas bases LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), Biblioteca Cochrane e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Também foram coletados materiais na base de dados Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal) bem como livros-textos de referência sobre o assunto.

Diretrizes diagnósticas: DSM-5, CID-10 e conceitualização cognitiva

Conforme a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009), até 2020, o transtorno depressivo deverá ocupar o segundo lugar dentre todas as enfermidades incapacitantes, após as doenças cardiovasculares. Nessa estimativa, incluem-se os transtornos unipolares (depressão maior e distímia) e os bipolares, além dos transtornos de humor induzidos por substâncias ou devido à condição médica geral. Essa previsão torna-se preocupante, pois aproximadamente 15% de todos os pacientes com depressão desenvolvem sintomas psicóticos (Kaplan e Sadock, 2007).

Na contemporaneidade, a área de psicodiagnóstico utiliza dois reconhecidos classificatórios de doenças mentais para o diagnóstico da depressão com sintomas psicóticos, o DSM-5 e a CID-10 (Rothschild, 2013). Assim, o texto do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5, 2014) possibilita dois tipos de diagnósticos para a depressão com sintomas psicóticos: 296.24 Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único Grave com Características Psicóticas, e 296.34 Transtorno Depressivo Maior, Recorrente Grave com Características Psicóticas. Ainda, o manual permite especificar se as características psicóticas são congruentes ou incongruentes com o humor.

Para a primeira modalidade diagnóstica é necessária a presença de um episódio depressivo maior, e, para a segunda modalidade, dois ou mais episódios depressivos maiores. Assim, no diagnóstico do Episódio Depressivo Maior, é necessária a presença de cinco dos nove sintomas que se seguem, por pelo menos duas semanas: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo; redução do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades; perda ou ganho de peso, sem estar em dieta; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade/desvalia ou culpa inapropriados; redução da capacidade de pensar ou concentrar-se; pensamentos de morte recorrentes e/ou ideação ou tentativa de suicídio (DSM-5, 2014; Gottlieb *et al.*, 2011).

A outra diretriz diagnóstica, a Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde, ou CID-10 (1993), também oferece duas opções diagnósticas para a Depressão com sintomas psicóticos: o F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos e o F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual com sintomas psicóticos. Os critérios diagnósticos são similares aos do DSM-5 (2014).

O diagnóstico diferencial da depressão com sintomas psicóticos requer um cuidado para sua diferenciação da esquizofrenia e do transtorno de humor bipolar. No caso da esquizofrenia, pode surgir uma confusão por causa dos sintomas de delírio e alucinação que são comuns aos dois transtornos, mas, por exemplo, no caso da depressão com sintomas psicóticos, não devem estar presentes outros sintomas da esquizofrenia, como discurso desorganizado e comportamento bizarro. Para

diferenciá-la do transtorno bipolar com sintomas psicóticos, o terapeuta deve investigar se o humor do paciente manteve-se depressivo, caracterizando a depressão psicótica ou apresentou flutuações de humor, caracterizando o transtorno bipolar com sintomas psicóticos (Rothschild, 2013; Quintella, 2010; Fleck *et al.*, 2009).

Partindo para uma visão cognitiva acerca do transtorno, a depressão é resultante de hábitos de pensamento extremante arraigados. Sendo assim, os comportamentos negativos são decorrência de pensamentos e crenças disfuncionais, ao invés de forças inconscientes, como sugerido pela teoria freudiana. Desse modo, a depressão pode ser entendida como consequência das próprias cognições e de esquemas desadaptativos, não descartando o pressuposto de que as causas da depressão são multifatoriais, envolvendo fatores biológicos, socioculturais e psicológicos (Zugman e Neufeld, 2012; Abreu e Oliveira, 2008).

A terapia comportamental também possui sua explicação para o surgimento e a manutenção da depressão, estando relacionada a uma diminuição da frequência de reforçamento positivo associada ao aumento da frequência do reforçamento negativo, dentro de uma realidade sem uma rede social funcional. Dessa forma, os sintomas seriam reforçados por uma rede interpessoal falha e com baixo percentual de estímulos positivos (Saffi *et al.*, 2011; Beck, 1997).

Beck (2013) compreende que o desenvolvimento e a manutenção da depressão estão principalmente relacionados a dois elementos-chaves: as distorções cognitivas e a tríade cognitiva. As distorções cognitivas incluem quase que invariavelmente uma leitura generalizada e equivocada das suas experiências e vivências. Já a tríade cognitiva da depressão, com ou sem sintomas psicóticos, consiste na visão negativa de si mesmo (por exemplo: "sou culpada e mereço sofrer", "sou uma pessoa chata", "sou muito triste para gostarem de mim"); na visão negativa do mundo, abrangendo relações, trabalho e atividades (por exemplo: "meu chefe não reconhece meu trabalho"), e na visão negativa do futuro (por exemplo: "nunca conseguirei ser feliz", "nunca servirei para nada") (Matos e Oliveira, 2013).

A depressão com sintomas psicóticos é uma forma grave de transtorno de humor. Ressalta-se que, para muitos dos pacientes, o transtorno é crônico e recorrente, sendo que o risco de suicídio nesse transtorno chega a ser um terço

maior que na depressão sem sintomas psicóticos. Ainda, a situação tende a agravar-se quando se trata de um transtorno refratário, parcela em que estão os maiores índices de suicídio (Castro e Neto, 2004; Gouveia, 1990).

As concepções da terapia cognitivo-comportamental sobre o surgimento dos sintomas psicóticos na depressão estão fundamentadas na hipótese de que eventos de vida negativos, na maioria das vezes interpessoais, ativam crenças disfuncionais pré-existentes. Muitas delas relacionadas com sentimentos de culpa, por exemplo, de que o paciente está merecendo o sofrimento pelo qual está passando, podendo ser reprimido por alucinações auditivas. Essas distorções cognitivas e de processamento das informações estão presentes na manutenção dos sintomas psicóticos da depressão (Beck e Rector, 2002). Cabe salientar que os sintomas psicóticos podem se originar a partir da interação recíproca de fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo nesse texto enfatizados os sintomas de origem psicológica (Zugman e Neufeld, 2012).

Então, ressalte-se que, no processo psicoterapêutico, é fundamental a realização de um diagnóstico adequado sobre o sofrimento psíquico do paciente. Tratando-se da depressão com sintomas psicóticos, é essencial a construção de um bom diagnóstico diferencial, pois será necessário, ao menos no início do tratamento, a utilização de medicação antipsicótica para normalizar o contato do paciente com a realidade, além de antidepressivos. Esse consórcio medicamentoso possibilita a utilização da terapia cognitivo-comportamental, que trabalhará com as crenças e os comportamentos disfuncionais do paciente (Beck, 1997; Hollon *et al.*, 1991).

Nesse sentido, estudos indicam que seus resultados são mais duradouros que o tratamento farmacológico isolado e os índices de recaída são menores, evidência constada desde as primeiras pesquisas de eficácia sobre essa forma de terapia. Contudo, o tratamento dessa modalidade de depressão, normalmente, tende a ser mais longo que o tratamento de uma depressão leve ou moderada, por exemplo (Dowd, 2004; Hollon *et al.*, 1991).

Tratamento: principais conceitos e técnicas

O transtorno depressivo com sintomas psicóticos é determinado pela ocorrência de delírios ou alucinações durante um episódio de

depressão maior. Alguns textos aludem que os sintomas psicóticos acontecem em aproximadamente 15% de todos os pacientes com depressão (Kaplan e Sadock, 2007). Nos pacientes deprimidos admitidos em hospitais, os sintomas psicóticos aparecem em mais de 25% dos casos (DSM-5, 2014).

A depressão com sintomas psicóticos requer a utilização de medicação antipsicótica, assim o tratamento medicamentoso pode envolver a utilização de antidepressivos e antipsicóticos. O período de utilização da medicação pode ser breve ou longo, dependendo da reação do paciente. Normalmente, a medicação antipsicótica é necessária por um período de tempo menor que a antidepressiva se o paciente está num contexto de psicoterapia (Barreto *et al.*, 2006; Castro e Neto, 2004).

A terapia cognitivo-comportamental é uma das abordagens terapêuticas para o tratamento da depressão leve e moderada, quer seja oferecida de forma independente ou em combinação com psicofármacos. Entretanto, no caso da depressão com sintomas psicóticos, a psicoterapia só é possível com o consórcio medicamentoso. Essa combinação possui estudos que apontam para uma redução dos escores dos inventários de Beck que medem os níveis de depressão, ansiedade, desesperança e ideação suicida, da frequência e da força dos pensamentos automáticos negativos, com consequente flexibilização das crenças nucleares disfuncionais e remissão dos sintomas depressivos, produzindo melhor funcionamento biopsicossocial do paciente (Beck e Dozois, 2010; Powell *et al.*, 2008).

Analisando a diferença do tratamento medicamentoso da depressão sem sintomas psicóticos para a depressão psicótica, encontra-se apenas a necessidade de utilizar, além de antidepressivos (usados na depressão não psicótica), também antipsicóticos para a segunda manifestação do transtorno (Derubeis *et al.*, 2004). No que tange à psicoterapia, Beck (2013) argumenta que as técnicas utilizadas para o tratamento da depressão não psicótica são aplicáveis nos casos da depressão com sintomas psicóticos.

O trabalho do terapeuta cognitivo-comportamental, independente do caso, requer a construção de uma conceitualização cognitiva (Beck, 1997). De acordo com Knapp e Beck (2008), a conceitualização cognitiva é um trabalho constante no transcorrer do tratamento. Conforme novos dados clínicos importantes são apresentados para a terapia, a conceitualização

lização cognitiva será modificada e atualizada à medida que for necessária enquanto o tratamento evolui. Para construir um plano de tratamento, uma conceitualização cognitiva individual é fundamental, pois guia as intervenções terapêuticas.

A conceitualização cognitiva se inicia no primeiro contato com o paciente, sendo um procedimento ininterrupto, passivo de alterações no transcorrer dos atendimentos e conforme novos dados são revelados. O terapeuta embasa suas hipóteses sobre os dados que coletou, todavia, primeiramente, essa compreensão acerca do paciente não é claramente fundamentada em dados reais. Assim, o psicoterapeuta terá de averiguar frequentemente a conceitualização com o paciente em pontos estratégicos, exatamente para ter segurança sobre suas observações e seus entendimentos (Beck, 2013; Camargo e Andretta, 2013).

Na construção da conceitualização, é necessário que o terapeuta tenha em mente o modelo cognitivo, o qual levanta a proposição de que emoções e comportamentos são diretamente influenciados pela percepção que o sujeito tem dos eventos. Os pensamentos que cada indivíduo possui em determinadas situações é o que vai dar a tonalidade emocional e comportamental em relação à situação vivenciada, ou seja, mais importante que a vivência são as percepções acerca dela (Beck, 2013; Zugman e Neufeld, 2012).

As prioridades no tratamento de pacientes com depressão psicótica são: ideação e conduta suicida; sintomas do espectro da depressão; e sintomas psicóticos (delírios e alucinações) (Beck, 1997). Dessa forma, na sequência, apresentam-se algumas estratégias e técnicas oriundas da terapia cognitivo-comportamental para o manejo da depressão com a sintomatologia exposta acima. Essas técnicas estão presentes nos artigos científicos sobre terapia cognitivo-comportamental para depressão psicótica, encontrados nas bases de dados descritas no início do trabalho (Birchwood *et al.*, 2000).

Intervenções quando há risco de suicídio

Como exposto no decorrer do trabalho, as pessoas que apresentam diagnóstico de depressão possuem maior propensão ao suicídio do que as pessoas sem essa alteração de humor. Dentro do espectro da depressão, os

sujeitos que apresentam sintomas psicóticos possuem um risco de suicídio ainda maior (DSM-5, 2014; Rothschild, 2013; Gottlieb *et al.*, 2011; WHO, 2009).

Nessa perspectiva, o terapeuta deve estar atento e avaliar o risco de suicídio do seu paciente. Torna-se necessário investigar tanto a existência de comportamentos suicidas, como de pensamentos suicidas. Caso o terapeuta perceba o risco de suicídio, ele deve trabalhar no sentido de estimular a esperança do paciente, podendo ser utilizado o Questionamento Socrático para demonstrar a ele que o suicídio é uma solução disfuncional para o seu problema atual (Beck, 2013, 1997).

Como estudos apontam que as tentativas de suicídio estão geralmente relacionadas a situações estressoras, pode-se utilizar, na psicoterapia, a técnica da inoculação do estresse, que permite ao paciente pensar em soluções funcionais para resolução dos seus problemas (Saffi *et al.*, 2011; Beck, 1997). O próximo item a ser trabalhado é a psicoeducação, uma técnica que está presente nos mais diversos tratamentos realizados dentro da abordagem cognitivo-comportamental (Knapp e Beck, 2008).

Psicoeducação

A psicoeducação sobre o transtorno depressivo com sintomas psicóticos e sobre o modelo de tratamento auxilia o paciente a conhecer e entender seu transtorno. O papel do terapeuta na psicoeducação está presente durante todo o processo terapêutico. Ao explicar o modelo de tratamento ao qual o paciente está sendo submetido, é útil explicar e relacionar os conceitos de pensamentos, sentimentos, reações físicas e comportamentos (Beck, 2013; Matos e Oliveira, 2013).

Essa intervenção facilita o manejo dos sintomas que podem aparecer durante a terapia, pois o paciente saberá que reações esperar, e que essas são decorrentes do seu transtorno. A psicoeducação oferece: informações sobre a terapia cognitivo-comportamental da depressão com sintomas psicóticos; esclarecimentos de como os pensamentos produzem sentimentos; indicação de leitura de livros relacionados à problemática do cliente; treinamento de recursos para prevenção em situações de perda; e modelagem (Abreu e Oliveira, 2008; Beck, 1997). Na sequência, apresentam-se agendamento e prescrição de eventos prazerosos.

Agenda e prescrição de eventos prazerosos

A terapia comportamental postula que a depressão, de uma forma geral, é decorrente de uma baixa frequência de reforçamento positivo, associada ao aumento da frequência do reforçamento negativo. Normalmente, isso acontece num contexto em que não existe uma rede social que opere como uma fonte de reforçamento positivo (Saffi *et al.*, 2011). Sinteticamente, pode-se dizer que essa técnica possibilita uma ativação comportamental (Rothschild, 2013).

Dessa forma, o tratamento tem como objetivo restaurar a taxa de respostas contingentes ao reforçamento positivo a um nível adequado. Assim, o Agendamento de Eventos Prazerosos (Macphillamy e Lewinson, 1985) busca alterar a frequência, a qualidade e a quantidade das interações sociais do indivíduo, por meio do treinamento de habilidades sociais e o uso da agenda diária com propostas de atividades prazerosas (Camargo e Andretta, 2013).

Para construir essa agenda de eventos prazerosos, pode-se utilizar tanto inventários prontos, como questionamentos diretos com o paciente sobre os eventos que ele julga que lhe davam prazer antes da depressão. Com o intuito de auxiliá-lo, pode-se pedir para ele elaborar um registro diário em que elenque as coisas que: gostava e fazia; gostava e não fazia; não gostava e fazia; e não gostava e não fazia. Esse registro diário de atividades é utilizado para avaliar, junto com o paciente, as atividades executadas por ele no decorrer do dia, o que possibilita a construção de uma tabela de atividades que são prazerosas para o paciente (Matos e Oliveira, 2013; Abreu e Oliveira, 2008).

Depois de investigadas as atividades que são prazerosas ao paciente e que normalmente melhoram seu humor, pode ser utilizada a prescrição de tarefa graduada, no intuito de auxiliar o paciente a desempenhá-las, pois o paciente depressivo, normalmente, apresenta crenças de que não será capaz de terminar tarefa alguma. Sendo assim, essa técnica pode tanto ser empregada para estimular a realização de tarefas prazerosas (por exemplo, ler um livro), como de tarefas não tão prazerosas (por exemplo, limpar a casa) (Beck, 2013, 1997).

A prescrição de tarefa graduada pode ser utilizada tanto dentro da sessão como orientada a ser feita na tarefa de casa. Brevemente, defende-se que a tarefa de casa facilita a aquisição de habilidades e que a sua utilização deve ocorrer em situações do mundo real,

não restritas à terapia. Essa técnica deve ser prescrita e desenvolvida colaborativamente. Ao utilizar-se das tarefas de casa, deve-se planejá-las em passos graduais que levem a um objetivo possível de ser realisticamente atingido (Friedberg, 2004). Outra técnica utilizada nessa modalidade terapêutica é o registro de pensamentos disfuncionais, que será descrito na sequência (Beck, 2013).

Registro de pensamentos disfuncionais

A técnica do registro de pensamentos disfuncionais consiste em treinar o paciente depressivo a anotar seus pensamentos disfuncionais no final do dia ou, preferencialmente, ainda na vigência do desconforto psicológico. Essa técnica possibilita a identificação dos pensamentos automáticos e das crenças disfuncionais dos pacientes, o que, conseqüentemente, vai facilitar o trabalho com sintomas psicóticos e depressivos (Beck, 2013, 1997).

Utilizar o registro de pensamentos disfuncionais como tarefa de casa, no intervalo entre as sessões, oportuniza ao paciente seguir identificando, avaliando e questionando seus pensamentos automáticos e, ainda, permite ao terapeuta ter uma ideia realística do que ocorre com seu paciente entre as sessões. Ressalta-se que o uso dessa técnica é eficaz para modificar os pensamentos e as crenças desadaptativos dos pacientes (Saffi *et al.*, 2011; Knapp e Luz, 2008).

Reforço das estratégias de enfrentamento

Esse procedimento apoia-se na premissa de que alucinações e delírios ocorrem em um contexto social e subjetivo e que esses sintomas assumem significado somente se forem acompanhados por uma reação emocional. Assim, uma forma de trabalho consiste no resgate do modo já utilizado pelo paciente para lidar com seus sintomas, mas buscando aperfeiçoar esses mecanismos e torná-los mais adaptativos (Abreu e Oliveira, 2008; Barreto e Elkis, 2007).

Os mecanismos abordam a maneira como os componentes emocionais desencadeados pelo meio e/ou pelos sintomas interagem. As reações emocionais podem, então, ser manipuladas com métodos de, por exemplo, reestruturação cognitiva, experimentos comportamentais e testes de realidade. Dessa forma, novamente, é reforçada a importância do meio

social para o manejo dos sintomas psicóticos (Knapp e Beck, 2008; Beck, 1997).

Normalização

No trabalho dos sintomas psicóticos da depressão, pode-se utilizar a técnica da normalização. Essa técnica se propõe a entender o que forma e o que mantém os sintomas psicóticos. A normalização aponta para uma ligação entre o conteúdo delirante ou alucinatório e a história de vida (pregressa e atual) do paciente. Ao compreender e identificar a vulnerabilidade do paciente, torna-se possível promover mudanças ou desenvolver um processo de adaptação (Barreto e Elkis, 2007; Birchwood e Trower, 2006).

Para facilitar o uso dessa técnica, o terapeuta deve investigar melhor os fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores em que os fenômenos psicóticos aparecem. Clarificando, os fatores predisponentes são situações no passado que podem ter contribuído para o desenvolvimento dos sintomas psicóticos; os fatores precipitantes são condições em que os fenômenos têm maior probabilidade de ocorrer; e os mantenedores são as consequências imediatas aos fenômenos e que aumentam a probabilidade que ele aconteça novamente (Saffi *et al.*, 2011; Hawton e Kirk, 1997). Na continuação, expõe-se a técnica dos módulos, também possível de ser utilizada para o manejo dos sintomas psicóticos.

Técnica dos módulos

Essa técnica consiste em cinco passos com atividades preestabelecidas: primeiro passo (estabelecimento da aliança terapêutica e avaliação); segundo passo (uso de estratégias comportamentais para manejar sintomas, reações emocionais e atitudes impulsivas); terceiro passo (discutir novas perspectivas sobre a natureza das experiências psicóticas vividas pelo paciente); quarto passo (estratégias para o manejo das alucinações); último passo (avaliação de pressuposições disfuncionais a respeito de si próprio e dos outros) (Barreto e Elkis, 2007). Essa técnica possibilita a reestruturação das crenças disfuncionais, relacionadas aos sintomas psicóticos (Beck, 1997).

Nessa perspectiva, no tratamento da depressão com sintomas psicóticos, devem-se buscar evidências que apoiam ou não as crenças disfuncionais, sendo incentivada, a partir desse trabalho, a construção de novas crenças mais funcionais pelo paciente. Quando as no-

vas crenças começam a ser progressivamente ativadas, por exemplo, "sou capaz" ao invés de "sou incapaz", "sou um bom pai" ao invés de "sou um mau pai", os pacientes, normalmente, relatam que se percebem de uma forma diferente e veem o mundo por meio de outro prisma (Beck, 2013; Matos e Oliveira, 2013).

Efetividade da terapia cognitivo-comportamental

As técnicas da terapia cognitivo-comportamental não são exclusivas para o tratamento de transtornos específicos, pelo contrário, elas são passíveis de serem aplicadas no manejo de diferentes formas de sofrimento psíquico (Beck, 2013, 1997). Partindo desse pressuposto, expõem-se, na sequência, alguns estudos que demonstram a efetividade da terapia cognitivo-comportamental para o manejo de sintomas depressivos e psicóticos, tanto na depressão como em outros transtornos.

Matos e Oliveira (2013), em um estudo de caso, utilizando um plano de tratamento composto por psicoeducação, reestruturação cognitiva e estratégias de prevenção de recaídas para o tratamento da depressão com sintomas psicóticos, obtiveram redução da sintomatologia e melhora do funcionamento global do paciente. Outro estudo de caso, envolvendo psicoterapia cognitivo-comportamental na depressão, após 20 sessões, obteve resultados positivos, havendo modificações nas crenças centrais disfuncionais e aumento da capacidade de resolução de problemas (Camargo e Andretta, 2013).

No que tange à prevenção do surgimento de sintomas psicóticos em pessoas que possuem um risco elevado de desenvolvê-los, um estudo envolvendo 58 pacientes investigou a aplicabilidade da terapia cognitivo-comportamental. O trabalho consistiu em aplicar uma escala em pacientes em psicoterapia a fim de investigar a existência de sintomas psicóticos depois de seis e após doze meses de terapia. Os resultados foram favoráveis à utilização dessa abordagem terapêutica na prevenção dos sintomas psicóticos (Morrison, 2004).

Referente ao uso dessa abordagem terapêutica para o tratamento dos sintomas psicóticos na esquizofrenia, Sensky *et al.* (2000) realizaram um estudo clínico randomizado com a finalidade de verificar a sua eficácia. Eles encontraram que a utilização de nove meses de psicoterapia cognitivo-comportamental manualizada é eficiente para remissão dos sintomas psicóticos

nesse transtorno. Outras pesquisas (Dunn *et al.*, 2012; Birchwood e Trower, 2006) também apontam que a TCC possui resultados positivos para o manejo dos sintomas psicóticos.

Considerações finais

Compreende-se que o uso dessa modalidade terapêutica no tratamento da depressão com sintomas psicóticos baseia-se em trabalhar no sentido das mudanças das crenças e dos comportamentos disfuncionais do paciente, enfatizando aspectos educacionais que incluem o constante fornecimento de informação ao paciente sobre o seu transtorno. Todo o processo do tratamento deve ser fundamentado na cooperação e na confiança, no qual o paciente precisa participar ativamente para que a mudança seja possível.

No que tange o processo de pesquisa bibliográfica para a construção desse artigo, percebeu-se uma escassez de materiais que abordassem a terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da depressão com sintomas psicóticos, principalmente na língua portuguesa. Contudo, mesmo em pesquisas, utilizando descritores de assunto para atingir trabalhos também da língua inglesa e espanhola, a grande maioria dos resultados abrangem praticamente o tratamento do transtorno depressivo sem sintomas psicóticos.

Levando em consideração que a maior parte da produção em terapia cognitivo-comportamental está orientada para pacientes sem sintomas psicóticos, a importância dessa revisão se dá pela finalidade do estudo, que consistiu em reunir as contribuições dessa abordagem terapêutica para o manejo da depressão com sintomas psicóticos.

Percebendo a pouca disposição de materiais publicados referentes à temática dessa revisão, deixa-se como sugestão para futuros estudos a construção de pesquisas que investiguem, no processo terapêutico, a efetividade das técnicas utilizadas para o tratamento da depressão com sintomas psicóticos. É interessante também a construção de novas ferramentas para trabalhar com os pacientes que possuem esse transtorno.

Referências

ABREU, N.; OLIVEIRA, I.R. 2008. Terapia Cognitiva no tratamento da depressão. In: A.V. CORDIOLI (ed.), *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. Porto Alegre, Artmed, p. 382-898.

- BARRETO, E.; AVRICHIR, B.; CAMARGO, M.G.; NAPOLITANO, I.C.; REIS, A.S.; NERY, F.G. 2006. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for partial response to clozapine. *Schizophrenia Research*, **81**(2):101.
- BARRETO, E.M.P.; ELKIS, H. 2007. Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, **34**:204-207.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000800011>
- BECK, A.T. 1997. *Terapia Cognitiva da Depressão*. 1ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 316 p.
- BECK, A.T.; DOZOIS, D.J.A. 2010. Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, **62**:397-409.
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100032>
- BECK, A.T.; RECTOR N.A. 2002. Delusions: a cognitive perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, **16**(4):455-468.
<http://dx.doi.org/10.1891/jcop.16.4.455.52522>
- BECK, J.S. 2013. *Terapia Cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2ª ed., Porto Alegre, Artmed, 413 p.
- BIRCHWOOD, M.; TROWER, P. 2006. The future of cognitive behavioral therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic. *British Journal of Psychiatry*, **188**:107-108.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.105.014985>
- BIRCHWOOD, M.; IQBAL, Z.; CHADWICK, P.; TROWER, P. 2000. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis: Ontogeny of post-psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*, **177**:516-521.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.177.6.516>
- CAMARGO, J.; ANDRETTA, I. 2013. Terapia Cognitivo-Comportamental para depressão: um caso clínico. *Contextos Clínicos*, **6**(1):25-32.
<http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.61.03>
- CASTRO, A.P.W.; NETO, F.L. 2004. Continuação do antipsicótico em depressão psicótica. *Revista Psiquiatria Clínica*, **31**(6):300-305.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000600005>
- CID-10. 1993. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: descrições e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, Organização Mundial de Saúde, 351, p.
- DERUBEIS, R.J.; HOLLON S.D.; AMSTERDAM J.D.; SHELTON R.C.; YOUNG P.R.; SALOMON R.M.; O'REARDON J.P.; LOVETT M.L.; GLADIS M.M.; BROWN L.L.; GALLOP R. 2004. Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Arch gen psychiatry*, **62**(4):409-416.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.409>
- DOWD, E.T. 2004. Depression: Theory, assessment, and new directions in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, **4**(2):413-423.
- DSM-5. 2014. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5ª ed., Porto Alegre, Artmed, 948 p.
- DUNN G.; FOWLER D.; ROLLINSON R.; FREEMAN D.; KUIPERS E.; SMITH B.; STEEL C.; ONWUMERE J.; JOLLEY S.; GARETY P.; BEBBINGTON P. 2012. Effective elements of cognitive behavior therapy for psychosis: results

- of a novel type of subgroup analysis based on principal stratification. *Psychological Medicine*, **42**(5):1057-1068.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711001954>
- FLECK, M.P.; BERLIM, M.T.; LAFER, B.; SOUGEY, E.B.; PORTO J.A.; BRASIL, M.A.; JURUENA, M.F.; HETEM, L.A. 2009. Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **31**(1):7-17.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500003>
- FRIEDBERG, R.D. 2004. *A prática da clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre, Artmed, 272 p.
- GOTTLIEB, J.D.; MUESER, K.T.; ROSENBERG S.D.; XIE H.; WOLFE R.S. 2011. Psychotic Depression, Posttraumatic Stress Disorder, and Engagement in Cognitive-Behavioral Therapy within an Outpatient Sample of Adults with Serious Mental Illness. *Comprehensive Psychiatry*, **52**(1):41-49.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.04.012>
- GOUVEIA, J.A. 1990. *Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão: estudo da sua interação com os acontecimentos de vida*. Coimbra, Gráfica de Coimbra, 392 p.
- HAWTON, K.; KIRK, J. 1997. *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo, Martins Fontes, 335 p.
- HOLLON, S.D.; SHELTON, R.C.; LOOSEN, P.T. 1991. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **59**(3):88-99.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.88>
- KAPLAN, H.; SADOCK, B. 2007. *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 9ª ed., Porto Alegre, Artmed, 1584 p.
- KNAPP, P.; BECK, A. 2008. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **30**(2):554-564.
- KNAPP, P.; LUZ, E.J. 2008. Terapia cognitivo-comportamental dos comportamentos adictivos. In: A.V. CORDIOLI (ed.), *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. Porto Alegre, Artmed, p. 616-640.
- MACPHILLAMY, D.J.; LEWINSOHN, P.M. 1985. The pleasant events schedules: studies in reliability, validity and scale intercorrelation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **50**(3):363-380.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.50.3.363>
- MATOS, A.C.S.; OLIVEIRA, I.R. 2013. Terapia Cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, **12**(4):512-519.
- MORRISON, A. 2004. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *British Journal of Psychiatry*, **185**:291-297.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.185.4.291>
- PEREIRA, M.; RANGÉ, B. 2011. Terapia Cognitiva. In: B. RANGÉ (ed.), *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre, Artmed, p. 20-32.
- POWELL, V.B.; ABREU, N.; OLIVEIRA, I.R.; SUDAK, D. 2008. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **30**(1):73-80.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>
- QUINTELLA, R.R. 2010. Questões acerca do diagnóstico da depressão e sua relação com o campo médico e científico. *Psicologia Argumento*, **28**(60):83-95.
- ROTHSCHILD, A. 2013. Challenges in the Treatment of Major Depressive Disorder with Psychotic Features. *Schizophrenia Bulletin*, **39**(3):787-796.
<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbt046>
- SAFFI, F.; ABREU, P.R.; NETO, F. L. 2011. Terapia Cognitivo-comportamental dos transtornos afetivos. In: B. RANGÉ (ed.), *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre, Artmed, p. 369-392.
- SENSKY, T.; TURKINGTON, D.; KINGDON, D.; SCOTT, J.; SCOTT, J.; SIDLLE, R.; BARNES, T.R.E. 2000. A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Persistent Symptoms in Schizophrenia Resistant to Medication. *Arch Gen Psychiatry*, **57**:165-172.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.57.2.165>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2009. Mental health: new understanding, new hope. Geneva, WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/>. Acesso em: 25/04/2014.
- ZUGMAN, S.; NEUFELD, C.B. 2012. Conceitualização cognitiva de um caso de paranóia de Freud. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, **8**(1):47-54.

Submetido: 25/06/2014
 Aceito: 28/08/2014