

História Cognitivo- Comportamental

Da

"Sandra"



Orientação de Estágio

Mestre Paula Carvalho

Covilhã, 18 de Abril

Dados Biográficos

Nome: Sandra

Idade: 29 anos

Sexo: Feminino

Habilitações Literárias: 9º ano de escolaridade

Profissão: Funcionária de uma confecção

Agregado familiar: Vive com o marido, de 35 anos, e 1 filho de 12 anos.

Motivo da consulta

A Sandra faz um pedido à Nutricionista do SNAF, que a acompanha há cerca de 2 anos, para a encaminhar para a consulta de Psicologia, por considerar **que anda “sempre triste” (sic) e que não está a conseguir lidar com a ausência do pai.**

A paciente refere que necessita de uma ajuda profissional.



A paciente apresenta-se com um aspecto cuidado, vestida de forma adequada para a sua idade e nível sócio-económico.

Apresenta-se com uma **expressão triste, humor depressivo**, uma atitude colaborativa e discurso muito fluente. Durante a consulta apresentou **choro fácil**.

Estava orientada no espaço e no tempo e auto e heteropsiquicamente.

A Sandra não revela alterações ao nível do pensamento, percepção, linguagem e memória. Evidencia **juízo e insight**.

Ao que parece evidencia algumas alterações a nível familiar, profissional e social.



Dificuldades Actuais

A Sandra evidencia choro fácil “choro facilmente, não me consigo controlar” (sic).
Ultimamente a paciente descreve-se como “muito triste” (sic) salientando que “ando sempre muito triste” (sic), **ansiosa** (“fico nervosa por estar nesta situação” (sic)), **culpa** (“a culpa deles não estarem bem é minha” (sic)); **desvalorização pessoal** (“sinto-me um estorvo” (sic)).



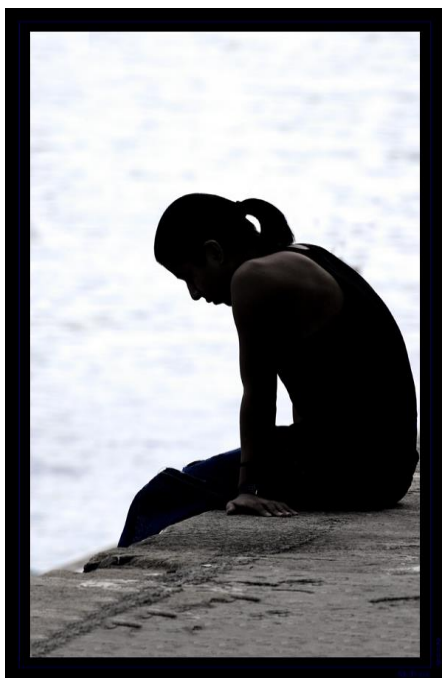
Dificuldade em se concentrar em alguma coisa durante muito tempo e dificuldades ao nível da memória.

Acrescenta que sente um **cansaço físico** que não tinha anteriormente, **fadiga e uma perda dos níveis de energia** “sinto que não tenho energia para muito” (sic).

A **perda do interesse** e do **prazer nas pessoas** (família - marido, filho e a mãe) e nas **actividades** (limpar a casa, ir às compras) “agora tudo exige esforço” (sic);



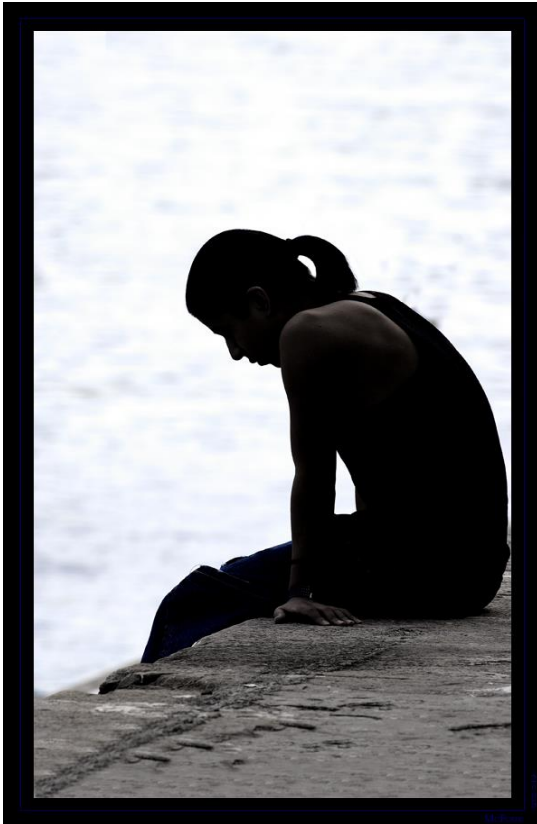
Refere que se **irrita muito mais do que era habitual** “irrito-me facilmente” (sic), que reage com agressividade em situações que considera simples;



Alterações de sono - há noites em que apresenta insónias intermédias e outras noites evidencia insónias tardias. Nos últimos tempos refere que não tem conseguido descansar e tem pesadelos constantes com o pai, durante toda a noite;

A **alteração ao nível do apetite** caracteriza-se por um aumento do apetite (hiperfagia);

O **interesse sexual**, segundo a paciente, “desapareceu completamente” (sic);



Pensamentos recorrentes acerca da morte, marcados pela crença de que os outros estariam melhor se estivesse morta (“às vezes penso que seria o melhor para todos”; “Só me apetece desaparecer”; “não ando cá a fazer nada”; “estou farta desta vida”; “só a mim é que me acontece isto”; “sinto-me um estorvo”; “Se eu me fosse embora a vida deles acalmava mais”);

Falta de esperança no futuro e a sensação de que as coisas vão piorar estão igualmente presentes;

Vontade de se “fechar em casa, estar sozinha sem ver ninguém” (sic).

A aplicação do BDI sugere uma depressão severa.

Início e desenvolvimento das dificuldades

- A Sandra refere **dificuldades em lidar com a ausência do pai**, falecido em Maio de 2007. Todavia salienta que aparentemente se conseguiu manter forte e “ser o pilar na família (...) durante este tempo todo fui lidando com a sua ausência” (sic), agora refere a falta que sente e o facto de não ser capaz de ultrapassar a situação sozinha (“faz-me muita falta” (sic)).
- Em Novembro de 2007 a paciente relata uma **discussão com uma irmã** por questões de partilhas de bens, o que a deixou triste.



Assim, a Sandra salienta um aumento da sua sintomatologia desde os finais do mês de Janeiro de 2008. Desde esta altura, a paciente refere que o seu estado começou a ser disfuncional, sendo que o marido e o filho lhe salientam constantemente esse facto (“ultimamente tem sido insuportável viver contigo” (sic); “isto tem sido um inferno” (sic); “a mãe está triste outra vez. O que é que fizemos?” (sic)).

Histórias do desenvolvimento e aprendizagens prévias

A Sandra faz parte de uma fratria de 4 irmãs, foi a primeira filha do casamento dos pais.

Pouco tempo após o nascimento da Sandra o pai levou para casa as duas filhas mais velhas, resultantes do seu anterior casamento, até então aos cuidados de uma instituição após ficarem órfãs de mãe.

Durante a infância a paciente refere que, por vezes, o pai procurava dar mais atenção e carinho às irmãs mais velhas, na tentativa de preencher a falta que as duas filhas teriam da mãe, mas **acrescenta que mesmo assim nunca sentiu que este lhe faltasse com afectos.**

Aos 14 anos começou a namorar com o actual marido, sendo que por volta dos **16 anos engravidou**, encontrava-se a frequentar o 9ºano de escolaridade



A **gravidez não foi bem aceite pelos pais**, particularmente pelo pai da Sandra.

A tenção da notícia fui decrescendo e a mãe aceitou a gravidez mais cedo que o pai “o meu pai só aceitou mesmo quando nasceu o meu filho (...) aí passou tudo” (sic).

A Sandra refere que para minimizar o impacto da notícia viu-se obrigada a **casar com o namorado**.

A Sandra trabalha numa **confeção** há 12 anos, mas quando fala do seu emprego conta “não me consigo adaptar a este trabalho (...) não gosto do que faço” (sic).



O **marido da Sandra** tem 35 anos e é vendedor de uma empresa. Na altura em que esta engravidou tinha 22 anos e não era aceite pela família da paciente, o que dificultou a aceitação da gravidez

A Sandra descreve a **relação de casal como estável**, considera o marido como um grande “pilar” (sic) na sua vida, **sempre lhe deu apoio e demonstrou compreensão**, “somos amigos acima de tudo” (sic).




A Sandra refere ter sempre mantido uma **relação bastante próxima com os pais**, salienta que iam tomar todos os dias café, a paciente o pai e a mãe.

Este período de tempo em que estavam juntos “era essencial (...) falávamos do nosso dia, das preocupações, partilhávamos as alegrias (...)” (sic).

O **convívio familiar era muito frequente** cerca de duas vezes por mês “juntava na minha casa os meus pais, a minha irmã mais nova e a outra com a sua família” (sic).

Em Janeiro de 2007 foi diagnosticado ao pai da **Sandra** um cancro em fase avançada o que exigiu quase cuidados continuados



prestação de cuidados ao pai, sendo que este quis vir morar para sua casa, onde permaneceu até sensivelmente um mês antes de falecer.

Veio a falecer em Maio de 2007

A Sandra refere que

a **necessidade de uma postura forte em lidar com a perda do pai**, que lhe foi exigida para dar apoio à mãe e ao filho, **não possibilitou que fizesse o seu próprio luto** (“evitava demonstrações de tristeza, eu tinha de ser forte (...) não me podia ir abaixo” (sic)).

A situação de partilhas causou **desavenças entre a Sandra e a irmã mais nova** (pela parte do pai) o que fez com que se afastassem e deixassem de falar. Para a paciente esta foi grande perda, dado que a relação que mantinham era muito próxima e de confiança

A descrença na amizade verdadeira dos outros e a dificuldade em confiar estão presentes nos relatos da paciente

A irmã mais nova da paciente constitui uma forte amizade, no entanto a distância entre ambas não facilita os contactos

Formulação

De acordo com a informação recolhida até ao momento e com os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR a paciente parece apresentar uma perturbação depressiva *major*, caracterizada pelos seguintes critérios:

- Humor depressivo;
- Diminuição clara do interesse ou prazer, em todas, ou quase todas as actividades;
- Perda de peso ou aumento significativo;
- Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- Agitação ou lentificação psicomotora;
- Fadiga ou perda de energia;
- Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva;
- Diminuição da capacidade de pensamento ou concentração;
- Pensamentos recorrentes acerca da morte;

Modelo Cognitivo de Beck

Predisponentes

Experiências Prévias

Gravidez aos 16 anos
A pressão para casar
Emprego que considera inferior (“não gosto do que faço”)

Formação de esquemas disfuncionais

“Sinto-me inferior aos outros (...) não estudei”

Acontecimentos de vida negativos

Falecimento do pai
Discussão com a irmã

Activação dos esquemas depressogénicos

**Esquema
de defeito**

Precipitantes

Pensamentos automáticos negativos

“Só me apetece desaparecer”; “não ando cá a fazer nada”; “estou farta desta vida”;
“só a mim é que me acontece isto”; “sinto-me um estorvo”; “Se eu me fosse embora
a vida deles acalmava mais”; “a culpa deles não estarem bem é minha” “não valho
nada”; “sou uma inútil”; “sou uma falhada”.

Sintomas da depressão

Comportamentais

Diminuição dos níveis de actividade;
Isolamento social; fadiga;

Motivacionais

Perda do interesse e do prazer (família - marido, filho e a mãe; casa; compras); tudo exige esforço;

Emocionais

Tristeza, ansiedade, culpa;
desvalorização pessoal;

Cognitivos

Dificuldades de concentração;
ideação suicida;

Somáticos

Problemas de sono; hiperfagia; perda
interesse sexual; choro fácil;



Factores de Manutenção

Erros de processamento

Inferência arbitrária (“não valho nada”; “sou uma inútil”; “sou uma falhada”),

Personalização (“a culpa deles não estarem bem é minha”)

Abstracção selectiva (“só a mim é que me acontece isto”).

Protocolo de Intervenção

Intervenção na depressão

- Estabelecimento de uma relação terapêutica
- Avaliação das dificuldades actuais - intervir ao nível da **redução da sintomatologia**
- Apresentação do racional - CBT
- Importância da colaboração da paciente – trunfo para o êxito da terapia
- Importância dos trabalhos de casa
- Trabalhar ao nível dos pensamentos automáticos negativos e da sua ligação com a depressão
- Enfatizar o papel conjunto do terapeuta e doente para testarem as crenças disfuncionais e permitir que o paciente chegue às suas próprias conclusões.

Técnicas comportamentais:

- *Monitorização de actividades* – manter um registo diário das actividades realizadas
- *Mapa de actividades* – planear actividades agradáveis e gratificantes ao longo do dia.

- *Avaliação das actividades de mestria e prazer* – classificação das actividades de acordo com uma escala de 10 pontos. No mapa de actividades diárias devem-se incorporar as actividades com elevada pontuação.
- *Auto-reforço* – Premiar-se ou louvar-se a si mesma pelos êxitos alcançados.

Técnicas cognitivas

Identificar pensamentos automáticos negativos – a doente deve aprender a identificar os pensamentos negativos associados com a exacerbação do humor depressivo.

Registo diário dos pensamentos negativos – manter um registo diário dos pensamentos negativos que desencadearam o humor depressivo e situações associadas.

Analisar e combater os pensamentos negativos – substituir os pensamentos negativos por alternativas, ou seja, respostas racionais (utilizar algumas questões para procurar uma resposta para os seus pensamentos: que provas existem; que alternativas existem; quais os efeitos de pensar desta maneira, etc.)

Descrição do modelo cognitivo – explicar à doente que a forma como ela pensa sobre um determinado acontecimento irá influenciar os sentimentos relacionados com esse acontecimento.

Resolução de problemas de vida

ajudar a doente a fazer planos específicos e construtivos para resolver os problemas (identificar soluções possíveis, analisar cada solução e escolher a mais eficaz para actuar).

Prevenção de recaída

estratégias mais preventivas – intervenção focada nos esquemas.

Intervenção no luto

Luto: Processo de perda emocional (reacção à perda)

Objectivo: é conseguir fazer transferências em termos emocionais da vinculação em relação ao objecto perdido. Manter **memórias amenas** das expressões dessa mesma vinculação.

Tempo: há um certo tempo exigido para o desenrolar harmonioso de todas as **fases** implícitas no processo de luto normal – **6 meses**.



Negação

Raiva

Preocupação/depressão

Aceitação (resolução do luto)

- Necessário haver a oportunidade de processar e fazer o luto da perda.
- Importante reconhecer e aceitar que ocorreu uma perda significativa, mas levar o paciente a acreditar que levará muito tempo até que a paciente perceba o que significa essa perda.
- O luto é um trabalho psicológico duro e para evitar complicações que possam surgir no processo a pessoa de luto deve aproveitar os recursos disponíveis e o apoio psicológico.
- Necessário que mantenha cuidados físicos consigo própria (dieta, descanso, manter amizades).
- Respeitar sempre a rotina diária.

- ✓ Exercício regular e participar em actividades que funcionem como distractoras.
- ✓ Leva pelo menos um ano a lidar com todas os aniversários e datas especiais que desencadeiam sentimentos intensos, mas também são estes mesmos sentimentos que a vão ajudar a aprender a viver com a perda.
- ✓ “Esperar o inesperado” – Colapso emocional – faz parte do processo de luto.
- ✓ Muitas pessoas dizem que “estão a ficar malucas” porque sonham, visualizam, pensam ou procuram o ente querido, o que não passam de reacções normais que tendem a dissipar-se com o tempo.
- ✓ Ler sobre o assunto irá ajudá-la a partilhar a sua experiência de luto com a dos outros.