



FACULDADE
ADVENTISTA DA BAHIA

SUICÍDIO ENTRE JOVENS:

Informando para prevenir

Precisamos falar sobre isso



ANA ELISA GOMES MATOS VIEIRA

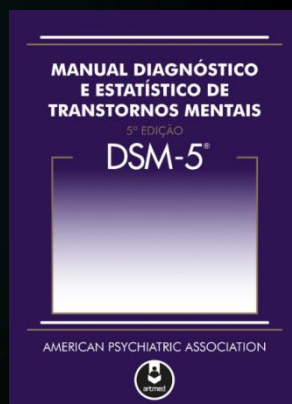
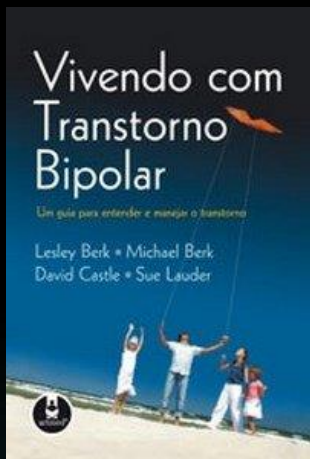
PSICÓLOGA CLÍNICA

PSICOTERAPIA SISTÊMICA E TCC

AEMVIEIRA@GMAIL.COM

(71) 988939903

BIBLIOGRAFIA BÁSICA E COMPLEMENTAR



TRANSTORNOS DEPRESSIVOS- DSM 5

1. TRANSTORNOS DEPRESSIVOS:

- ▶ Transtorno Depressivo Maior
- ▶ Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor
- ▶ Transtorno Depressivo Persistente (Distimia)
- ▶ Transtorno Disfórico Pré- menstrual.
- ▶ Transtorno Depressivo Induzido por Substâncias/ Medicamentos
- ▶ Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica
- ▶ Outro Transtorno Depressivo Especificado
- ▶ Transtorno Depressivo não Especificado

Transtorno Depressivo Persistente (Distímia)

- ▶ A. O humor deprimido na maior parte do dia, durante mais dias do que não, conforme indicado por relato subjetivo ou observação por outros, por, pelo menos, 2 anos. Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável e a duração deve ser de pelo menos 1 ano.
- ▶ B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) dos seguintes: 1. Falta de apetite ou comer demais. 2. Insônia ou hipersonia. 3. Baixa energia ou fadiga. 4. Baixa autoestima. 5. Falta de concentração ou dificuldade em tomar decisões. 6. Sentimentos de desesperança.
- ▶ C. Durante o período de 2 anos (1 ano para crianças ou adolescentes) da perturbação, o indivíduo nunca esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de 2 meses.
- ▶ D. Critérios para um transtorno depressivo maior podem ser continuamente presentes por 2 anos.

Transtorno Depressivo Persistente (Distímia)

- ▶ E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio de hipomania e os critérios não foram cumpridos para o transtorno ciclotímico.
- ▶ F. A perturbação não é melhor explicada por um transtorno persistente esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante, ou outro do espectro da esquizofrenia determinado ou indeterminado e outro transtorno psicótico.
- ▶ G. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (por exemplo, hipotireoidismo).
- ▶ H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas áreas social, ocupacional ou outras importantes de funcionar.

Transtorno Disfórico Pré- menstrual

Critérios Diagnósticos

- ▶ A. Na maioria dos ciclos menstruais , pelo menos cinco sintomas devem estar presentes na última semana antes do início da menstruação, para melhorar a começar dentro de poucos dias após o início da menstruação, e tornam-se mínimos ou ausentes nos pós- menstrual.
- ▶ B. Um (ou mais) dos seguintes sintomas devem estar presentes:
 - ▶ 1. Labilidade afetiva (por exemplo, alterações de humor, sentindo-se subitamente triste ou chorosa, ou sensibilidade à rejeição in-vincado).
 - ▶ 2. Irritabilidade acentuada, raiva ou aumento de conflitos interpessoais.
 - ▶ 3. Marcado humor deprimido, sentimentos de desesperança ou pensamentos de autodepreciativo.
 - ▶ 4. Ansiedade acentuada, tensão e / ou sentimentos de ser tenso ou nervoso.

Transtorno Disfórico Pré- menstrual.

- ▶ C. Um (ou mais) dos seguintes sintomas devem estar presentes, adicionalmente, para chegar a um total de cinco sintomas, quando combinado com os sintomas de Critério B acima.
- ▶ 1. Diminuição do interesse em atividades habituais (por exemplo, trabalho, escola, amigos, passatempos),
- ▶ 2. Dificuldade subjetiva em concentração.
- ▶ 3. Letargia, cansaço fácil ou acentuada falta de energia.
- ▶ 4. Mudança significativa no apetite, excessos, ou compulsões alimentares específicos.
- ▶ 5. Hipersonia ou insônia.
- ▶ 6. A sensação de estar sobrecarregado ou fora de controle.
- ▶ 7. Sintomas físicos, como sensibilidade mamária ou inchaço, dores articulares ou musculares, uma sensação de "inchaço", ou ganho de peso.
- ▶ Nota: Os sintomas nos Critérios AC devem ter sido cumpridos para ciclos menstruais mais que ocorreram no ano anterior.

Transtorno Depressivo Maior

- ▶ É a condição clássica desse grupo de transtornos.
- ▶ Pode aparecer a primeira vez em qualquer idade, mas a probabilidade de início aumenta com a puberdade.
- ▶ Em torno dos 20 anos nos Estados Unidos.
- ▶ A prevalência de 12 meses do TDM nos Estados Unidos é de aproximadamente 7%, com acentuadas diferenças por faixa etária, sendo que a prevalência em indivíduos de 18 a 29 anos é três vezes maior do que em indivíduos acima dos 60 anos.
- ▶ Pessoas do sexo feminino experimentam índices 1,5 a 3 vezes mais altos do que as do masculino, começando na adolescência.



Transtorno Depressivo Maior

Principais queixas, sintomas:

- Dores diversas, diminuição da vontade sexual.
- Tontura, dificuldade para pensar, concentrar-se, lembrar
- Formigamento, alteração do apetite ou sono.
- Peso e vazio na cabeça, pensamentos sobre morrer, sensações de que a vida não tem sentido.
- Tremores, sentimento de incompetência.
- Aperto no peito, agitação, retardo psicomotor, culpa, sentimentos de desvalorização,
- Arrepio
- Nervosismo, alteração do apetite
- Angústia

Transtornos Depressivos- DSM 5

Transtorno Depressivo Maior

- ▶ Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes no período de 2 semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior:
 - ▶ Humor deprimido na maior parte do dia;
 - ▶ Acentuada diminuição do interesse ou prazer em atividades;
 - ▶ Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta;
 - ▶ Insônia ou hipersonia;
 - ▶ Agitação ou retardo psicomotor;
 - ▶ Fadiga ou perda de energia;;
 - ▶ Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada;
 - ▶ Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão;
 - ▶ Pensamentos recorrentes de morte e/ou ideação suicida.
- ▶ Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo;
- ▶ O episódio não é atribuível aos efeitos de substância ou condição médica.

Critérios Diagnósticos

- ▶ Doença muito prevalente;
- ▶ Grande sofrimento e prejuízo ao desempenho social e ocupacional a quem é acometido;
- ▶ Doença incapacitante que atinge por volta de 350 milhões de pessoas no mundo;
- ▶ Grande causa de mortes. (15% tentam suicídio);
- ▶ Quadros variam de intensidade e duração: leves, moderados e graves;
- ▶ Muitas vezes é expressa por queixas somáticas:
 - ▶ Dores diversas, tonturas, mal estar indefinido, peso, vazio na cabeça ou no corpo, aperto no peito, angústia e nervosismo;

Critérios Diagnósticos - CID 10

- ▶ TRANSTORNO DE HUMOR (AFETIVO)
- ▶ O indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços apenas leves é comum. Outros sintomas comuns são:
 - ▶ Concentração e atenção reduzidas;
 - ▶ Autoestima e autoconfiança reduzidas;
 - ▶ Ideias de culpa e inutilidade;
 - ▶ Visões desoladas e pessimistas do futuro;
 - ▶ Ideias ou atos autolesivos ou suicídio;
 - ▶ Sono perturbado;
 - ▶ Apetite diminuído.

Causas

- ▶ As causas de depressão são múltiplas, de maneira que somadas podem iniciar a doença. Fatores genéticos e neuroquímicos (neurotransmissores cerebrais) somados a fatores ambientais, sociais e psicológicos:
 - ▶ Disfunção bioquímica do cérebro;
 - ▶ Acontecimentos traumáticos;
 - ▶ Estresse físico e psicológico (Relação com cortisol);
 - ▶ Doenças sistêmicas (ex: hipotireoidismo);
 - ▶ Consumo de drogas lícitas (ex: álcool) e ilícitas (ex: cocaína);
 - ▶ Alguns medicamentos (ex: anfetaminas).
- ▶ Mulheres parecem ser mais vulneráveis aos estados depressivos em virtude da oscilação hormonal a que estão expostas principalmente no período fértil.

Diagnóstico Diferencial

- ▶ Episódios maníacos com humor irritável ou episódios mistos
- ▶ Transtorno do humor devido a outra condição médica
- ▶ Transtorno depressivo ou bipolar induzido por substância/medicamento
- ▶ Transtorno déficit de atenção/hiperatividade
- ▶ Transtorno de Adaptação com humor deprimido
- ▶ Tristeza

Comorbidades

- ▶ Transtornos relacionados ao uso de substâncias
- ▶ Transtorno de Pânico
- ▶ Transtorno Obsessivo Compulsivo
- ▶ Transtorno de Personalidade Boderline
- ▶ Anorexia e Bulimia Nervosa



Especificar

- ▶ Com sintomas ansioso
- ▶ Com características mistas
- ▶ Com características melancólicas
- ▶ Com características atípicas
- ▶ Com características psicóticas congruentes com o humor
- ▶ Com características psicóticas incongruentes com o humor
- ▶ Com catatonia com início no periparto
- ▶ Com padrão sazonal

(APA, 2014)

Caracterização da gravidade da Depressão:

▶ Ideação Suicida:

- a) Presença de Depressão
- b) Falar sobre suicídio
- c) Comportamento de Despedida
- d) Mudança Brusca de Comportamento
- e) Tentativa anterior



Suicídio: informando para prevenir”.

Todos os anos são registrados cerca de dez mil suicídios no Brasil e mais de um milhão em todo o mundo. Por sugestão da Comissão de Ações Sociais (CAS) do Conselho Federal de Medicina (CFM), essa silenciosa epidemia tornou-se uma das prioridades da Câmara Técnica de Psiquiatria da entidade que, com o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), lança esta cartilha, intitulada “Suicídio: informando para prevenir”.

Suicídio: informando para prevenir

- ▶ O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios. Em 2012 foram registradas 11.821 mortes, cerca de 30 por dia, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres. Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes, sendo observado um aumento de mais de 30% em jovens. Os números brasileiros devem, entretanto, ser analisados com cautela. Em primeiro lugar porque pode haver uma subnotificação do número de suicídios, em segundo lugar porque há uma grande variabilidade regional nas taxas.

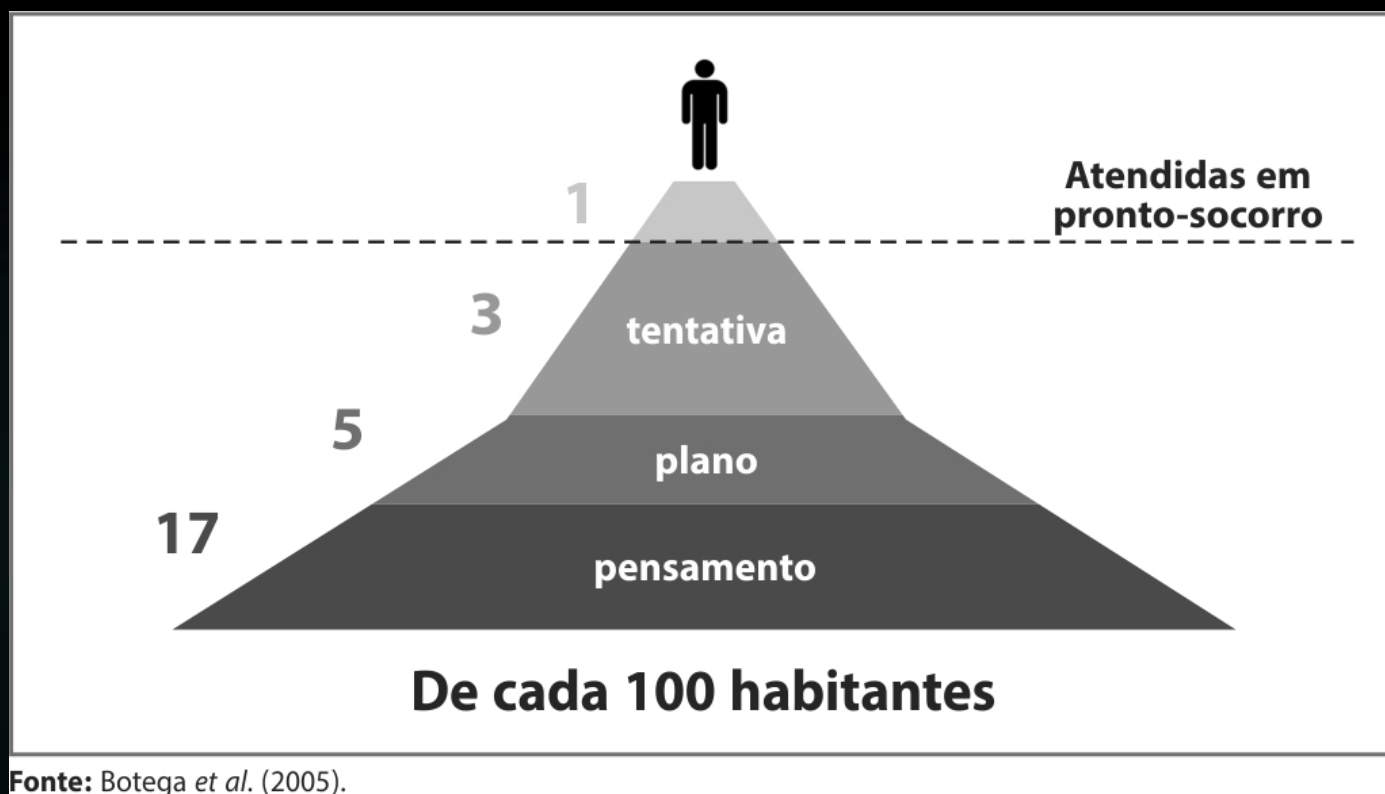
Suicídio: informando para prevenir

As entidades médicas acreditam em uma sociedade engajada na defesa pela vida e em gestores comprometidos com políticas públicas que realmente transformem esse cenário. É possível prevenir o suicídio, desde que os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecer os seus fatores de risco

Suicídio: informando para prevenir

O suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal. Também fazem parte do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio. Uma pequena proporção do comportamento suicida chega ao nosso conhecimento.

Comportamento suicida ao longo da vida



AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Nome: _____ | Sexo: () M () F | Idade: ____ anos

Data: __/__/__ | Profissional: _____

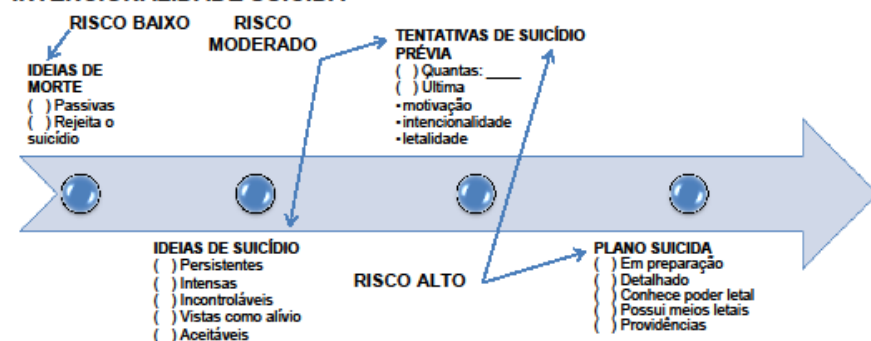
O QUE ESTÁ ACONTECENDO?

- () Desencadeante _____
- () Motivação _____
- () Significado do morrer _____

ESTADO MENTAL ATUAL

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| () Delírio/alucinação | () Incontinência afetiva | () Constrição cognitiva |
| () Depressão | () Instabilidade do humor | () Vergonha/humilhação |
| () Desesperança | () Ansiedade/inquietude | () Insônia |
| () Desespero (<i>psychache</i>) | () Impulsividade/agressividade | () Dor/incapacitação |
| () Colapso existencial | () Raiva | |

INTENCIONALIDADE SUICIDA



PRINCIPAIS FATORES DE RISCO

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| () Transtorno mental | () Suicídio na família | () Acesso a meio letal |
| () Tentativa de suicídio | () Discórdia familiar | () Rigidez cognitiva |
| () Alcool ou outra droga | () Desilusão amorosa | () Perfeccionismo |
| () Abuso físico ou sexual | () Relações conflituosas | () Conflito de identidade |
| () Exposição a um suicídio | () Desemprego | () Dor/incapacidade |
| () Isolamento | () Derrocada financeira | () Alta hospitalar recente |
| () Falta de apoio social | () Desonra | () Não adere a tratamento |

FORMULAÇÃO DO RISCO E MANEJO

- () **Risco baixo** [Paciente sem histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida, sem planejamento.]
- () **Risco moderado** [Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), sem planejamento. Ausência de impulsividade ou abuso/dependência de álcool ou drogas.]
- () **Risco alto** [Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), com planejamento e acesso à forma como planejou. Impulsividade, rigidez do propósito de se matar, desespero, delírium, alucinações, abuso/dependência de álcool ou drogas são fatores agravantes.]

Fontes:

Bolega, N. J. *Crise Suicida: Avaliação e Manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015. Pag. 160.
Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, *Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção, Versão Profissional, Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 1ª ed., 2016.*

A OMS E O SUICÍDIO

- ▶ O suicídio é uma grande questão de saúde pública em todos os países. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), é possível prevenir o suicídio, desde que, entre outras medidas, os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecerem os fatores de risco presentes, a fim de determinarem medidas para reduzir tal risco e evitar o suicídio

A OMS E O SUICÍDIO

- ▶ Na maioria das vezes, este primeiro contato não se dará com um psiquiatra, mas com um profissional dos serviços de pronto-atendimento, um médico da atenção básica, educadores e amigos.
- ▶ Revendo as diversas estratégias preventivas de suicídio, conclui-se que melhorar os serviços de saúde e desenvolver intervenções efetivas para o grupo de pacientes com risco de suicídio é fundamental, considerando-se que, como será visto adiante, uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para outra tentativa e para o próprio suicídio. Abordar adequadamente esse indivíduo pode garantir que sua vida esteja salva no futuro.

Quais as barreiras à detecção e à prevenção do suicídio?

- ▶ Diversos fatores podem impedir a detecção precoce e, conseqüentemente, a prevenção do suicídio.
- ▶ Durante séculos de nossa história, por razões religiosas, morais e culturais o suicídio foi considerado um grande “pecado”, talvez o pior deles.
- ▶ Ainda temos medo e vergonha de falar abertamente sobre esse importante problema de saúde pública.

Quais as barreiras à detecção e à prevenção do suicídio?

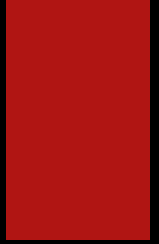
- ▶ Um tabu, arraigado em nossa cultura, por séculos, não desaparece sem o esforço de todos nós.
- ▶ Tal tabu, a dificuldade em buscar ajuda, a falta de conhecimento e de atenção sobre o assunto por parte dos profissionais de saúde e a ideia errônea de que o comportamento suicida não é um evento frequente condicionam barreiras para a prevenção.
- ▶ Lutar contra esse tabu é fundamental para que a prevenção seja bem-sucedida.

Mitos sobre o comportamento suicida

- Erros e preconceitos vêm sendo historicamente repetidos, contribuindo para formação de um estigma em torno da doença mental e do comportamento suicida.
- O estigma resulta de um processo em que pessoas são levadas a se sentirem envergonhadas, excluídas e discriminadas.

A tabela 1 ilustra os mitos sobre o comportamento suicida

Mitos- ver na cartilha



Fatores de risco

- **Tentativa prévia de suicídio-** Estima-se que 50% daqueles que se suicidaram já haviam tentado previamente.
- **Doença Mental-** quase todos os suicidas tinham uma doença mental, muitas vezes não diagnosticada, frequentemente não tratada ou não tratada de forma adequada.
- **Desesperança, desespero, desamparo e impulsividade:** impulsividade, principalmente entre jovens e adolescentes, figura como importante fator de risco. A combinação de impulsividade, desesperança e abuso de substâncias pode ser particularmente letal.
- **Gênero:** Os óbitos por suicídio são em torno de três vezes maiores entre os homens do que entre mulheres. Atualmente, há evidências de que os conflitos em torno da identidade sexual causem um maior risco de comportamento suicida,

Fatores de Risco

- ▶ As taxas de suicídio são maiores em pacientes com câncer; HIV; doenças neurológicas como esclerose múltipla, doença de Parkinson, doença de Huntington e epilepsia; doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico; doença pulmonar obstrutiva crônica; além de doenças reumatológicas, como o lúpus eritematoso sistêmico.
- ▶ Os sintomas não responsivos ao tratamento e os primeiros meses após o diagnóstico também constituem situações de risco.
- ▶ Pacientes com doenças clínicas crônicas apresentam comorbidades com transtornos psiquiátricos, com taxas variando de 52% a 88%.

Fatores de Risco

▶ **História familiar e genética:**

O risco de suicídio aumenta entre aqueles com história familiar de suicídio ou de tentativa de suicídio. Estudos de genética epidemiológica mostram que há componentes genéticos, assim como ambientais envolvidos. O risco de suicídio aumenta entre aqueles que foram casados com alguém que se suicidou.

Fatores de Risco

► **Eventos adversos na infância e na adolescência:**

. Maus tratos, abuso físico e sexual, pais divorciados, transtorno psiquiátrico familiar

. Na assistência ao adolescente, os médicos, os professores e os pais devem estar atentos para o abuso ou a dependência de substâncias associados à depressão, ao desempenho escolar pobre, aos conflitos familiares, à incerteza quanto à orientação sexual, à ideação suicida, ao sentimento de desesperança e à falta de apoio social.

. Um fator de risco adicional de adolescentes é o suicídio de figuras proeminentes ou de indivíduo que o adolescente conheça pessoalmente. Existe, também, o fenômeno dos suicidas em grupo ou comunidades semelhantes que emitem o estilo de vida

Fatores de Risco

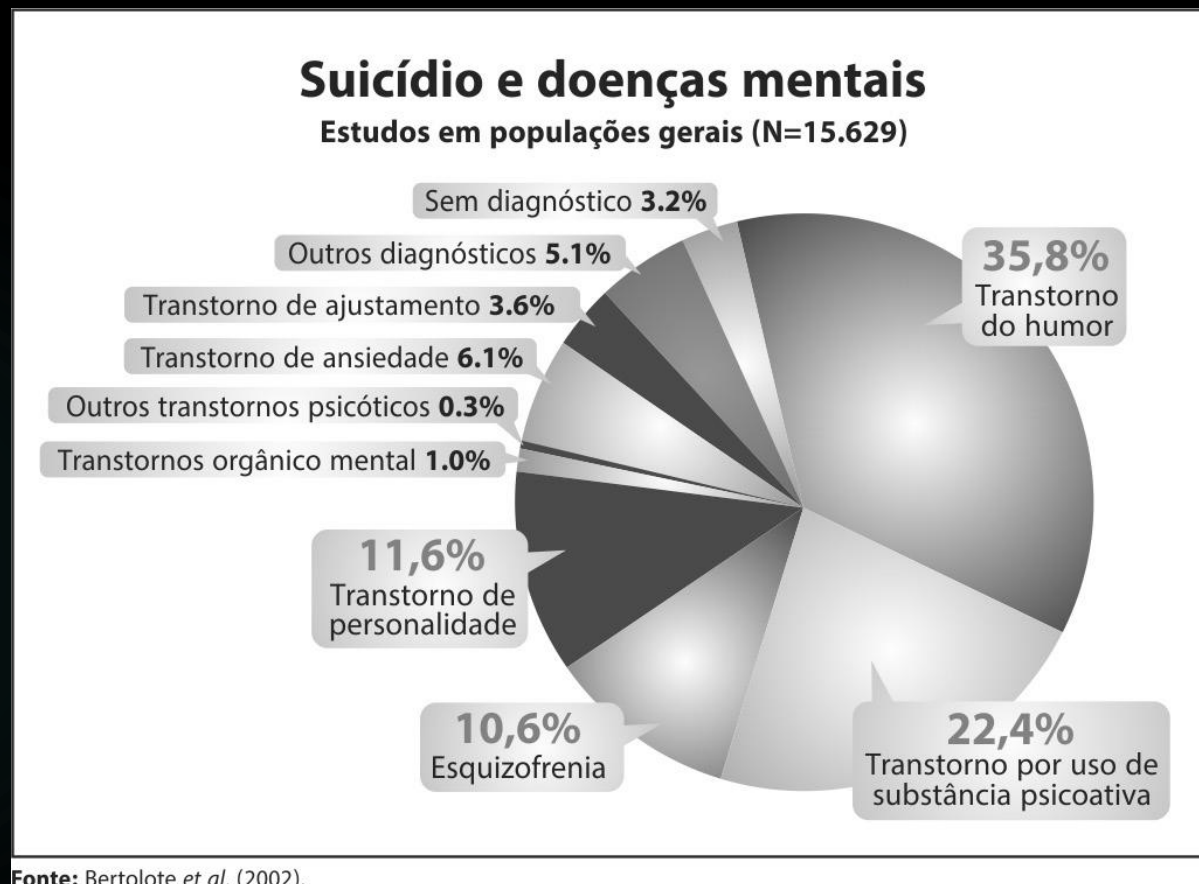
- ▶ Fatores sociais:

O sociólogo Emile Durkheim assinalou, no século XIX, um conceito de laço social que ainda hoje nos é muito útil. Quanto maiores os laços sociais em uma determinada comunidade, menores seriam as taxas de mortalidade por suicídio

Fatores de Risco

- ▶ Desempregados com problemas financeiros ou trabalhadores não qualificados têm maior risco de suicídio: a taxa referente a mortes deste tipo aumenta em períodos de recessão econômica, principalmente nos três primeiros meses da mudança de situação financeira ou de desemprego.
- ▶ Viver sozinho parece aumentar o risco de suicídio, com taxas mais elevadas

Suicídio e doenças mentais



Fonte: Bertolote et al. (2002).

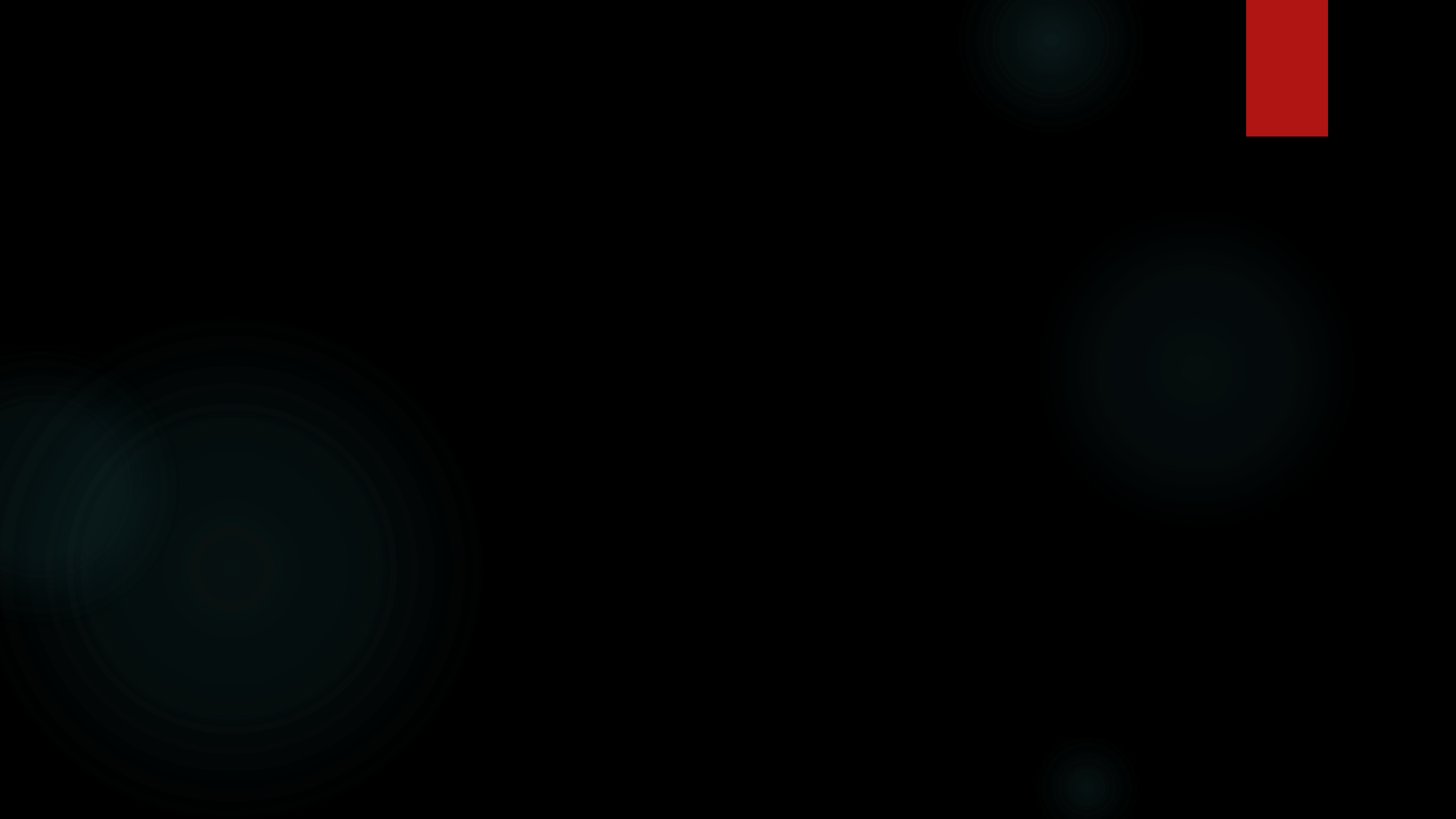
Caracterização da gravidade da Depressão: **Suicídio**

Inventário de Razões para viver

- ▶ Identifique as razões para viver que você tem no presente (ou já teve no passado) que evitaria que você cometesse o suicídio se a ideia lhe ocorresse:
- ▶ Tenho responsabilidade e compromisso com minha família ()
- ▶ Acredito que posso aprender a me ajustar ou a lidar com meus problemas ()
- ▶ Acredito ter o controle de minha vida ()
- ▶ Tenho medo da morte ()
- ▶ Quero ver meus filhos crescer ()
- ▶ A vida é tudo que temos e é melhor do que nada ()
- ▶ Tenho planos futuros que desejo realizar ()
- ▶ Não importa o quanto eu me sinta mal, sei que isto não vai durar ()
- ▶ Amo e curto minha família demais e não poderia deixá-los ()
- ▶ Tenho medo de que a tentativa de me matar falhe ()
- ▶ Quero experimentar tudo o que a vida tem a oferecer, e há muitas experiências que eu ainda não vivi e quero ter ()

Caracterização da gravidade da Depressão:

- ▶ Não seria justo deixar os filhos para os outros cuidarem ()
- ▶ Tenho amor à vida ()
- ▶ Sou estável demais para me matar ()
- ▶ Minhas crenças religiosas não permitem isso ()
- ▶ O efeito em meus filhos poderia ser prejudicial ()
- ▶ Eu magoaria minha família demais e não quero que eles sofram ()
- ▶ Preocupa-me saber o que os outros pensariam de mim ()
- ▶ Considero isto moralmente errado ()
- ▶ Ainda tenho muitas coisas a fazer ()
- ▶ Tenho coragem para enfrentar a vida ()
- ▶ Tenho medo do “ato” real de me matar (a dor, o sangue, a violência) ()
- ▶ Acho que me matar não resolveria realmente nada ()
- ▶ Os outros pensariam que sou fraco e egoísta ()
- ▶ Eu não quero que as pessoas pensem que não tive controle de minha vida ()
- ▶ Eu não gostaria que minha família se sentisse culpada por isso ()
- ▶
- ▶
- ▶



Adiando o impulso em momentos de crise

- Tirar uma soneca (Diminui o sofrimento – Tempo para pensar – Restaura)
- • Conversar com alguém
- • Conversar com o terapeuta
- • Conversar com serviço de ajuda por telefone.



CVV-Centro de Valorização da Vida



Estratégias para adiar impulsos suicidas

- ▶ Tornar difícil a possibilidade de se matar – Livre-se de armas – Jogue fora remédios guardados – Não tenha bebida em casa • Autocuidado – Comer bem, dormir, asseio, higiene, tomar os remédios, – Agradar os cinco sentidos.



Estratégias para adiar impulsos suicidas

- ▶ Identificando pessoas que se preocupam comigo • Escrever o nome de todas as pessoas com quem você tem algum tipo de relacionamento – Todas as pessoas com quem você conversou nas últimas HORAS e que sabem seu nome.



Estratégias para adiar impulsos suicidas

- ▶ Pessoas que sabem seu endereço, número de telefone, data de aniversário – Pessoas que o cumprimentaram, elogiaram, escreveram uma carta, mandaram um e-mail recentemente – Pessoas que ficariam muito tristes ao saber de sua morte – Pessoas que ficariam muito contentes em ter notícias suas e que há muito tempo você não tem contato. – Pessoas que você namorou, beijou ou teve um relacionamento mais íntimo. • Não censure ou desqualifique sua lista.



Função Dos Neurotransmissores

▶ DOPAMINA, NORADRENALINA E SEROTONINA

- ▶ Dopamina: Relacionada com o desejo de realizar algo, o efeito recompensa e o prazer;
- ▶ Noradrenalina: Comanda o sentido de alerta, a concentração e a energia;
- ▶ Serotonina: Relacionada com o controle das obsessões, compulsões e a memória;
- ▶ Dopamina e Noradrenalina: Controle da atenção;
- ▶ Noradrenalina e Serotonina: Controle da ansiedade, comportamento impulsivo e irritabilidade;
- ▶ Dopamina e Serotonina: Controla o apetite sexual e a agressividade.

Todas as três controlam as funções cognitivas e o humor, portanto, a falta deles irá diminuir, inibir tudo aquilo a que estão relacionados.

Modelo Cognitivo da Depressão

- ▶ Cognições, comportamentos e bioquímicas são todos componentes importantes dos Transtornos Depressivos;
- ▶ Sem negar a importância dos fatores biológicos, a formulação cognitiva da depressão entende os sintomas depressivos como resultado das distorções cognitivas. O processamento da informação será muito importante na sintomatologia depressiva;
- ▶ Este conteúdo distorcido não necessariamente causa a depressão, mas é um importante fator para a manutenção do transtorno, ou seja, é um processo central na depressão.
- ▶ Distorções nos 3 níveis de cognição: Pensamentos Automáticos; Crenças intermediárias; Crenças Nucleares.

Pensamentos Automáticos

- ▶ Pensamentos Automáticos: São as cognições do nível mais superficial da consciência, desta forma são as primeiras cognições trabalhadas no tratamento.
- ▶ O conteúdo destes PA é distorcido pela perpetuação de crenças.
- ▶ Exemplos:
 - ▶ “Jamais serei feliz novamente.”
 - ▶ “A vida não vale a pena”.
 - ▶ “Ninguém se importa comigo.”
 - ▶ “Sou feio, burro, sem valor.”



Pensamentos sobre depressão

- ▶ Eu não estou doente (ou não preciso de ajuda)
- ▶ Apenas pessoas fracas ficam deprimidas
- ▶ Eu mereço ficar deprimido já que sou uma carga para todo mundo
- ▶ A depressão não é uma reação normal a um mau estado de coisas?
- ▶ A depressão é incurável
- ▶ Eu pertenço à pequena porcentagem que não responde a nenhum tratamento
- ▶ A vida não vale ser vivida, então por que eu deveria tentar superar a minha depressão?

Pensamentos sobre a medicação (antes de tomá-la)

- ▶ É viciante
- ▶ Eu serei mais forte se eu não precisar de medicamento
- ▶ Eu sou fraco por precisar disso (um aleijado)
- ▶ Não funcionará para mim
- ▶ Se eu não tomo a medicação, eu não estou louco
- ▶ Eu não consigo tolerar efeitos colaterais
- ▶ Eu jamais me livrarei da medicação uma vez que eu começar
- ▶ Não há nada que eu precise fazer, exceto tomar o remédio
- ▶ Eu apenas preciso tomar a medicação em “maus dias”

Pensamentos sobre a medicação (enquanto a toma)

- ▶ Já que eu não estou perfeitamente bem (ou nenhum pouco melhor) depois de dias ou semanas, o remédio não está funcionando.
- ▶ Eu deveria me sentir bem imediatamente
- ▶ O remédio resolverá todos os meus problemas
- ▶ O remédio não resolverá os problemas, então, como ele pode ajudar?
- ▶ Eu não consigo tolerar a tontura (ou confusão) ou outros efeitos colaterais
- ▶ Isso me transforma em um zumbi

Distorções Cognitivas

- ▶ Pensamentos exagerados e irracionais;
- ▶ Formas de pensar distorcidas da realidade e que gera grande sofrimento;

- ▶ Exemplos:
 - ▶ Catastrofização
 - ▶ “Jamais serei realizado.”
 - ▶ Rotulação:
 - ▶ “Sou incapaz.”
 - ▶ Pensamento Dicotômico:
 - ▶ “Se eu não for um sucesso total, serei um fracasso.”
 - ▶ Generalização:
 - ▶ “Todas as pessoas me farão infeliz.”

Crenças Intermediárias

- ▶ Nível intermediário das cognições, .Consistem em atitudes, regras e suposições. Essas crenças influenciam a visão de uma situação, o que por sua vez, influencia como se pensa, sente e se comporta. Se...Então.
- ▶ Exemplos:
 - ▶ “Se os outros não gostarem de mim, então serei infeliz”;



Crenças Centrais

- ▶ Resultado de um processo contínuo de aprendizado, através das experiências do indivíduo e desenvolvido pela identificação com pessoas importantes de sua vida, bem como pela percepção das atitudes destas pessoas em relação a si.
- ▶ São entendimentos tão fundamentais e profundos que são consideradas pela pessoa como verdades absolutas, globais, rígidas e supergeneralizadas.
- ▶ Uma vez formada uma crença central disfuncional, influenciará a forma como percebemos e interpretamos os acontecimentos externos.
- ▶ Na depressão as crenças são extremamente rígidas, generalizadas e distorcidas:
- ▶ Exemplos:
 - ▶ “Sou um fracasso”;
 - ▶ “Não tenho valor”;
 - ▶ “Não sou amado”.

Tríade Cognitiva

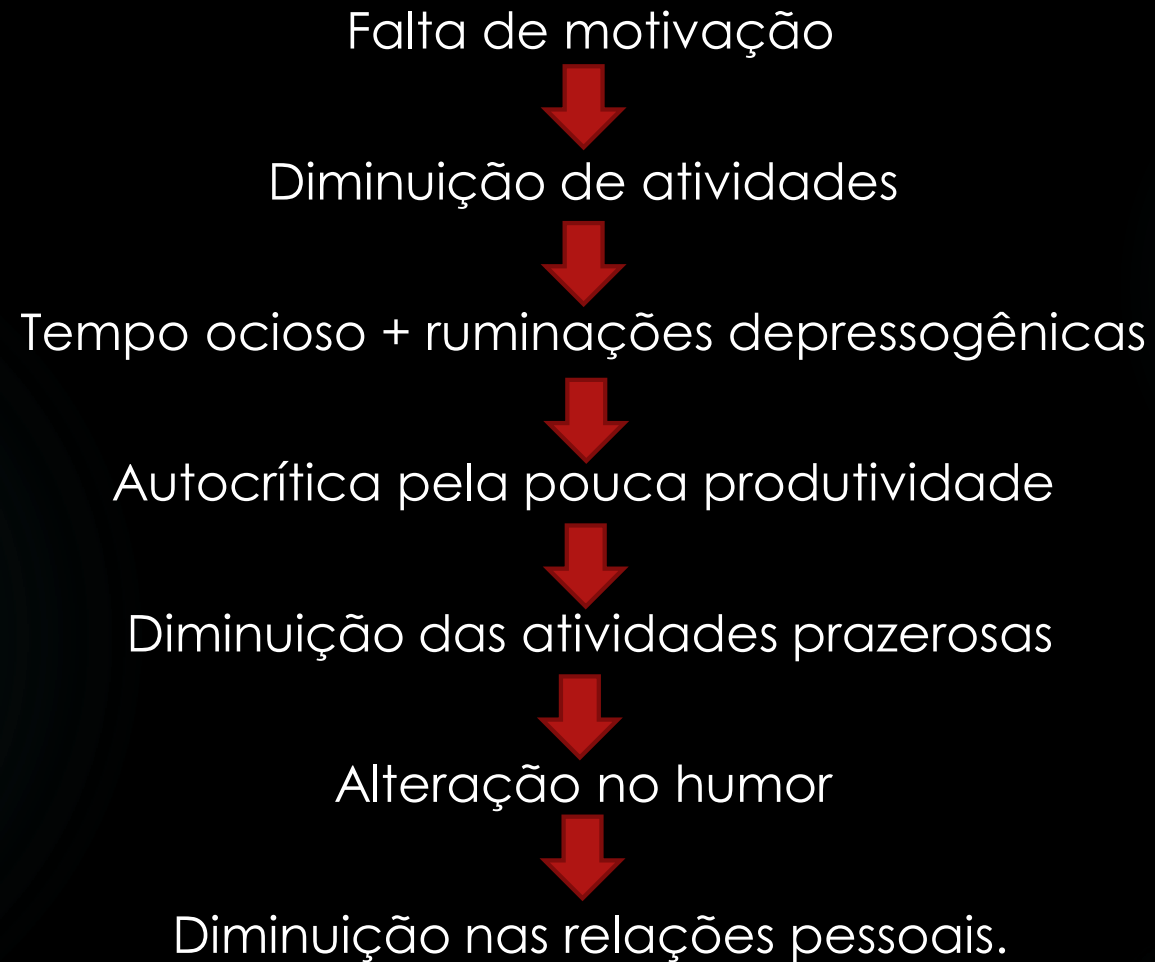
- ▶ Os pacientes deprimidos distorcem, consistentemente, suas interpretações dos acontecimentos de modo que eles mantêm visões distorcidas de si próprio, do ambiente e do futuro.
 - ▶ **Visão de si:** Sem valor, inadequado, indesejável, inferior, deficiente, incapaz;
 - ▶ **Visão do seu ambiente:** Esmagador, hostil, perigoso;
 - ▶ **Visão do futuro:** Sem esperança.

Manutenção Da Depressão: Círculo Vicioso

- ▶ Aspectos neurobiológicos: Suscetibilidade para depressão;
- ▶ Estressores ambientais: Eventos Negativos;
- ▶ Aspectos neuropsicológicos: Alterações na memória e na atenção: Tendência a evocação de informações distorcidas;
- ▶ Aspectos cognitivos: Processamento cognitivo mais automático. Tendência a evocação de informações distorcidas;
- ▶ Tendência a maximizar qualquer aspecto negativo.



Manutenção Da Depressão: Círculo Vicioso



Plano de Tratamento - TCC

- ▶ Avaliação;
- ▶ Objetivos e metas;
- ▶ Familiarização ao modelo cognitivo;
- ▶ Formulação Cognitiva do caso;
- ▶ Intervenções Cognitivas e comportamentais;
- ▶ Término do Tratamento.



Avaliação

- ▶ Levantamento de problemas atuais e sintomas;
- ▶ Levantamento de co-morbidades;
- ▶ Risco de suicídio;
- ▶ Aspectos cognitivos, comportamentais e interpessoais;
- ▶ Administração de testes e questionários;
- ▶ Abuso/dependência de substâncias psicoativas;
- ▶ Introdução/modificação da medicação.

Avaliação

- ▶ Objetivo de identificar os déficits e excessos em áreas da vida do paciente;
 - ▶ Excessos comportamentais: Vitimização, engajamento em atividades monótonas, comportamentos hostis;
 - ▶ Déficits comportamentais: Dificuldade em ser assertivo, inabilidades sociais, dificuldade de comunicação e escuta;

Avaliação - suspensos

▶ Instrumentos Diagnósticos:

- ▶ BDI: Avalia a intensidade da depressão, a partir de uma variedade de sintomas desde autocrítica até sintomas afetivos, cognitivos e interpessoais;
- ▶ BAI: Avalia a intensidade da ansiedade expressa em sintomas comuns da ansiedade;
- ▶ BHS: A BHS é uma medida de desesperança e oferece indícios sugestivos de risco de suicídio em sujeitos deprimidos ou que tenham história de tentativa de suicídio;
- ▶ BSI: Detecta a presença de ideação suicida, mede a extensão da motivação e planejamento de um comportamento suicida.



MODELO DE ENTREVISTA INICIAL

ENTREVISTA INICIAL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome

Filiação

Idade

Sexo

Naturalidade

Estado civil

Profissão

Religião

Residência

QUEIXA PRINCIPAL

O que te incomoda?

Por que te incomoda?

Você se lembra como e quando surgiu?

O que você sente exatamente? O que isso interfere no seu emocional?

Quando ocorrem esses sintomas? Descreva-os. Onde ocorrem? Qual frequência? Com quem?

Como se sente quando percebe que vai iniciar o processo?

O que você faz para evitar esse comportamento?

Há alguma situação ou fator de risco (perigo) ou externa que forneça o surgimento dos seus sintomas, ou até mesmo que piore as sensações?

O que você pensa sobre uma pessoa que tenha as mesmas dificuldades que você tem?

Você acredita que essas sensações afetam seus relacionamentos de um modo geral?

SITUAÇÃO DE VIDA ATUAL

Como está sua relação com a vida atualmente?

E com a família?

E o trabalho?

Como está o lazer? Qual(ais) seu(s) interesses e atividades durante as horas vagas?

Você está satisfeita com a vida que está levando?

DESENVOLVIMENTO

Descrição dos pais.

Relacionamento com os pais e irmãos.

Quais foram os principais acontecimentos desde a infância até a idade atual.

Como foi o processo escolar.

Qual o nível de realização, satisfação, alegria, interesse, escolhas vocacionais. Quais os problemas enfrentados.

Como foi a relação de amizade desde a infância até a vida atual.

Relacionamentos íntimos.

EXPERIÊNCIAS TRAUMÁTICAS

Na família.

Problemas médicos, psicológicos ou de abuso de substância na família.

Abuso sexual ou físico.

HISTÓRIA MÉDICA

Saúde atual.

Quais medicações são usadas.

Problemas médicos anteriores.

Abuso de drogas.

História familiar de saúde.

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA E/OU PSICOTERAPÊUTICA:

Quando? Com quem? Por que? Benéfica ou não?

Problemas na terapia? Ocorrências anteriores de problemas atuais, curso e resultado.

Objetivos e Metas

- ▶ Paciente e terapeuta trabalham juntos;
- ▶ Determinar prioridades entre eles de acordo com o sofrimento;
- ▶ Lista de problemas;
- ▶ Lista de metas (curto, médio e longo prazo).

Objetivo central: Romper o ciclo vicioso que perpetua a depressão por meio de técnicas de ativação comportamental, bem como identificar e modificar pensamentos e crenças disfuncionais que mantêm a depressão.

Objetivos e Metas

- ▶ Promoção da ativação comportamental;
- ▶ Aumento dos comportamentos que geram gratificação e recompensa;
- ▶ Planejamento de atividades e programação de gratificações;
- ▶ Estímulo às relações sociais;
- ▶ Melhora da assertividade;
- ▶ Melhora da autoestima e diminuição da autocrítica;
- ▶ Auxílio no desenvolvimento de perspectivas a curto, médio e longo prazo.

Questões a serem feitas

- ▶ 1.As metas envolvem mudar coisas a seu respeito?
- ▶ 2.As metas envolvem mudar coisas sob seu controle?
- ▶ 3.As metas são realistas?

Questões para priorizar as metas gerais

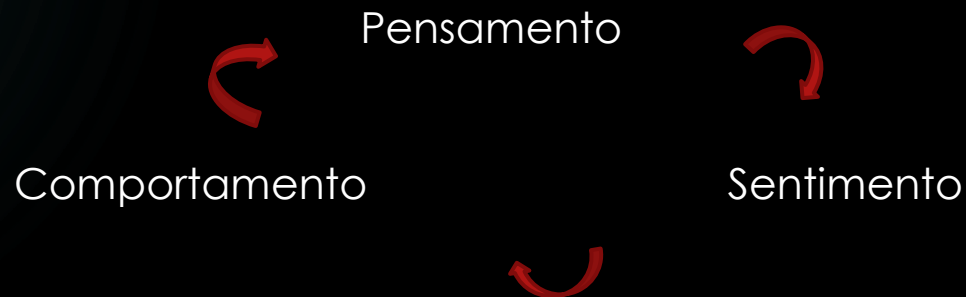
- ▶ Você precisa fazer alguma dessas metas imediatamente a fim de evitar uma crise?
- ▶ Que meta faria a mais rápida melhora em sua vida?
- ▶ Há outra meta que você precise alcançar primeiro antes de realizar aquelas das perguntas acima?
- ▶ Qual dessas metas é a mais importante para você?
- ▶ Qual dessas metas é a mais fácil

Questões para o estabelecimento de metas específicas

- ▶ 1. Que pequenos passos mostrariam que você estaria se aproximando da meta?
- ▶ 2. O que você precisa fazer primeiro antes que a meta se torne possível?
- ▶ 3. Quantas semanas ou meses você pensa que serão necessários para alcançar a meta? Cite uma ou duas coisas que você deveria fazer primeiro.
- ▶ 4. Qual seria o primeiro sinal indicativo de que você estaria progredindo?
- ▶ 5. Se esta fosse a meta de um amigo, o que você o aconselharia a fazer para começar?
- ▶ 6. Há uma ou duas pequenas mudanças que fariam você se sentir melhor e fariam com que você soubesse que está na direção certa?
- ▶ 7. Você quebrou sua meta em vários pequenos passos?
- ▶ 8. Suas metas específicas são observáveis? Como vai saber que está progredindo? Que diferença isto fará em sua vida

Familiarização ao Modelo Cognitivo.

- ▶ Já deve iniciar na primeira sessão. É importante que o paciente aprenda todos os princípios básicos da terapia, de como funciona o tratamento e o que se espera de cada uma das partes da dupla terapêutica.
- ❖ Psicoeducação do modelo cognitivo;



Formulação Cognitiva do Caso

- ▶ Contém aspectos como:
 - ▶ Pensamentos automáticos;
 - ▶ Crenças intermediárias;
 - ▶ Crenças centrais;
 - ▶ Estratégias compensatórias;
 - ▶ Aspectos importantes da história de vida;
 - ▶ Comportamentos excessivos ou deficitários.
- ▶ Compartilhada com o paciente que pode concordar ou não. Nunca está pronta, pois sempre terão novas informações, consequentemente se aprimorando e lapidando.

Formulação Cognitiva do Caso

Nome do Paciente:

Data:

Data de nascimento:

BAI

BDI

BHS

Diagnóstico /Sintomas:

Influências do desenvolvimento:

Questões Situacionais:

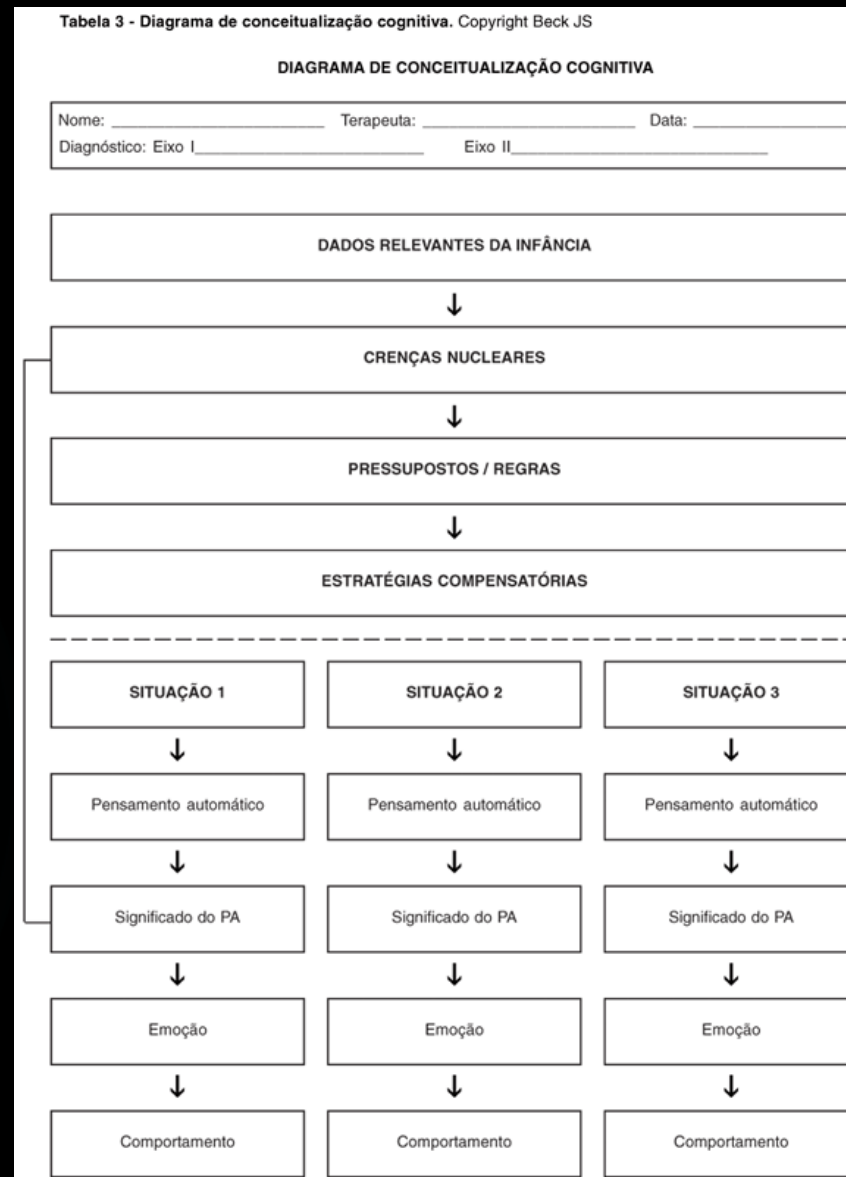
Fatores biológicos, genéticos e médicos:

Pontos fortes/ qualidades:

Metas do tratamento:

Formulação Cognitiva do Caso

Tabela 3 - Diagrama de conceitualização cognitiva. Copyright Beck JS



Intervenções Cognitivas e Comportamentais

- ▶ Técnicas Cognitivas
 - ▶ Como os pensamentos geram sentimentos;
 - ▶ RPD (Registro de Pensamento Disfuncional);
 - ▶ Pensamentos x Possíveis fatos;
 - ▶ Categorização das distorções cognitivas;
 - ▶ Exame de evidências;
 - ▶ Curtograma;
 - ▶ Seta descendente.
 - ▶ Vantagens e Desvantagens



RPD- Registro de Pensamentos Disfuncionais

1.Situação	2. Pensamento	3. sentimento	4. Comportamento
Fazer amizade com uma pessoa que acho interessante	Não saberei o que dizer, vou parecer estranha	Tristeza	Não vai a festas

CRENÇA CENTRAL- SOU INADEQUADA

BDI- Inventário de Depressão de Beck

BDI _____ Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracasei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
--	---

Subtítulo da Página 1 CONTINUAÇÃO NO VERSO

PEARSON
Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

Casa do Psicólogo®
© 2001 Casapal Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BDI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

Diálogo Socrático

- O terapeuta modela estratégias de coping ao recorrer a questões que expandem o pensamento formado pelo doente.
- Frequentemente os doentes comunicam que quando confrontados com novas situações que lhes provocam ansiedade, começam a perguntar-se a si próprios as mesmas questões que o terapeuta lhes colocava:
 - *“Qual é a evidência?”*;
 - *“Onde é está a lógica?”*;
 - *“O que é que tem a perder?”*;
 - *“O que é que tem a ganhar?”*,
 - *“Qual é a pior consequência se isso acontecer?”*;
 - *“O que é eu posso aprender com esta experiência?”*

Beck, 1985

Seta descendente

- Buscar significados dos pensamentos e despotencializar os pensamentos negativos.
- ❖ O que um pensamento significa para o paciente = crenças intermediárias
- ❖ O que um pensamento significa sobre o paciente = crenças centrais
- Forma de acesso aos medos subjacentes (pressupostos).
- ❖ O que aconteceria se fosse verdade?
- ❖ O que significa isso para você?

Intervenções Cognitivas e Comportamentais

- ▶ Técnicas Comportamentais: Automonitoramento
 - ▶ Planejamento de atividades prazerosas;
 - ▶ Dramatização;
 - ▶ Inversão de papéis;
 - ▶ Treinamento de habilidades sociais;
 - ▶ Treinamento de assertividade.



A AÇÃO PRECEDE A
MOTIVAÇÃO

Ativação Comportamental

Estratégias:

- ▶ Atividades e situações passíveis de mudança de comportamento e reforço positivo • Estratégias de ativação e envolvimento para aplicação e resolução de problemas : automonitoramento, agendamento de atividades, atribuição gradual de tarefas, modificação da evitação e solução de problemas, revisão e consolidação de conquistas de tratamento.

Objetivos:

- ▶ Diminuir a esquiva • Desenvolver novas respostas de enfrentamento
 - Aumentar o envolvimento do paciente em atividades de reforço positivos e interações sociais.

Automonitoramento

- ▶ Monitorar, por um período, quantas vezes se engaja em um comportamento específico, pensamento depressogênico ou em determinada emoção.
- ▶ • Tema de casa – monitorar na semana
 - Possibilita:
 - ❖ Ver como o tempo é utilizado
 - ❖ Variações de humor
 - ❖ Aumento da consciência do paciente sobre as suas ações

Planilha de automonitoramento



Planejamento de atividades

- ▶ Após monitorar, prescrever atividades diárias prazerosas e atividades produtivas – Exemplo: Fazer bolo • Colocar ao lado da atividade prevista uma nota de zero a 10 para prazer e controle esperados.
- ▶ Paciente anota as atividades que efetivamente realizou e a nota do prazer e habilidade de fato obtidos.
- ▶ Tempo deve ser estrategicamente preenchido e monitorado.
- ❖ desfaz a necessidade do paciente tomar decisões quanto ao que fazer.
- ❖ controle sobre seu tempo, reconhece seus esforços no sentido de realizar atividades e registra as realizações verdadeiras.
- ❖ evidências diretas contra distorções cognitivas.
- ❖ Combater a anedonia.

Planejamento de atividades

- ▶ Tarefa simples:
 - ❖ na sessão “você consegue pensar em alguma atividade que pode fazer na próxima semana que o faria sentir-se melhor?” Exemplo: Cozinhar
 - ❖ específica, provável de ser alcançada e provável de elevar o humor – resolução de problemas
 - ❖ planos para superar barreiras • Escolha de tarefas colaborativa • Tarefas de baixo custo: atividade física, ler um livro, lavar o carro/casa, cozinhar, levar os filhos em um parque, caminhadas, etc. • Atividades que parou de realizar.
 - ❖ Sugestão: Exercício aeróbio - 30 minutos, 3x semana.

Planilha de Atividades



Intervenções ao Risco de Suicídio

- ▶ Envolver a família;
- ▶ Reduzir oportunidades e eliminar possíveis meios;
- ▶ Contrato de não suicídio (Comprometimento do paciente);
- ▶ Razões para morrer, razões para viver;
- ▶ Extrair do paciente atividades prazerosas antes do quadro deprimido.

Inventário de Razões para viver

- ▶ Identifique as razões para viver que você tem no presente (ou já teve no passado) que evitaria que você cometesse o suicídio se a idéia lhe ocorresse:
- ▶
- ▶ Tenho responsabilidade e compromisso com minha família ()
- ▶ Acredito que posso aprender a me ajustar ou a lidar com meus problemas ()
- ▶ Acredito ter o controle de minha vida ()
- ▶ Tenho medo da morte ()
- ▶ Quero ver meus filhos crescer ()
- ▶ A vida é tudo que temos e é melhor do que nada ()
- ▶ Tenho planos futuros que desejo realizar ()
- ▶ Não importa o quanto eu me sintam mal, sei que isto não vai durar ()
- ▶ Amo e curto minha família demais e não poderia deixá-los ()
- ▶ Tenho medo de que a tentativa de me matar falhe ()
- ▶ Quero experimentar tudo o que a vida tem a oferecer, e há muitas experiências que eu ainda não vivi e quero ter ()
- ▶ Não seria justo deixar os filhos para os outros cuidarem ()
- ▶ Tenho amor à vida ()
- ▶ Sou estável demais para me matar ()
- ▶ Minhas crenças religiosas não permitem isso ()
- ▶ O efeito em meus filhos poderia ser prejudicial ()
- ▶ Eu magoaria minha família demais e não quero que eles sofram ()
- ▶ Preocupa-me saber o que os outros pensariam de mim ()
- ▶ Considero isto moralmente errado ()
- ▶ Ainda tenho muitas coisas a fazer ()

- ▶ Não seria justo deixar os filhos para os outros cuidarem ()
- ▶ Tenho amor à vida ()
- ▶ Sou estável demais para me matar ()
- ▶ Minhas crenças religiosas não permitem isso ()
- ▶ O efeito em meus filhos poderia ser prejudicial ()
- ▶ Eu magoaria minha família demais e não quero que eles sofram ()
- ▶ Preocupa-me saber o que os outros pensariam de mim ()
- ▶ Considero isto moralmente errado ()
- ▶ Ainda tenho muitas coisas a fazer ()
- ▶ Tenho coragem para enfrentar a vida ()
- ▶ Tenho medo do “ato” real de me matar (a dor, o sangue, a violência) ()
- ▶ Acho que me matar não resolveria realmente nada ()
- ▶ Os outros pensariam que sou fraco e egoísta ()
- ▶ Eu não quero que as pessoas pensem que não tive controle de minha vida ()
- ▶ Eu não gostaria que minha família se sentisse culpada por isso ()
- ▶ Tenho coragem para enfrentar a vida ()
- ▶ Tenho medo do “ato” real de me matar (a dor, o sangue, a violência) ()
- ▶ Acho que me matar não resolveria realmente nada ()
- ▶ Os outros pensariam que sou fraco e egoísta ()
- ▶ Eu não quero que as pessoas pensem que não tive controle de minha vida ()
- ▶ Eu não gostaria que minha família se sentisse culpada por isso ()
- ▶

Término do tratamento

- ▶ Lista de problemas e metas resolvidas;
- ▶ Trabalhar crenças relacionadas ao término do tratamento;
- ▶ Sessões espaçadas;
- ▶ Solicitação dos pacientes para continuação do tratamento com questões que não estavam na lista.

Plano de prevenção de recaída:

Assinale o que você pode fazer quando perceber os primeiros sintomas depressivos:

Ex: Antecipar-se para prever acontecimentos futuros que poderão trazer dificuldades emocionais: Filhos saindo de casa; Aposentadoria; Mudança de emprego;

- Ligar para o meu psiquiatra e falar sobre os sintomas / tels:
- Ligar para minha psicóloga para marcar uma consulta extra/ tel:
- Fazer uma atividade que eu gosto para me distrair, por exemplo:
 - Solicitar apoio a pessoas mais próximas, amigos e familiares
 - Praticar exercícios leves
 - Lembrar as minhas razões para viver que são:
 - Evitar atividades estressantes
 - Evitar ficar muito tempo deitada
 - Tomar um banho e vestir uma roupa confortável (com ajuda, se necessário)
 - Se ocupar com alguma tarefa que faça sentir-se útil.

Prevenção de Recaída

- ▶ Antecipar-se para prever acontecimentos futuros que poderão trazer dificuldades emocionais:

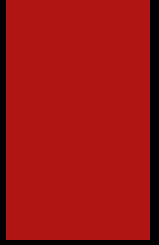
- ▶ Exemplos:

- ▶ Filhos saindo de casa;
- ▶ Aposentadoria;
- ▶ Mudança de emprego;



- ▶ Quais são os sinais de que pode estar havendo um desequilíbrio emocional?
- ▶ Como identificá-los antes que se tornem difíceis de controlar?

Filme



Obrigada!

Monitorar:

() Humor

() Pensamento

() Comportamento

() Previsão de prazer e habilid

() Prazer e habilidade obtido

Hora	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
13-14	Dormir	Almoçar com Ana 4/9				
14-15						
15-16						

Planejamento de Atividades

Hora	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
13-14	Dormir	Almoçar com Ana 4/9					
14-15							
15-16							