

## SOLIDÃO E LUXÚRIA: A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM UM CASO CLÍNICO DE TRANSTORNO DEPRESSIVO

Diorginis Luis Fontoura da Rosa<sup>1</sup>

Marina Pante<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente artigo apresentará um estudo de caso de psicoterapia individual realizado durante o Estágio Integrado em Psicologia no Serviço Integrado de Saúde (SIS), através da Terapia Cognitivo-Comportamental. O paciente é um homem adulto de 37 anos, descrito aqui como João, a fim de preservar sua identidade. Diagnosticado com Transtorno Depressivo Maior, sua queixa inicial é que se sente triste e solitário. O objetivo deste trabalho é compreender como a solidão pode levar ao Transtorno Depressivo, além de descrever os principais procedimentos realizados no processo terapêutico. Como descrito em alguns estudos, a Terapia Cognitiva é muito eficaz nos tratamentos de depressão, com um amplo repertório de técnicas capazes de romper com o padrão de pensamentos disfuncionais do sujeito depressivo. Ao final do processo, o paciente consegue mudanças significativas em sua vida, conseguindo aliviar seu sofrimento e retomar sua rotina.

**Palavras-chave:** Solidão; Transtorno Depressivo; Terapia Cognitiva.

**Abstract:** This paper presents a case study of an individual psychotherapeutic process, which took place during the Integrated Internship in Psychology at the *Serviço Integrado de Saúde* (SIS) [Integrated Healthcare Service]. The patient is a 37-year-old man, named João in this paper, in order to protect his identity. The goal of this study is to comprehend how loneliness can lead to depressive disorders, as well as to describe the main procedures performed in the therapeutic process. As noted in some studies, Cognitive Therapy is very effective in the treatment of depression, with a broad repertoire of techniques capable of breaking the depressive person's pattern of dysfunctional thoughts. At the end of the process, the patient is able to achieve significant changes in their life, managing to alleviate their suffering and resume their routine.

**Keywords:** Loneliness, Depression, Cognitive Therapy

### INTRODUÇÃO

O presente escrito diz respeito a um estudo de caso realizado durante o Estágio Integrado

---

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e estagiário no Serviço Integrado de Saúde (SIS) pela abordagem Terapia Cognitivo-Comportamental.

<sup>2</sup> Mestre Docente do departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e supervisora no Serviço Integrado de Saúde (SIS) na abordagem Terapia Cognitivo-Comportamental.

em Psicologia no Serviço Integrado de Saúde (SIS), um Serviço-Escola da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Utilizando como arcabouço teórico a Terapia Cognitivo-Comportamental, discorrer-se-á sobre o atendimento de um paciente diagnosticado com Transtorno Depressivo Maior. Em sua queixa inicial diz se sentir solitário e que seu desejo é ter um relacionamento, para enfim, ter uma companhia para partilhar a vida. Além disto, demonstra preocupação com excessivos gastos de dinheiro, principalmente com prostitutas.

A seguir, serão descritas as questões mais relevantes trabalhadas em terapia, assim como a compreensão do caso. Além de uma breve apresentação da Terapia Cognitivo-Comportamental e do Transtorno Depressivo, elucidando de que forma a solidão pode levar o sujeito a desenvolver este transtorno.

## **O CASO CLÍNICO DE JOÃO**

João (nome fictício) tem 37 anos, é solteiro, vive e trabalha na zona rural, onde mora com sua mãe. Está em atendimento no SIS há 3 anos, desde que veio encaminhado do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior. Iniciou os atendimentos alegando muitas brigas com o pai e excessivos gastos com bebidas e mulheres. O paciente faz uso constante de medicamentos antidepressivos, porém, já ficou alguns períodos sem utilizar, por duvidar da efetividade dos mesmos.

Passou por algumas trocas de terapeutas no serviço, até seu retorno neste ano, quando se diz ansioso com sua condição financeira e preocupado com gastos descontrolados em festas noturnas. João costuma arcar com todas as despesas das mulheres que lhe acompanham, desde ingressos até bebidas e condução para casa. Em outros dias, quando julga as festas ruins, se dirige a bordéis procurando satisfação sexual. Tais situações se repetem todos os finais de semana.

O paciente procura por uma companheira, pois gostaria de alguém para dividir a vida, contar seus problemas, compartilhar desejos. Porém, considera uma tarefa difícil, pois em sua visão, as mulheres não querem nada sério, apenas se divertir e gastar seu dinheiro. Em suas palavras diz nunca ter tido sorte no amor e que talvez nunca o tenha. Sempre que está em algum relacionamento, as mulheres lhe abandonam. Muitas vezes nem chega a namorar, basta ficar mais de uma vez com alguém para que logo em seguida a outra pessoa perca o interesse.

Recentemente tem sofrido com problemas sexuais, está com incapacidade para copular, fato que o leva a pensar que se não for capaz de satisfazer uma mulher, ficará ainda mais difícil ter um relacionamento. Não tem amigos íntimos, normalmente vai às festas sozinho ou fica isolado em casa. Os momentos em que fica só, diz serem os piores, pois sente uma solidão

imensa, que lhe causa grande tristeza. Também se sente só em outros momentos, como nas festas, por exemplo, ou quando não há ninguém em casa, não conseguindo suportar esse tipo de situação. Então tem crises de choro ou passa o dia na cama sem motivação para sair.

No âmbito familiar, a relação com os pais não são muito boas. A mãe sempre lhe pareceu ausente, a mesma sofre com depressão há alguns anos e não costuma interagir muito em casa. O pai deixou a residência há 5 anos, e constituiu uma nova família. João relata que o pai sempre teve muitas amantes e que sumia algumas vezes. Acha que não soube lidar com esta situação, pois sente que o pai o abandonou, já que desde a adolescência teve que tomar conta do trabalho familiar nas ausências do mesmo. Os dois ainda mantêm contato, porém João tem a sensação de que o relacionamento entre eles é muito superficial e em relação à mãe, desde que o pai saiu de casa, não demonstra mais interesse nas atividades do cotidiano.

## **A CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS E A SOLIDÃO**

É através do afeto e do amor de nossos pais que temos acesso às necessidades básicas (como alimentação, abrigo, carinho) e todos os cuidados primordiais à nossa sobrevivência (BOWLBY, 2002). Porém, a falta de amor e afeto nos primeiros anos de vida pode vir a refletir nos relacionamentos na fase adulta, pois é possível que o indivíduo procure em seus respectivos parceiros (as) o suprimento de um amor e afeto faltante, o que pode ser prejudicial em termos emocionais. Para entender a importância de discutir o amor no caso de João é necessário se voltar a Teoria da Vinculação. Esta afirma uma necessidade humana universal dos indivíduos de construir relações afetivas de proximidade. Desenvolvida por John Bowlby, a Teoria da Vinculação tem sido aplicada ao estudo das relações entre pais e filhos, das relações amorosas e à definição de diferentes formas de vinculação dos jovens e adultos (ABREU, 2005). Segundo o próprio Bowlby (2002), os modelos internos dinâmicos são utilizados pelo sujeito para prever a disponibilidade e resposta do outro acerca às suas necessidades de apoio e proteção e guiá-lo na construção das suas relações mais íntimas. Assim, a medida que o indivíduo se move pelas diferentes trajetórias do desenvolvimento humano (infância, adolescência, fase adulta), as experiências vividas nesses diferentes contextos provocam oscilações na segurança da vinculação, o que pode ocasionar diferenças relacionais. Por exemplo, o sujeito pode atuar e perceber a relação parental de determinado modo, de maneira distinta do outro (BOWLBY, 2002). O termo “base segura”, no contexto desta teoria, exemplifica bem a discussão que se pretende aqui, já que ela se refere à confiança que o sujeito tem numa figura particular, protetora e de apoio. O comportamento de apego traz a segurança e o conforto que possibilita o

desenvolvimento emocional a partir da principal figura de apego. Quando o sujeito está apegado, possui um sentimento especial de segurança e conforto na presença do outro, que poderá ser usado como uma “base segura” a partir da qual explorará o resto do mundo (ABREU,2005).

Para os indivíduos seguros, os momentos em solitude representam um tempo utilizado para a construção da sua identidade, isto é, para explorar e experimentar opções alternativas a respeito da identidade futura e refletir sobre quem realmente se é (LARSON, 1995). Uma relação de vinculação segura promove a criação de uma imagem positiva de si próprio e do outro, capaz de promover o desenvolvimento e a continuidade de relações próximas, sem perder a própria autonomia ou identidade. Estes sujeitos não se preocupam em estarem sós ou não serem aceitos por outros, pois possuem uma imagem positiva de si próprios como pessoas capazes de serem amadas e respeitadas pelos demais. Pessoas com uma base segura tendem a ter opiniões positivas sobre si mesmas e sobre seus parceiros. Conseguem ter mais satisfação e harmonia nas suas relações do que pessoas com outros tipos de apego. Pessoas seguramente apegadas sentem-se confortáveis tanto com a intimidade quanto com a independência (RAMIRES; SCHNEIDER,2010).

Como visto anteriormente no caso de João, este nunca se sentiu bem quando esteve só e uma explicação parte do fato de que nunca teve uma relação afetiva que fosse capaz de lhe proporcionar segurança. A relação com a mãe é superficial, o pai nunca foi muito presente, não tem amigos e seus relacionamentos amorosos são curtos. Então, acaba por encarar os momentos em que está sozinho (físicos e afetivos) como negativos. O sistema de vinculação, é um sistema comportamental semelhante a outros sistemas comportamentais básicos como alimentação e satisfação das necessidades fisiológicas (BOWLBY,2002). Desta forma, os comportamentos de vinculação objetivam a busca de proximidade com figuras de apego para a obtenção de segurança e apoio psicológico quando necessário, características básicas para a sobrevivência (ABREU, 2005). Então, quando se sente só a estratégia utilizada por João é sair nas noites em festas ou bordéis procurando alguma figura que supra momentaneamente suas necessidades emocionais. Neste processo é possível observar também que João despende de grande parte de seu dinheiro a fim de conquistar estas mulheres com quem sai, pois, pensa que esta é uma forma de conseguir agradá-las, já que sua companhia não seria prazerosa o suficiente. Acumulando dívidas maiores que seus ganhos. Então quando está em algum relacionamento, não consegue se sentir amado, pois se relaciona com qualquer pessoa que lhe dê o mínimo de atenção, mas acredita que é melhor que estar só. Consequentemente estes relacionamentos duram pouco, pois não há satisfação por parte do casal, pouca intimidade e harmonia, assim, quando termina um

relacionamento já parte em busca de outro, acreditando que um dia alguém preencherá o vazio que sente. Enquanto isto não acontece, sai pelas noites em busca de prazer sexual ou de uma simples companhia feminina. Além disso, costuma bancar financeiramente suas parceiras, o que ocasiona novos problemas com dívidas e levando-o a crer que as mulheres estão com ele apenas por dinheiro, sendo elas as responsáveis por sua falência. Assim, tem a sensação de que está só e que não é amado por ninguém, pois não possui tal sorte.

A falta de vínculos afetivos causa em João uma sensação de solidão, estando na presença de várias pessoas ou não. Mas o que de fato seria esta solidão? Uma definição para solidão pode ser a de uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais do indivíduo apresenta um déficit significativo, seja qualitativo ou quantitativo (BARROSO et al., 2018). Segundo esta perspectiva, a solidão é conceitualizada como um construto unidimensional, resultante da discrepância entre as relações sociais desejadas pelo indivíduo e as atuais. A solidão pode resultar de mudanças na rede social atual do indivíduo ou de mudanças nos seus desejos, ou expectativas relativamente às relações sociais. Já a Teoria das Necessidades Sociais (Bowlby, 1973) conceitualiza a solidão como uma resposta a um déficit relacional, proporcionada quando as necessidades sociais dos indivíduos não são satisfeitas no âmbito dos seus relacionamentos. Assim, se uma relação não é capaz de satisfazer a totalidade das necessidades sociais o indivíduo irá experimentar solidão. Aqui podemos relacionar o sofrimento de João com a teoria de Bowlby, já que em suas relações nunca se sentiu amado e satisfeito afetivamente. As diversas relações falhas durante sua vida fez com que o sentimento de solidão lhe tomasse conta. Outra definição de solidão é a romântica (definida por DITOMMASO; SPINNER, 1997 citado por CARMONA et al., 2014) que surge associada à incapacidade em estabelecer uma relação amorosa satisfatória, seja porque o indivíduo ainda não conseguiu estabelecer nenhuma relação amorosa ou a relação de namoro existente não assume o nível de intimidade e proximidade emocional desejado. No caso de João nenhum de seus namoros atingiu grau significativo de intimidade, o que também leva a sensação de solidão. Constata-se então que a solidão é um conceito vago, influenciado por determinantes sociais, pessoais e situacionais, com muitos significados que derivam da forma como cada pessoa diante de cada situação avalia o seu estado de solidão e do modo como lida com a mesma (CARMONA et al., 2014).

## **O TRANSTORNO DEPRESSIVO**

Quando chegou à psicoterapia, João estava diagnosticado com Transtorno Depressivo

Maior, inclusive fazendo uso de medicação. Com este quadro presente há algum tempo, podemos entender que a solidão presente, trouxe consigo os sintomas depressivos. O paciente havia perdido o interesse no trabalho, tinha crises de choro e lembrava constantemente de situações da infância com o pai. Quando saía para festas, se sentia pressionado a ficar com alguém, não conseguia conversar com as mulheres e então deixava os recintos. Quando conseguia ficar com alguém, tinha dificuldades sexuais, se sentindo pressionado novamente, provocando o retorno de sua tristeza. Logo, ficou receoso em ter outras relações. Então, isolado em casa, voltava a sentir-se só.

A depressão e a solidão podem estar intimamente relacionadas, uma vez que o aumento do nível de solidão pode levar ao aumento da depressão e vice-versa. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) em sua 5.<sup>a</sup> edição, da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2014), a depressão pode se manifestar em mais de uma forma. Uma destas é o Episódio Depressivo Maior. Neste caso, os critérios do DSM especificam que pelo menos cinco dos nove sintomas que se seguem devem estar presentes: humor deprimido, redução do interesse ou prazer em todas, ou quase todas as atividades, perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalia ou culpa inapropriados, redução da concentração e ideias de morte ou de suicídio. Para o diagnóstico, é necessário que os sintomas durem pelo menos duas semanas e um deles seja, obrigatoriamente, humor deprimido ou perda de interesse, ou prazer. Na chegada ao serviço há 3 anos, João já apresentava ao menos cinco destes - humor deprimido, sentimentos de desvalia, ideação suicida, insônia e redução de interesse nas atividades cotidianas, confirmando o diagnóstico.

A depressão maior se apresenta com características diagnósticas similares, segundo a Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde, ou CID-10 (OMS,2000). De acordo com a CID-10, o número e a gravidade dos sintomas permitem classificar o episódio depressivo em três graus: leve, moderado ou grave. Os critérios mínimos para o diagnóstico de episódio depressivo envolvem dois dos três sintomas principais (humor deprimido, perda de interesse ou prazer e energia reduzida), podendo ser acompanhado de outros sintomas citados a seguir: concentração e atenção assim como autoestima e autoconfiança reduzidas, aliadas à interferência funcional ou social. O humor depressivo varia pouco e pode vir associado a sintomas somáticos, como, perda de interesse ou prazer, problemas de sono, lentidão psicomotora, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido.

## O MODELO COGNITIVO DA DEPRESSÃO

Na década de 1960, o psiquiatra norte-americano Aaron Beck chega à importante conclusão de que a depressão resulta de hábitos de pensamentos extremamente arraigados, descrevendo o que viriam a ser os conceitos fundamentais da Terapia Cognitiva. Beck concluiu que humor e comportamentos negativos eram normalmente resultados de pensamentos e crenças distorcidas e não de forças inconscientes como sugerido anteriormente por Sigmund Freud (BECK, 2005). Ou seja, a depressão pode ser compreendida como sendo decorrente das próprias cognições e esquemas cognitivos disfuncionais. Os pacientes com depressão acreditam e agem como se as coisas estivessem piores do que realmente são (WRIGHT, 2008).

Esta nova abordagem enfatizando o pensamento foi denominada por Beck de “Terapia Cognitiva” (TC). Assim, a TC, ou TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental) é a mais bem pesquisada forma de tratamento envolvendo qualquer transtorno psicológico (SUDAK, 2008). Muitos estudos e metanálises indicam que ela é efetiva no tratamento da depressão, seja leve, moderada ou grave. Além disso, a efetividade da TCC na depressão é tão ou mais significativa do que a farmacoterapia, ou outros tipos de intervenções psicológicas (BECK, 2005). A TCC tem tido o benefício adicional notado em muitos estudos: provoca respostas mais duradouras em comparação com o tratamento farmacológico e pode proporcionar um efeito substancialmente protetor quanto às recaídas.

O modelo cognitivo de Beck para a depressão implica dois elementos básicos: A tríade cognitiva e as distorções cognitivas (BECK et al., 1997). A tríade cognitiva consiste na visão negativa de si mesmo, na qual a pessoa tende a ver-se como inadequada ou inapta (por exemplo: “*Sou uma pessoa chata*”, “*Não sou interessante*”, “*Sou muito triste para gostarem de mim*”); uma visão negativa de mundo, incluindo relações, trabalho e atividades (“*As pessoas não apreciam meu trabalho*”), e na visão negativa do futuro, (“*As coisas nunca vão melhorar*”, “*O futuro é incerto*” ou “*Nunca serei feliz*”). O paciente deprimido elabora sua experiência de maneira negativa e antecipa resultados desfavoráveis para seus problemas (KNAPP, 2004). Esta forma de interpretar os eventos e as expectativas funcionam como uma espécie de propulsor de comportamentos depressivos que, confirmar, após nova interpretação, os sentimentos pessoais de inadequação, baixa autoestima e desesperança. As pessoas com depressão tendem a estruturar suas experiências de forma absolutista e inflexível, o que resulta em erros de interpretação quanto ao desempenho pessoal e ao julgamento das situações externas (BECK et al., 1997).

O modelo da TCC no Transtorno Depressivo consiste em um processo de tratamento que

ajuda os pacientes a modificarem crenças e comportamentos que produzem estes estados de humor. As estratégias terapêuticas da abordagem cognitivo-comportamental da depressão envolvem trabalhar três fases (BECK et al., 1997): foco nos pensamentos automáticos e esquemas depressivos; foco no estilo da pessoa relacionar-se com outros; e mudança de comportamentos a fim de obter melhor enfrentamento da situação problema. Uma das vantagens da TCC é o caráter de participação ativa do paciente no tratamento, de modo que este auxilia a identificar suas percepções distorcidas, reconhecer os pensamentos negativos e buscar pensamentos alternativos que reflitam a realidade mais de perto, encontrar as evidências que sustentam os pensamentos negativos e os alternativos e gerar pensamentos mais acurados e dignos de crédito associados a determinadas situações em um processo chamado, reestruturação cognitiva (SUDAK, 2008).

A TCC é baseada no poder do pensamento racional, ou seja, na extensão em que se pode conhecer a realidade. No tratamento da depressão, este aspecto tem grande relevância clínica, pois ajuda o paciente a considerar as crenças verdadeiras ou não relacionadas aos fatos, auxiliando o julgamento realístico dos fatores que mantêm a depressão. A ativação comportamental como o alívio dos sintomas é o objetivo inicial do tratamento, o comportamento é importante nesta abordagem. Assim, o terapeuta precisa trabalhar de modo incisivo para aumentar o envolvimento do paciente deprimido em atividades de reforço e interações sociais. As estratégias são planejadas especificamente para o paciente em questão e usadas de modo a envolvê-lo, proporcionar alívio dos sintomas e obter dados relevantes para o processo terapêutico (WRIGHT, 2008).

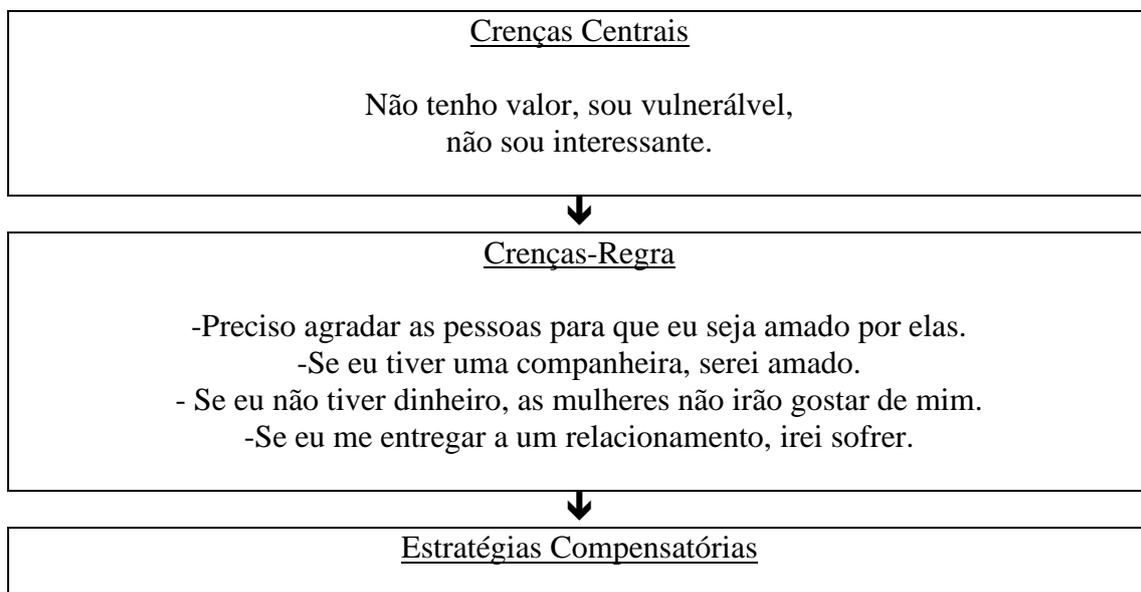
## **PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

A psicoterapia foi conduzida por um estagiário do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, em uma Clínica-Escola. Foram realizadas supervisões semanais onde foram abordadas questões técnicas, teóricas e práticas para a melhor condução do caso. Realizaram-se no total 25 sessões individuais de aproximadamente 50 minutos cada (sessões semanais), ao longo de 9 meses. Realizou-se uma avaliação inicial no decorrer de 10 sessões, onde se verificou: a queixa principal, história atual, passada e histórico familiar, dados médicos, vida afetiva e sexual. Não foram utilizados testes Psicométricos ou Projetivos. Para a investigação de quadros psiquiátricos utilizou-se como base o DSM-5. As principais intervenções psicoterapêuticas foram realizadas levando em conta técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas no tratamento de pacientes com diagnóstico de depressão:

psicoeducação do modelo cognitivo e do Transtorno Depressivo, reestruturação cognitiva, conceitualização cognitiva, técnicas cognitivas e comportamentais.

## A CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA

Uma das características fundamentais da terapia cognitivo-comportamental, segundo seus idealizadores, é o fato de basear-se em uma formulação clínica dos problemas do paciente. Isto significa que, mediante entrevistas e instrumentos de avaliação e medida, o terapeuta buscará integrar a história do cliente e seus problemas atuais de uma forma diferenciada, que lhe permitirá desenvolver estratégias específicas para lidar com as dificuldades apresentadas na busca de ajuda psicológica (NEUFELD; CAVENAGE, 2010). A terapia deve se basear na formulação contínua do funcionamento do paciente valorizando a relação entre situações, pensamentos, emoções e comportamentos. Uma formulação de caso é uma teoria sobre o paciente que busca relacionar as dificuldades que ele apresenta de forma clara e significativa, integrando-as isoladamente e entre si, compreendendo como o indivíduo desenvolveu e mantém tais dificuldades, e como ele provavelmente se comportará no futuro diante de determinadas condições. Através de uma visão ampla do funcionamento do paciente, é possível planejar intervenções que possibilitem as mudanças necessárias e desejadas. Além disso, o processo de avaliação e formulação do caso permite o estabelecimento de uma relação terapêutica positiva e uma maior adesão dele ao tratamento (WRIGHT, 2008). Abaixo a conceitualização formulada no caso João:



- Evitar relacionamentos sérios.  
- Sair com mulheres diferentes.  
- Contar dinheiro.  
- Isolar-se.

Situação 1  
Saindo para festa final de semana

Situação 2  
Quando está prestes a entrar em um relacionamento sério

Pensamento Automático  
Há poucas pessoas na festa, com certeza por causa da crise financeira

Pensamento Automático  
Preciso ir com calma, pois as mulheres não querem nada sério

Significado do PA  
Sou vulnerável

Significado do PA  
Não tenho valor

Emoção  
Ansiedade

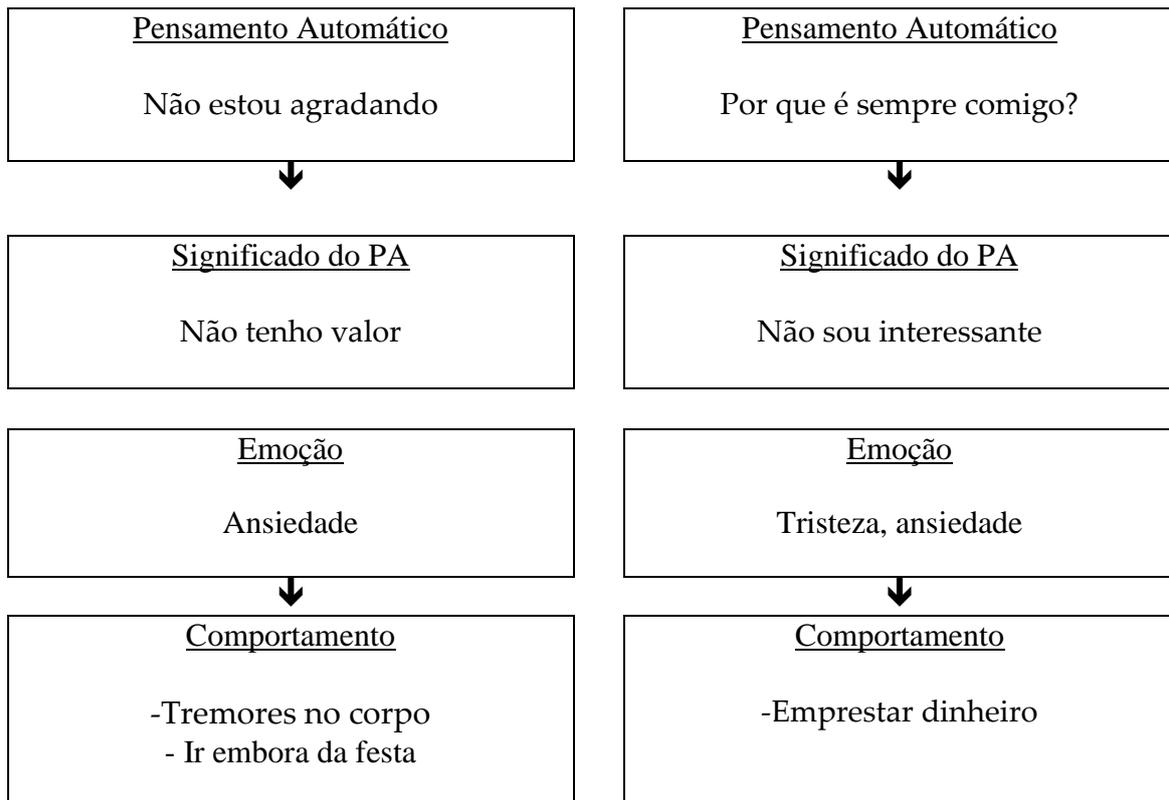
Emoção  
Tristeza, ansiedade

Comportamento  
-Contar dinheiro  
-Ir embora das festas

Comportamento  
-Evitar relacionamentos

Situação 3  
Conversando com mulheres em festas

Situação 4  
Quando alguma mulher lhe pede dinheiro



Um dos primeiros passos do tratamento, foi familiarizar o paciente com o modelo cognitivo, ou seja, como é pensado e formulado o processo terapêutico a partir da Terapia Cognitiva. Além disso, foram apresentados ao paciente, aspectos da literatura acerca do Transtorno Depressivo, como sintomas, em seus aspectos físicos e subjetivos. Então, quando a sua conceitualização lhe foi exposta, João passou a prestar maior atenção aos seus pensamentos, emoções e comportamentos diante de eventos específicos. O paciente se deu conta que a ativação destas crenças, o faziam se sentir solitário. Suas crenças de desvalor em relação a si, dificultam o desenvolvimento de relações com outras pessoas, principalmente com as mulheres. Este processo ocorreu através da reestruturação cognitiva, que foi possível a partir de buscas de evidências e identificação de erros cognitivos que auxiliassem na flexibilização destas crenças. Perguntas-chave como: “O que passou pela sua cabeça neste momento? ”; “O que você pensou nessa situação? ”; “O que isso diz sobre você? ”; “Se nenhuma mulher quiser ficar com você, o que isso significa? ”; “Quão frequente você tem esse tipo de pensamento? ”, “O quanto isso incomoda você? ”

A partir disto, informações essenciais relacionadas a João foram obtidas, como o fato de sentir que não tem valor perante os outros e de se sentir vulnerável dentro destas situações. Através das intervenções relacionadas a estes aspectos, o paciente foi flexibilizando suas crenças. Percebeu o quanto subestimava a si mesmo e como exagerava o entendimento de

situações onde interagiu com as mulheres. Compreendeu que ir a bordéis é uma forma de contornar sua solidão, pois é um lugar onde as mulheres lhe dão atenção, lhe escutam e o fazem se sentir acolhido. A partir desta compreensão, diminuiu consideravelmente os gastos excessivos para este fim. Olhando para o panorama geral chega a conclusão que o amor que procura, deve ser suprido primeiramente por ele mesmo, e só assim poderá ser mais feliz em conjunto com outra pessoa.

A reestruturação cognitiva, foi realizada tendo como base as situações listadas na conceitualização. O paciente aos poucos foi se atentando mais ao meio e avaliando as pessoas de forma mais coerente nestes eventos. Constatando que suas atitudes causavam os sentimentos de tristeza e crença de desvalor, e que as mulheres não são tão exigentes e gananciosas o quanto pensava e que poderiam gostar de sua companhia.

Chegando até a 16.<sup>a</sup> sessão, algumas mudanças já eram perceptíveis. O humor de João estava muito melhor, apresentando um semblante mais tranquilo. Começou a cuidar da aparência física, mudando seu penteado, comprando roupas novas, e se arriscando fazer atividades, sozinho. Assistindo a filmes e jogos em casa nos finais de semana ao invés de sair. Nas festas, trocou a bebida alcoólica por refrigerantes, ideia que já queria pôr em prática bem antes, mas não se sentia confiante o suficiente. A medida em que o processo terapêutico avançava, sua confiança também crescia. Lembrou que sua madrinha, irmã de seu pai, demonstrava preocupação com seu bem-estar, já que a mesma telefonava algumas vezes para João. Então passa a ver ela como uma figura de apoio em sua vida. Quanto a sua queixa principal, João se sente menos solitário e está confortável com a ideia de que necessita cuidar mais de si no momento, e que não é tão importante assim ter uma companheira.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho teve como objetivo abordar um estudo de caso de um homem adulto com diagnóstico de Transtorno Depressivo à luz da abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental. Utilizou-se a TCC em seu modelo clássico, baseado nas técnicas desenvolvidas por Aaron Beck, trabalhando a verificação de pensamentos disfuncionais visando a flexibilização das crenças mais presentes no paciente. Neste caso, a reestruturação cognitiva foi a técnica mais eficaz, combinada com o engajamento do paciente e as supervisões semanais do caso, resultaram em melhorias rápidas e constantes dos sintomas. Ao longo do processo terapêutico João foi se percebendo uma pessoa resiliente, compreendendo os

processos que o levaram a depressão e busca mecanismos para se reorganizar, elaborando questões referentes ao seu passado que influenciam os sofrimentos atuais.

O paciente já evoluiu em vários aspectos, percebe-se que tem vontade e ação para mudança, refletindo em casa o que é trabalhado na terapia e tentando colocar na prática. Retomou algumas atividades e faz uso das medicações de maneira adequada. Consegue reconhecer que sua preocupação com dinheiro e mulheres é excessiva, pois tem medo de não ter nenhuma das duas coisas. Pede auxílio a sua madrinha quando é necessário e até mesmo tenta retomar contato com o pai. Começa aos poucos a entender que o amor que procura deve ser suprido primeiramente por ele mesmo. Sabe que o processo terapêutico leva tempo, mas está sendo paciente e respeitando o momento emocional em que se encontra. A relação terapêutica estabelecida é muito positiva, havendo um clima de empatia e confiança que possibilita a manifestação da expressão emocional do paciente. Este vínculo sólido demonstra ser algo positivo, considerando a dificuldade que João tem de estabelecer relações, criando-se assim, um *setting* terapêutico adequado para as ressignificações almejadas. Ressalta-se que o paciente segue em psicoterapia no Serviço-Escola.

## REFERÊNCIAS

ABREU, C. N. de. A teoria da vinculação e a prática da psicoterapia cognitiva. *Revista brasileira de terapia cognitiva*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 43-58, 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-64872005000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-64872005000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 jun. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARROSO et al. Solidão como variável preditora na depressão em adultos. *Revista Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. Londrina, v. 9, n. 3, supl. 1, p. 26-37, 2018. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072018000400003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000400003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso: em 04 jun. 2019.

BECK, A. T. et al. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, J. S. *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BOWLBY, John. Apego e Perda. *A natureza do vínculo, a trilogia do apego*. V. 1. Tradução de Álvaro Cabral. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002

BOWLBY, John. *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger*. Nova Iorque: Basis Books, 1973.

CARMONA et al. A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. *Psicologia em estudo*. Maringá, v. 19, n. 4, p. 681-691, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722014000400681&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000400681&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em: 02 Jun. 2019.

KNAPP, P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In: P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

NEUFELD, C. B.; CAVENAGE, C. C. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista brasileira de terapia cognitiva.*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 3-36, dez, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872010000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 de jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 8ª ed. São Paulo: EDUSP, 2000.

RAMIRES, V. R. R.; SCHNEIDER, M. S. Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação. *Psicologia Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 26, n. 1, p. 25- 33, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722010000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jun. 2019.

SUDAK, D. M. *Terapia cognitivo-comportamental na prática*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WRIGHT, J. H. et. al. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed, 2008.