

DEPRESSÃO, SUICÍDIO E NEUROPSICOLOGIA: PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL COMO MODALIDADE DE REABILITAÇÃO

2015

Marinalva Fernandes Costa Feliciano

Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo Comportamental e especializanda em Neuropsicologia e Interfaces com as Neurociências da UNIFADRA – Faculdades de Dracena S.P. (Brasil).

Lucia Helena Tiosso Moretti

Doutora em Psicologia Clínica. Docente do curso de Especialização em Neuropsicologia e Interfaces com as Neurociências da UNIFADRA – Faculdades de Dracena S.P. (Brasil)

E-mail de contato:

marinalva_fernandes@hotmail.com

RESUMO

A depressão é um transtorno mental do humor muito comum em todo o mundo. É caracterizada por humor deprimido, perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades durante pelo menos duas semanas, podendo ser acompanhada de planos ou tentativas suicidas. Torna-se relevante contextualizar as características clínicas da depressão que se encontram vinculadas ao desfecho suicídio. Assim, buscou-se, neste artigo, investigar o funcionamento neuropsicológico da depressão, bem como, apresentar um estudo de caso com a utilização da psicoterapia cognitiva comportamental como modalidade de tratamento na prática clínica. Percebeu-se, portanto, a interligação das alterações cognitivas e neuropsicológicas na depressão e no suicídio, bem como, a interferência cotidiana e ocupacional que delas são geradas, o que demonstra a importância da avaliação e acompanhamento neuropsicológico, aliado à psicoterapia cognitivo-comportamental, principalmente quanto à reabilitação junto a pacientes com esse tipo de transtorno, tornando-se de suma importância a intervenção dessa modalidade de tratamento.

Palavras-chave: Depressão, neuropsicologia, psicoterapia cognitivo-comportamental, reabilitação, suicídio.



INTRODUÇÃO

O fenômeno da depressão e do suicídio encontra-se em todos os espaços sociais, afetando os indivíduos independentemente do sexo, faixa etária, raça, classe socioeconômica, cultura ou espaço geográfico. Embora nenhuma patologia ou acontecimento possa prever o suicídio, existem certas vulnerabilidades que tornam alguns indivíduos mais propensos a cometer esse ato do que outros.

De acordo com o World Health Organization (WHO, 2000), desde a década de 1990, a depressão vem ocupando uma posição de destaque no rol dos problemas de Saúde Pública, sua atual prevalência em psiquiatria é de 20%. Todos os tipos de distúrbios de humor têm sido vinculados ao suicídio, abrangendo o transtorno bipolar afetivo, episódio depressivo, transtorno depressivo recorrente e humor persistente doenças (por exemplo, ciclotimia e distímia), que compõem as classes F31-F34 na CID-10 (1992).

Carvalho e Fernandez (1996) afirmam que a depressão é caracterizada pela tristeza patológica e complexa, pelo seu caráter pessoal. A pessoa deprimida expressa ansiedade por meio do medo intenso sem que haja uma razão objetiva, demonstrando pensamentos embotados, pessimistas e desagradáveis, autodepreciação, inutilidade, redução da atenção, problema de concentração, déficit de memória, pouca capacidade de comunicação, ideias de culpa e recidivantes de morte e suicídio (citado por Andrade & Mello, 2010).

O suicídio deste modo, um risco expressivo na depressão não conhecida e tratada. A depressão tem uma elevada prevalência na população em geral e não é reconhecida, por muitos, como uma enfermidade. Estima-se que 30% dos pacientes atendidos por um médico estão padecendo de depressão. Cerca de 60% buscam tratamento primeiramente com um médico de clínica geral.

Em muitos casos, a depressão é mascarada e os pacientes apresentam apenas queixas somáticas.

Fabela (2009) relata que a depressão causa, afora os sintomas psíquicos e físicos, aflição, cansaço, perturbações do sono e do apetite, afetando a memória, produzindo alterações quanto à natureza e intensidade do pensamento, implicando, portanto, em prejuízos cognitivos.

O ato suicida, nas suas mais variadas formas, desde o para-suicídio até ao suicídio completo, passando pela tentativa de suicídio, continua a representar na clínica psiquiátrica e sociedade atual, um sério problema de Saúde Pública.

Segundo Ustun et al. (2004) a depressão é a quarta causa de incapacidade no mundo e, de acordo com diversos estudos de projeção, em 2020, a doença será a segunda maior causa mundial de inabilidade para o trabalho, perdendo apenas para doenças cardíacas.



A prevalência de mortes por suicídio é mais elevada nos países da Europa Oriental, tais como: Albânia, Armênia, Bielorrússia, Bósnia, Bulgária, Croácia, Eslovênia, Estônia, entre outros, mas em países das Américas Central e do Sul, nem tanto. As taxas dos Estados Unidos, Europa Ocidental e Ásia figuram na faixa central (Chachamovich, Stefanello, Botega, Neury, & Tureki, 2009).

No Brasil, estima-se que cerca de 20 pessoas morrem diariamente por suicídio, porém, os dados não são divulgados. Assim sendo, o impulso do suicídio é encoberto pelos assassinatos e pelos acidentes de trânsito, que extrapolam em seis e quatro vezes, em média e, simultaneamente, o número de suicídios.

O suicídio é considerado o desenlace de um fato complexo e multidimensional e, é oriundo do intercâmbio de diversos fatores. É consensual entre os pesquisadores em suicidologia a informação de que não existe um elemento singular apropriado em responder pela tentativa ou pelo suicídio, propriamente dito. Inversamente, os componentes que convergem para este fenômeno advêm em conjunto (Chachamovich, Stefanello, Botega, Neury, & Tureki 2009, p. 519).

Entre os fatores de risco mais estudados na literatura internacional, a respeito do assunto em questão, sobressaem na modalidade tentativas prévias de suicídio, fatores genéticos, base social e familiar e psicopatologia (Brezo et al., 2008; WHO, 2009).

O ato suicida vitima cerca de um milhão de pessoas no mundo por ano. A autoagressão pode revelar-se de duas maneiras na conduta suicida (mediante pensamentos, a tentativa em si e pelo próprio suicídio) e por meio de ações impetuosas geradas contra a própria pessoa, como é o caso das mutilações (Minayo, & Cavalcante, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) e Botega (2007) a violência têm aumentado, significativamente, nas últimas décadas, levando a um acréscimo no número de mortes por causas externas em todas as sociedades, tornando-se objeto de discussões em saúde pública (citado por Coronel, & Werlang, 2011).

A autoagressão, conforme WHO (2009) inserida nessa conjuntura é o motivo de mais da metade das mortes por violência, estimando-se que ao longo do ano de 2003, nada menos do que 900.000 pessoas, cometeram suicídio no mundo.

Conforme apontam Chachamovich et al. (2009), em pesquisas de base populacional nos Estados Unidos, Canadá e áreas urbanas da China, a depressão é uma entidade nosológica fundamental agregada a tentativa e ideação suicida e a planos suicidas.

Nas Américas, a depressão maior já constitui a primeira causa de incapacidade de o indivíduo para lidar com as atividades diárias. Cerca de 20% da população sofrerá algum

episódio depressivo, em suas vidas, e, 5% serão afetados todos os anos (Bear, Connors, & Paradiso, 2008).

A literatura mostra que a associação entre suicídio e transtornos mentais é de mais de 90%. Entre os transtornos mentais associados ao suicídio, a Depressão Maior se destaca (McGirr et al., 2007).

Segundo Minayo & Cavalcante (2010), doenças e transtornos mentais estão intimamente relacionados com suicídios em pessoas idosas. As autópsias psicológicas referem que entre 71% e 95% das pessoas idosas que cometeram suicídio tinham diagnóstico de algum transtorno mental por ocasião de sua morte.

No Brasil, as taxas de suicídio são baixas se comparadas aos percentuais de outros países, oscilando entre 3,50 e 4,00 por 100.000 habitantes, contrastando com as de homicídio, muito mais elevadas. Dentre os países sul-americanos, o Brasil exibe uma das menores taxas de suicídio, contrapondo por 0,8% de todos os óbitos da população brasileira registrados, em 2004 (Ministério da Saúde, 2006).

A conduta de gerar lesão física a si mesmo ocasiona estranheza porque contraria o chamado instinto da busca pela sobrevivência, evitação da dor e preservação da vida. Por vezes, o comportamento de provocar ferimentos em si mesmo foi chamado de para-suicídio, outras vezes, de automutilação e /ou autolesão (Arcoverde, & Soares, 2012).

Uma das áreas que tem contribuído para a compreensão da temática da depressão e do suicídio é a neuropsicologia, por meio dos modelos neurocognitivos básicos e clínicos (neuropsicologia cognitiva e neuropsicologia clínica).

O conceito de Neuropsicologia para Luria (1981) é a ciência cujo objetivo específico é a investigação do papel dos sistemas cerebrais individuais nas formas complexas da atividade mental. A neuropsicologia envolve o estudo das relações existentes entre o cérebro e as manifestações do comportamento (Luria et al., 2001).

Para Malloy-Diniz (2010) a neuropsicologia estuda a organização cerebral complexa e suas relações com o comportamento e a cognição, seja no desenvolvimento normal seja nos enfoques de doença. É definida como a ciência aplicada que estuda a expressão comportamental das disfunções cerebrais. A atuação do neuropsicólogo visa, essencialmente, correlacionar as alterações observadas no comportamento do indivíduo com as possíveis áreas cerebrais envolvidas, efetivando, basicamente uma investigação clínica que utiliza testes e exercícios neuropsicológicos.

A Neuropsicologia tem como objetivo examinar a relação entre o funcionamento cerebral e as funções cognitivas, tais como: atenção, memória, percepção, praxia, linguagem, funções executivas etc. O funcionamento neuropsicológico é o conjunto de todas as funções cognitivas



interdependentes para o funcionamento adequado do indivíduo. Quando uma das funções cognitivas se encontra deficiente, conseqüentemente há um comprometimento das outras funções, desencadeando uma disfunção neuropsicológica, necessitando-se, assim, de reabilitação neuropsicológica.

Outro elemento importante na compreensão da depressão e do suicídio são as abordagens psicoterápicas. Dentre elas, abordaremos a psicoterapia cognitivo-comportamental considerada a modalidade de tratamento de primeira linha para as mais variadas perturbações emocionais (Beck, 2005), como por exemplo, as perturbações de natureza depressiva. Neste contexto, convém salientar a aplicação de metodologias terapêuticas usualmente referenciadas na regulação emocional ou na reestruturação cognitiva, em diferentes disfunções psicológicas e psicopatológicas.

Desse modo, atendendo a esses aspectos, tem-se verificado uma crescente realização de estudos sobre os processos cerebrais, na tentativa de se alcançar uma compreensão mais apurada de alguns processos neuropsicológicos e neurobiológicos pelos quais as intervenções psicoterapêuticas cognitivo-comportamentais modificam certas estruturas do cérebro. Nesse sentido, a psicoterapia nos traz a possibilidade de alterar comportamentos-problema por meio da modificação do funcionamento e da estrutura de áreas específicas do cérebro (Etkin, Pittenger, Polan, & Kandel, 2005, Etkin, Pittenger, Polan, & Kandel, 2005, Mundo, 2006; Doidge, 2011, Boeker et al., 2013).

Sabe-se que intervenções psicoterapêuticas atuam no tecido neural, produzindo alterações no padrão de comunicação sináptica de forma semelhante aos efeitos produzidos por drogas psicotrópicas. Dessa forma, o sistema nervoso central constitui o local comum às intervenções psicológicas e farmacológicas.

Wenzel, Brown & Beck (2010) no livro intitulado *Terapia Cognitivo-Comportamental para pacientes suicidas* apresentam alguns correspondentes de atos suicidas e descrevem uma síntese desses atributos com o objetivo de divulgar essas informações aos psicólogos clínicos e ao público leigo, em geral. Observa-se que nenhuma variante sozinha é suficiente para desencadear um ato suicida, mas, tais fatores, se avolumam e interatuam entre si para sobrepor a vulnerabilidade de uma pessoa à conduta suicida.

Os pesquisadores acima nominados ainda apontam que a presença de um ou mais tipos de perturbações psiquiátricas é a variante principal na etiologia de atos suicidas, visto que cerca de 90%, ou mais, das pessoas que morrem por suicídio são diagnosticadas com um ou mais transtornos psiquiátricos. De todos os tipos de perturbações psiquiátricas, a relação entre depressão e os atos suicidas tem sido a mais extensivamente estudada. Aproximadamente 15% dos pacientes com transtorno depressivo maior descrevem que tentaram suicídio em alguma fase de suas vidas.



O estudo dos mecanismos neurais envolvidos na psicoterapia parte do princípio de que as várias técnicas psicoterapêuticas, em específico a cognitivo-comportamental, abordagem deste artigo, representam intervenções capazes de produzir alterações de longo prazo na emoção, na cognição e no comportamento de pacientes.

Kandel (1999) enfatiza que esses efeitos estão relacionados a processos de aprendizagem adquiridos ao longo do processo terapêutico. Dessa forma, estas informações adquiridas são armazenadas em diferentes sistemas de memória. Com efeito, entender os mecanismos neurais envolvidos em intervenções psicoterapêuticas, compreende as estruturas neurais abrangidas em distintos sistemas relacionados com a aprendizagem e a memória.

Estudos de Goldapple et al (2004), demonstraram que técnicas psicoterapêuticas capazes de aliviar determinados transtornos mentais também são capazes de produzir alterações na atividade cerebral. Os estudos investigaram o efeito da psicoterapia sobre a atividade neural em pacientes deprimidos e revelaram que a intervenção por meio de técnicas cognitivo-comportamentais produz uma redução da atividade do córtex frontal medial, bem como, um aumento da atividade do hipocampo e do córtex cingulado dorsal.

A capacidade que a intervenção psicoterapêutica tem em alterar a atividade neural de forma duradoura está relacionada a modificações na estrutura e no funcionamento da comunicação sináptica. No final do século XIX, Santiago Ramón y Cajal sugeriu que fenômenos relacionados com aprendizagem e memória estariam relacionados a mudanças em junções neuronais. Em seus trabalhos na área de neuroanatomia, Ramón y Cajal sugeriu que o exercício mental poderia causar maior crescimento de ramificações neurais (Callegaro, & Landeira-Fernandez, 2007).

A NEUROBIOLOGIA DA DEPRESSÃO

Estudos neuropsicológicos e neurobiológicos da depressão têm como objetivo tecer correlações clínico-patológicas para um maior entendimento do transtorno.

Considerando os aspectos da neurobiologia da depressão, as regiões cerebrais mais estudadas têm sido as áreas frontais e suas conexões, bem como, as áreas temporais.

A importância de alterações frontais em quadros depressivos vem sendo ressaltada por vários autores, levando-se em conta as alterações clínicas relacionadas à atenção, psicomotricidade, capacidade executiva e de tomada de decisão encontradas em quadros típicos, características muito presentes em pessoas com esse transtorno (Drevets, 2003).

Drevets (2003) descreve que as áreas frontais e estriatais também têm como importante função a modulação das estruturas límbicas e do tronco encefálico, que estão fisiologicamente



envolvidas na mediação do comportamento emocional, sendo assim, as disfunções nesses circuitos devem participar na patogênese dos sintomas depressivos.

Pacientes deprimidos apresentam uma diminuição na atividade da área região subgenua pré-frontal cortical. Nesses pacientes, essa área tem seu volume anatômico reduzido, tornando-se hiperfuncionante nas fases maníacas ou depressivas e retornando a um funcionamento básico quando o humor volta ao normal. Essa região é normalmente relacionada com a geração de palavras por associação e é ativada em indivíduos normais quando solicitados a gerar pensamentos tristes – uma forma experimental de induzir humor depressivo em laboratório. O que pode ocorrer em pacientes deprimidos é uma hiperatividade associativa quando experimentam pensamentos negativos incessantes (Drevets et al., 2002, Botteron, 2002, Drevets, 2003).

Para Drevets (2003) as áreas associadas com a rede atenta e de orientação vêm sendo muito estudadas na depressão, com base na ideia de que, na depressão maior, o sistema neural envolvido no processamento das informações externas e manutenção do estado de vigília seriam suprimidos em favor de sistemas envolvidos no processamento interno gerador de informação, como o pensamento e as emoções.

Thase (1999), em revisão feita sobre aspectos anatômicos da depressão, relata alterações na substância branca subcortical, especialmente, na área periventricular, gânglios da base e tálamo. Mais comuns no transtorno bipolar I e entre idosos, essas alterações parecem refletir efeitos neurodegenerativos deletérios de episódios recorrentes de humor. Alargamento ventricular, atrofia cortical e acentuação dos sulcos também foram descritos em pacientes com transtorno do humor comparativamente com grupo-controle. Além disso, há ainda, a redução do fluxo sanguíneo e do metabolismo em tratos dopaminérgicos do sistema mesocortical e mesolímbico; com evidências de que os antidepressivos normalizam parcialmente algumas dessas alterações.

Estudos realizados por Rozenhal, Laks & Engelhardt (2004) mostram alterações funcionais do sistema frontoestriatal, redução do fluxo sanguíneo e metabolismo em gânglios da base em deprimidos. Em pacientes unipolares (deprimidos), esses autores observaram aumento da taxa de substância branca, em especial na área periventricular, e redução dos núcleos caudado e putâmen.

O córtex pré-frontal tem íntimas conexões com as vias paralímbicas, amplamente relacionadas com aspectos emocionais. Alterações frontoestriatais e límbicas vêm sendo identificadas em subgrupos de pacientes deprimidos, sendo que a presença desta parece estar relacionada com uma pior evolução a curto e em longo prazo.

Segundo a literatura de Kennedy et al. (1997) a amígdala vem sendo amplamente estudada nos transtornos afetivos por estar intimamente relacionada ao aprendizado emocional. O núcleo

central da amígdala parece ser de crucial importância para a relação entre emoção e comportamento. Outros autores também descrevem anormalidades nesses circuitos na depressão.

Na depressão, parece haver uma redução global do metabolismo cerebral anterior e um aumento do metabolismo de glicose em várias regiões límbicas, com ênfase na amígdala.

Estudos com pacientes deprimidos relativamente graves e recorrentes de uma história familiar de transtorno do humor mostram que o aumento do metabolismo de glicose estaria relacionado com ruminações intrusivas. De acordo com formulações realizadas por Drevets (2003) esse hipermetabolismo amigdaliano serviria como um amplificador emocional que ajudaria a distorcer os sinais de estressores relativamente menores em pessoas vulneráveis.

No caso particular do comportamento suicida, a região cerebral mais extensamente implicada, neste tipo de comportamento, é o córtex pré-frontal, o qual é, ao mesmo tempo, o principal constituinte do neocórtex (Arantes-Gonçalves et al, 2008).

Sthal (2011) refere que a ideação suicida é regulada pelo processamento ineficiente de informações em regiões cerebrais associadas à emocionalidade, como a amígdala, o córtex pré-frontal ventromedial e o córtex orbital frontal. Essas regiões cerebrais recebem importante controle regulador das tendências suicidas pelas projeções serotoninérgicas. A amígdala é fundamental para o reconhecimento e a resposta ao perigo, podendo ser considerada a estrutura central que interpreta estímulos sensoriais na busca de elementos que sinalizam perigo ao indivíduo. O papel da amígdala cerebral é desencadear uma reação de luta e fuga, como uma maneira instintiva animal de manter a vida. A amígdala recebe a informação de perigo antes do neocórtex, isto é, antes da consciência. Esse mecanismo garante uma percepção de perigo, onde a amígdala, por ser o centro identificador do perigo para a autopreservação, gera medo.

Ao mesmo tempo, a amígdala parece estar relacionada com o desenvolvimento de depressão, assim sendo, pode estar arrolada ao reconhecimento e resposta à ansiedade e à suscetibilidade e desenvolvimento de depressão, sendo uma estrutura em ambos os eventos psíquicos.

Segundo Murphy, Rubinsztein, & Michael (2001), nos transtornos de humor, existe uma falha nos processos inibitórios de comportamentos. Pacientes deprimidos apresentam impulsividade fator esse ligado às tentativas de suicídio.

Uma das áreas cerebrais que tem sido repetidamente implicada na conduta violenta é o córtex frontal (Filley, Price, Nell, Antoinette, & Morgan, 2001). Especificamente, a área pré-frontal modula as atividades do hipotálamo e do sistema límbico e seu funcionamento tem um papel crítico na organização do comportamento, na linguagem, nas ações cognitivas e na tomada de decisão (Fuster, 2002). Essas funções cognitivas implicam no desempenho do lobo pré-frontal em termos de controle antecipado da ação, da escolha dos objetivos a serem alcançados, do planejamento, da tomada de decisão, da seleção da resposta mais adequada e da inibição de

outras, da atenção no acompanhamento enquanto a ação ocorre e da verificação do resultado (Gil, 2002). Prejuízos neuropsicológicos e do comportamento podem predispor pacientes a praticarem atos autoprejudiciais (Raust et al., 2007). Dessa forma, a prevenção desse comportamento autolesivo necessita focar-se na maior regulação da influência das alterações emocionais e das estratégias de resolução de problemas (Ohmann et al., 2008).

Estudos relacionados às alterações nas áreas temporais vêm sendo observadas nas depressões, em grande parte pela correlação entre a depressão e a alteração na regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, levando a efeitos adversos de hormônios do estresse sobre o hipocampo e a amígdala, regiões amplamente relacionadas com a área pré-frontal (Silberman, Weingarter, Tergun & Byrnes, 1985, Soares, & Mann, 1997, Sweeney, Kmiec, & Kupfer, 2000, Gold et al., 2002).

O hipotálamo é tido como um centro de controle das manifestações fisiológicas que acompanham as emoções e o hipocampo não participa diretamente dos mecanismos neurais da emoção, mas age na consolidação das memórias, inclusive daquelas com conteúdo emocional (Lent, 2001).

ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS NA DEPRESSÃO

Várias são as queixas neurocognitivas presentes durante o estado depressivo, incluindo redução das habilidades atenta e mnêmica e lentidão do pensamento (Purcell, Maruff, Kyrios & Pantelis, 1997), tanto na fase clínica como no período assintomático (Alexopoulos, 2005). Tais dificuldades interferem nas habilidades e, conseqüentemente, resultam em limitação significativa em todos os aspectos da vida dessas pessoas: auto cuidado, trabalho, lazer, relações sociais (Golisz, & Togli, 2002).

Entretanto, é importante ressaltar que nem todos os pacientes deprimidos apresentam estes déficits, pois a disfunção neuropsicológica associada ao Transtorno Depressivo Maior parece depender de diferenças individuais (Porto, Hermolim & Ventura, 2002).

Variáveis clínicas como gravidade da depressão, medicação, idade, história de hospitalizações, comorbidades, diminuição da fluência verbal e dificuldade para compreender os relatos ou as histórias, devem ser considerados na avaliação do comprometimento cognitivo (Teng, & Yano, 2009).

Porto, Hermolin e Ventura (2002) referem que investigações clínicas têm explorado a função neuropsicológica de pacientes deprimidos há pelo menos duas décadas. No entanto, pouco se sabe sobre a especificidade dos distúrbios cognitivos nesses quadros.



Levando-se em conta a complexidade dessas funções, a análise neuropsicológica de pacientes com depressão maior indica que um elemento-chave do declínio cognitivo é a disfunção executiva, uma vez que a habilidade de gerar, manter e alterar estratégias adequadas para a solução de problemas encontra-se alterada (Fossati et al., 1999; Merrian et al., 1999; Hill, 2004).

As funções executivas, de acordo com Malloy-Diniz e cols (2008) referem-se a um conjunto de habilidades que, de maneira integrada, possibilitam à pessoa direcionar condutas a metas, ponderar a eficiência e adequação desses comportamentos, elaborar estratégias mais eficientes e assim, resolver problemas imediatos de médio e longo prazo.

As funções executivas são demandadas à medida que se estabelecem planos de ação e quando uma sequenciação adequada de respostas deve ser eleita e planejada.

Goldberg (2002) assinala que as funções executivas são decorrentes das atividades dos lobos frontais, nomeadamente a região pré-frontal. Tais funções operam como um diretor executivo do funcionamento da atividade mental humana (citado por Fuentes, Malloy-Diniz, & Camargo, Cosenza et al, 2008).

Déficit nas funções executivas tem sido nomeado de “síndrome disexecutiva”, proveniente do comprometimento do córtex pré-frontal e/ou as redes a ele incluído. Nesse caso, os indivíduos podem apresentar problemas no processo de tomada de decisão, delineando metas irrealistas e sem prever as consequências de suas atitudes a longo prazo. Alterações de humor podem traduzir quadros de apatia, sintomas depressivos, euforia e afetos descontextualizados (Malloy-Diniz et al., 2008).

Huizinga, Dolan & Molen (2006) enfatizam que as funções executivas são representadas por habilidades distintas, ainda que relacionadas e não apenas por uma única habilidade cognitiva, apesar da existência de controvérsias acerca da unidade versus diversidade de tais funções.

Pesquisas realizadas por Rozenthal, Laks & Engelhardt (2004) identificaram que a flexibilidade mental mostra-se comprometida em vários estudos em deprimidos unipolares, com persistência de estratégias inapropriadas, o que pode explicar, em parte, as rumações depressivas, que, mesmo reconhecidas como estranhas e indesejáveis, não são repelidas.

Pacientes unipolares apresentam alterações na capacidade de sequenciação visuo-espacial, memória imediata e atenção quando comparados com indivíduos normais. Essas alterações estariam presentes também nas fases assintomáticas, sendo que, pacientes do sexo masculino com quadros crônicos teriam maior chance de permanecer com este perfil de déficits. Purcel, Maruff, Kyrios, & Pantelis (1997) também descrevem, que em pacientes deprimidos unipolares, apresentam comprometimento da capacidade de sustentar a atividade cognitiva e motora, de alternar o foco de atenção, além de lentificação motora e cognitiva. Esses déficits teriam relação



com a gravidade do quadro, sendo mais intensos em pacientes que necessitam de internação hospitalar.

Pesquisas realizadas com o fenômeno da depressão e memória apontam pacientes deprimidos queixando-se de alteração da memória. Silberman et al. (1985); Bemelmans et al. (1996), Drevets et al. (2002) descrevem que a alteração da memória encontra-se relacionada a uma desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, levando a efeitos adversos de hormônios do estresse sobre o hipocampo.

Estudos de Glass et al. (1981) & Ilsley et al. (1995) mostram que pacientes deprimidos queixam-se de baixa concentração e de dificuldade de memorizar, ou seja, apresentam alterações primárias do processo de fixação da memória.

Sweeney et al. (2000) descrevem alterações de memória episódica nas depressões. Grande parte das pesquisas que tem estudado as relações entre depressão e memória tem utilizado medidas de memória episódica, como a recordação de itens (Burt, Zembar, Niederehe, 1995). Apesar da grande divergência dos resultados de tais trabalhos, existem evidências de que os déficits de memória relacionados à depressão são mais pronunciáveis em tarefas de recordação livre, ao passo que a diferença de desempenho entre indivíduos depressivos e não depressivos é menor em tarefas de reconhecimento.

Da mesma forma, depressivos tendem a ter piores desempenhos de memória quando existem altas demandas cognitivas na fase de codificação/aprendizado (Hayslip, Kennelly, & Maloy, 1990; Brand, Jolles, Gispens-de-Wied, 1992). Nesse sentido, isso pode ser explicado pelo fato de pacientes com depressão não fazerem uso espontâneo de estratégias de organização, beneficiar-se menos do uso de imagens mentais e terem dificuldades com listas de memória longas, que contenham muitos itens de teste.

Hertel & Hardin (1990) identificaram que pacientes deprimidos apresentam déficits na recordação em tarefas que requerem o uso espontâneo de estratégias, ao contrário do observado naquelas que direcionam o uso de estratégias ou, prescindem das mesmas, indicando que, os déficits experimentados na depressão ocorrem na iniciativa cognitiva. Deprimidos têm prejuízo da evocação de material cujo processamento é "desgastante", como resultado de reduzida capacidade em perfazer essas operações, mas não por uma diminuição na quantidade de material lembrado visto em tarefas dependentes de processamentos mais automáticos.

Outro fator neurocognitivo citado em queixas associadas à depressão é a velocidade de processamento cognitivo comentados por Purcell et al. (1997) e Paradiso, Lamerty, Garvey & Robinson (1997) bem como as disfunções em habilidades psicomotoras (Hill, 2004), emoção e tomada de decisão. Ao se estudar o processamento de tomada de decisão deve-se levar em conta que, em pessoas não deprimidas, a emoção facilita o processo de tomada de decisão, guiando a

cognição. Esse processo tem grande relevância clínica no estudo da depressão, considerando-se que pacientes deprimidos geralmente têm dificuldades em tomar decisões.

Estudos conduzidos por Murphy et al (2001) demonstram que pacientes deprimidos são mais lentos no processo de deliberação e, quando solicitados a "confiar" em suas decisões (para avaliar o quanto estão seguros das mesmas), usam estratégias alteradas (mais conservadoras), com menos confiança. Os pacientes também apresentaram percepção distorcida do *feedback* ambiental, respondendo anormalmente quando este é negativo e sugerindo uma desregulação dos sistemas de reforço.

Em deprimidos, essa resposta comportamental anormal ao *feedback* de desempenho está associada a uma resposta neural anormal na região implicada com mecanismos de recompensa o caudado medial e o córtex órbito-frontal ventro-medial. Essas áreas estão na base de processos cognitivos que requerem informações afetivas, relacionadas ao processamento de significados relacionados às emoções, sendo extensivamente conectadas com estruturas límbicas implicadas, do ponto de vista comportamental, no processo de motivação, incentivo e reforço.

Estudos dirigidos sobre a temática do suicídio referem que uma das razões para uma pessoa desenvolver ideação suicida e tentativas de suicídio, diz respeito à inflexibilidade cognitiva e à dificuldade na resolução de problemas que apelem ao funcionamento adaptado dos lobos frontais.

Especificamente, a área pré-frontal que modula as atividades do hipotálamo e do sistema límbico e seu funcionamento tem um papel crítico na organização do comportamento, na linguagem, nas ações cognitivas e na tomada de decisão (Fuster, 2002).

De acordo com os estudos realizados por Gil (2002) as funções cognitivas estão relacionadas com o desempenho do lobo pré-frontal em termos de controlo de antecipação da ação, da escolha dos objetivos a serem alcançados, do planeamento, da tomada de decisão, da seleção da resposta mais adequada e da inibição de outras, da atenção no acompanhamento enquanto a ação ocorre e da verificação do resultado.

Segundo formulações estudadas por Shneidman's (1996), a ideação suicida ocorre ou pode ocorrer no processo da procura de solução para um determinado problema. Desta forma, a deficiência na resolução de problemas é compreendida como uma falta de capacidade na interpretação de problemas e na busca de estratégias diversas para solucioná-los de forma eficiente (Chi, & Glaser, 1992, Sternberg, 2000, Nezu, & Nezu, 2002).

A partir da década de 1990, foram desenvolvidas pesquisas relacionando aspectos cerebrais de resolução de problemas em pacientes que tentaram suicídio, alocando a sua função no córtex pré-frontal, num grupo de funções chamadas de funções executivas do lobo frontal (Ellis, Berg & Frazen, 1992; Audenaert et al. 2002; Keller & Werlang, 2005). Corroboram com a mesma ideia Dimitrov, Grafman, & Hollnagel (1996), que investigaram a relação do lobo frontal com o déficit



em resoluções de problemas e identificaram o lobo frontal como responsável pela planificação, associação e execução de determinada estratégia para solucionar problemas.

A avaliação das funções executivas requer, portanto, o exame de vários domínios cognitivos. Segundo Lezak (2004), o funcionamento executivo pode ser compreendido por meio de quatro componentes básicos: volição, planejamento, ação propositiva e desempenho efetivo. As funções executivas referem-se a um conjunto de funções e atividades mentais superiores, regidas primeiramente pelos lobos frontais que incluem planejamento, autorregulação, comportamentos dirigidos a um fim específico.

Segundo Gazzaniga, Ivry, & Mangun (2002) as bases neurológicas encontram-se no córtex pré-frontal, especialmente no córtex pré-frontal lateral e no giro cingulado anterior. De modo resumido “funções executivas” são atividades cognitivas superiores que auxiliam no alcance de objetivos futuros (Royall et al 2002).

Mais especificamente, essas capacidades (funções executivas) de alta ordem estão diretamente relacionadas ao córtex pré-frontal (Gazzaniga et al., 2006). As funções executivas estão arroladas com as aptidões que consentem a uma pessoa alcançar com êxito um comportamento independente, objetivo e com controle de outras funções mentais superiores, simulando, assim, um dos aspectos mais complexos da cognição humana.

As disfunções executivas são caracterizadas pela incapacidade das funções executivas em processar e elaborar ações adaptadas. Na prática, o impacto, no cotidiano, dos déficits das funções executivas atinge o processamento de informação e elaboração de ações de cunho adaptativo como, por exemplo: dificuldade em iniciar tarefas, empobrecimento da estimativa de tempo, dificuldade em alternar de uma tarefa para outra ou lidar com mais de uma tarefa que varie em grau de prioridade, dificuldade no controle de impulsos, dificuldades de planejamento e sequenciação cronológica, impaciência e labilidade emocional (Burgess, & Alderman, 2004).

De acordo com formulações realizadas por Raust et al. (2007) alterações neuropsicológicas e do comportamento podem predispor pacientes a praticarem atos autoprejudiciais. Os déficits pré-frontais (alterações nas funções executivas) em pacientes suicidas podem servir, como uma possível razão biológica, para a deficiência em solucionar problemas da vida diária. Essa incapacidade resulta de uma associação de fatores, entre eles a desesperança e a falsa convicção de que não se pode fazer nada para mudar o futuro, conseqüentemente, produzindo o sentimento de se ser indefeso. Assim, por uma falha na avaliação dos problemas e uma deficiência no modo de resolvê-los, o indivíduo acaba por limitar as soluções, restando como única saída a tentativa de suicídio (Audenaert et al., 2002).



REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

A reabilitação neuropsicológica dispõe-se a corrigir, maximizar as aprendizagens e reaprendizagens das habilidades cognitivas de forma que os pacientes encontrem meios adequados e alternativos para alcançar metas funcionais específicas, a fim de diminuir ou sanar as funções afetadas. Prioriza o indivíduo como um todo e sua qualidade de vida, pois inclui problemas emocionais e comportamentais, fazendo com que o paciente se reintegre ao ambiente social, escolar e de trabalho de maneira mais adequada possível; atua além do consultório, com o objetivo de facilitar o desempenho em tarefas que requerem habilidades cognitivas (Gil, 2005).

A reabilitação neuropsicológica tem como objetivo minimizar as funções cognitivas deficientes, no aspecto físico, psicológico e sócio-adaptativo, por meio de diversas técnicas e estratégias, levando em conta a plasticidade neuronal e, essencialmente, as possibilidades do paciente. Tem-se como objetivo principal, uma atividade dinâmica para a readaptação do indivíduo ao seu meio ambiente (Santos & Abrisqueta-Gomez, 2006).

Os progressos na área de reabilitação neuropsicológica advieram após a Primeira e a Segunda Guerra Mundiais, momento no qual os cientistas passaram a dirigir esforços para entender como os distintos tipos de lesões influenciavam a conduta humana e como se poderia minorá-los. Atualmente, as variações socioculturais e os progressos tecnológicos levaram a um aumento no número de vítimas de lesões cerebrais ocasionado por acidentes automobilísticos, acidentes decorrentes de esportes radicais, vítimas da violência, entre outros. Assim, são compreensíveis os efeitos sociais que o estudo da reabilitação neuropsicológica traz para a população (Pontes, & Hubner, 2008).

A reabilitação neuropsicológica vai além da reabilitação cognitiva, ela é mais abrangente. A reabilitação cognitiva ocupa-se, especificamente, do tratamento das funções cognitivas (atenção, memória, percepção, compreensão etc.) e tem como objetivo promover uma melhora no desempenho de tarefas que demandam funções cerebrais determinadas (Wilson, 2008).

O primeiro passo é realizar uma avaliação neuropsicológica para se mensurar as funções intactas e os prejuízos cognitivos. Basicamente, a bateria de testes avalia um conjunto de habilidades e competências cognitivas, tais como: orientação espaço-temporal, raciocínio, atenção, aprendizagem, memória verbal, visual, curto e longo prazo, funções executivas, linguagem, organização visuoespacial, funções perceptuais e motoras.

De acordo com Pontes & Hubner (2008), McMillan & Greenwood (1993) afirmam que a reabilitação neuropsicológica percorre os campos da neuropsicologia clínica, análise comportamental, retreinamento cognitivo e psicoterapia individual e grupal.



A partir dessa definição, observa-se a influência recíproca entre a reabilitação neuropsicológica e a análise do comportamento. Wilson et al. (1994; 2003) alegaram que é por meio da observação comportamental que os dados são obtidos sobre o nível de empenho do paciente de modo individual, bem como, se obtém informações sobre a forma mais apropriada de se aplicar algum procedimento.

Dessa maneira, a reabilitação neuropsicológica requer um vasto embasamento teórico, já que, não existe um único modelo ou teoria que envolva os mais variados problemas encontrados por vítimas de distúrbios neurológicos e neuropsiquiátricos (Abrisqueta-Gomez, 2006). A análise do comportamento pode colaborar sobremaneira para a neuropsicologia, tanto para o processo de avaliação como para o de reabilitação.

No processo de avaliação, somente mensurar quantitativamente as funções cognitivas e analisá-las, como representativas do funcionamento cognitivo, ocasiona efeitos sérios, pois déficits cognitivos distintos podem motivar escores gerais idênticos ou totalmente deficientes.

A análise do comportamento pode contribuir nesse processo por dar subsídios para que o profissional faça uma análise aprofundada a respeito das contingências ambientais que podem interferir no desempenho cognitivo do paciente. Por exemplo, é possível que um paciente com dificuldades de interação social decorrentes de algum distúrbio ou lesão neurológica viva em um ambiente familiar pobre de interações sociais, o que contribui para o agravamento desse aspecto. (Pontes, & Hubner, 2008. p. 7).

INTERFACE ENTRE REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Conforme descrito acima, a reabilitação neuropsicológica trata os déficits cognitivos, além de abordar as alterações de comportamento e emocionais, melhorando a qualidade de vida do paciente. A reabilitação tem como finalidade, aprimorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares, tornando melhor o aproveitamento das funções total, ou parcialmente, preservadas mediante o ensino de estratégias compensatórias, aquisição de novas habilidades e a adaptação às perdas permanentes.

A terapia cognitivo-comportamental reúne técnicas de intervenção sobre cognições, comportamentos e emoções.

Na década de 1970, conforme descreve Abreu (2006) iniciou-se a revolução cognitiva na psicologia e a clínica teve seu palco gradualmente refreado pelo modelo cognitivo-



comportamental para terapêutica da depressão de Aaron Beck (Beck, 1963, 1970, Beck et al., 1961, 1979).

A terapia de Beck para depressão foi primeiramente intitulada pelo autor como terapia cognitiva para depressão. A conceituação e as técnicas cognitivas passaram a ser aplicadas tempos depois em distintas patologias psiquiátricas (Beck, 1984).

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é uma modalidade de psicoterapia que envolve o trabalho com os processos cognitivos. Os principais conceitos desta abordagem surgiram a partir de 1960, quando Aaron Beck e Albert Ellis concluíram que a depressão resulta de pensamentos arraigados e descreveram os conceitos fundamentais da TCC. Beck observou que o humor e o comportamento de paciente deprimido são mantidos através dos pensamentos negativos e crenças distorcidas (Beck, 1967).

Em outras palavras, a depressão pode ser compreendida como sendo decorrente das próprias cognições e esquemas cognitivos disfuncionais. Dessa forma, os pacientes com depressão agem e acreditam que as coisas estão sendo piores, do que realmente são, partindo de erros cognitivos que processam em sua mente.

O elemento central na TC da depressão de Aaron Beck consiste em manifestações emocionais e comportamentais da depressão que são mantidas por uma avaliação negativa de si próprio e do ambiente. Desse modo, esse julgamento contraproducente ocorre porque indivíduos depressivos tendem a distorcer automaticamente e negativamente as informações do ambiente.

Essa abordagem, que enfatiza o pensamento, foi denominada por Beck de "terapia cognitiva" (TC). Assim, as terapias designadas de terapias cognitivo-comportamentais (TCC), denominam-se, assim, por que constituem uma integração de conceitos e técnicas cognitivas e comportamentais.

O modelo cognitivo de Beck para depressão pressupõe três conceitos clássicos para explicar o substrato psicológico da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas cognitivos disfuncionais e as distorções ou erros cognitivos.

A tríade cognitiva consiste na visão negativa de si mesmo, na qual a pessoa tende a ver-se como inferior, inadequada, indesejada e incapaz ou inapta; na visão negativa do mundo, incluindo relações, trabalho e atividade e; na visão negativa do futuro, o que parece estar cognitivamente vinculado ao grau de desesperança.

Quando o indivíduo é levado a ter pensamentos associados à ideação suicida, a desesperança torna-os mais intensos e a morte pode ser compreendida (pelos pacientes depressivos) como alívio para a dor ou sofrimento psicológicos ou como única saída diante de uma situação difícil. Beck et al. (1997) relacionaram vários sintomas depressivos como consequência dessa visão negativista tríplice.



Os esquemas cognitivos dizem respeito à forma sistemática como a pessoa interpreta as situações adequando-as suas referências vivenciais e também designam padrões estáveis que categorizam e avaliam as experiências. Na organização estrutural do paciente deprimido, esses padrões estáveis, que servem de base para transformar os dados em cognições, encontram-se disfuncionantes gerando percepções distorcidas da realidade que se encaixam aos esquemas depressivos previamente ativados (Goldrajch, 1996). O paciente perde grande parte do controle sobre seus pensamentos e não se acha em condições de utilizar outros esquemas que melhor se adaptem às situações. À medida que a depressão se intensifica mais automático se torna o pensamento, a pessoa pode vir a ser então inteiramente dominada pelo esquema disfuncional (Ito, 1997).

Os erros cognitivos representam as distorções que acontecem no processamento das informações, no sentido de adaptar a realidade aos esquemas negativistas. São erros sistemáticos que reforçam a crença do paciente em seus conceitos depressivos. Esses pensamentos ocorrem automaticamente, parecendo óbvios e naturais ao paciente. As distorções decorrem de regras e pressupostos, que são padrões estáveis adquiridos ao longo da vida do indivíduo com depressão. Essas regras e crenças são sensíveis à ativação de fontes primárias como o estresse e, frequentemente, levam a estratégias interpessoais ineficazes.

Beck et al. (1997) observaram que o paciente deprimido elabora sua experiência de maneira negativa e antecipa resultados desfavoráveis para seus problemas. Essa forma de interpretar os eventos e as expectativas funciona como uma espécie de propulsor de comportamentos depressivos que, por sua vez, ratificam, após nova interpretação, os sentimentos pessoais de inadequação, baixa autoestima e desesperança.

A interpretação negativa dos eventos gera um humor depressivo adequado com a distorção, esse humor, por sua vez, ativa ainda mais percepções negativamente distorcidas, suscitando mais humor deprimido. Os pensamentos se tornam cada vez mais negativos e o humor, mais depressivo, formando assim um círculo vicioso, compondo aspectos neurobiológicos, neuropsicológicos e cognitivos na manutenção da depressão (Knapp, 2004).

Segundo Knapp (2004), uma vez instalada a depressão, ocorrem alterações de atenção, de cognição e da memória, ou seja, a atenção diminui, o processamento cognitivo torna-se mais automático e há uma tendência à evocação de informações de cunho negativo. Para esse mesmo autor, a combinação torna-se desastrosa para a recuperação da pessoa e representa um círculo vicioso na manutenção da depressão.

Dessa forma, o viés na atenção, estreitando o foco para fatos negativos, assim com, a obliquidade na memória, facilita a evocação de fatos negativos, combinados com um processamento cognitivo mais automático, que requer mínima atenção, leva a uma dificuldade



para identificar aspectos positivos em si próprio, ou no ambiente, que sinalizem uma solução para seus problemas.

O crescimento da importância dos componentes cognitivos na depressão ocorreu com os trabalhos de Beck (1963) postulando que a cognição é o fator determinante da doença, o transtorno cognitivo é elemento primário na patologia, e as construções negativistas do pensamento são o fato primeiro na cadeia sintomatológica.

O eixo central da abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das depressões consiste em modificar as crenças desadaptativas que geram esses pensamentos distorcidos, ocasionando comportamentos disfuncionais e emoções negativas. O objetivo do tratamento é a identificação e reestruturação cognitiva, por meio de técnicas cognitivas e automonitoramento. As técnicas comportamentais ajudam no alívio dos sintomas e aumentam a autoeficácia reabilitação, promovendo, dessa forma, uma melhor qualidade de vida. Nas situações decorrentes de ameaça ou perigo real devem ser priorizadas medidas do estabelecimento de condições de proteção e capacidade de verificação das condições de segurança necessárias.

A TCC da depressão é um processo de tratamento que ajuda os pacientes a modificarem crenças e comportamentos que produzem certos estados de humor. As estratégias terapêuticas da abordagem cognitivo-comportamental da depressão envolvem trabalhar três fases: 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 (Leahy, 2003).

Para Beck (1995) uma das vantagens da TCC é o caráter de participação ativa do paciente no tratamento, de modo que a pessoa é auxiliada a: identificar suas percepções distorcidas, reconhecer os pensamentos negativos e encontrar pensamentos alternativos que reflitam a realidade mais de perto, buscando as evidências que sustentam os pensamentos disfuncionais e os alternativos, desse modo, encontrando pensamentos mais adaptativos, objetivando a reestruturação cognitiva.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso a partir da utilização da avaliação neuropsicológica combinada com a reabilitação neuropsicológica no modelo de intervenção Cognitivo-comportamental.



ESTUDO CLÍNICO

Foi atendido e avaliado um paciente (P.A.), sexo masculino, 51 anos, casado, com ensino fundamental incompleto, profissão motorista.

P. A. compareceu ao atendimento psicológico acompanhado da esposa relatando estar se sentindo desanimado e com "sentimento de revolta".

O paciente relatou estar deprimido há quatro anos e meio. Não buscou ajuda profissional na época, porém, recentemente, pelo fato da sua depressão tornar-se mais severa, procurou apoio psiquiátrico e, posteriormente, acompanhamento psicológico, fazendo uso das seguintes medicações: Venlift, Donaren, Zargus, Vicog, Alprazolam.

Como queixa inicial, o paciente verbaliza que chorava fácil, que sentia profunda tristeza, irritabilidade, nervosismo, esquecimento (não lembrava onde colocava os objetos), tinha falta de atenção, dificuldade de tomar decisões e ideias suicidas recorrentes (com uma tentativa), além de perda de peso e tendência ao isolamento.

Segundo seu relato, ele trabalha há 12 anos em uma empresa de ônibus desempenhando a função de motorista, porém, há seis meses está afastado pelo fato da doença ter se agravado. Relata, ainda que, em situações estressantes do trabalho, ficava com medo, sentia-se angustiado, ansioso, com lapsos de memória¹, chegando mesmo a ter pensamentos suicidas durante o trabalho. Refere que recebia ameaças de passageiros² e vistoria de policiais por denúncia de droga dentro do ônibus.

HISTÓRIA PESSOAL

P.A. é o filho mais velho de uma prole de cinco filhos. Foi criado pelos seus pais e teve bom relacionamento com os irmãos. Menciona que não conseguiu dar continuidade aos seus estudos porque era de família humilde e tinha que ajudar nas despesas da casa.

P.A. comenta que sempre foi uma pessoa tímida e reservada, não teve muitos amigos durante a sua infância e a sua adolescência, porém, mantendo um bom relacionamento social com

¹ **Lapsos de memória** - relatava que por inúmeras vezes não lembrava que direção tinha que tomar com o ônibus com passageiros, se estava indo para determinada cidade ou se estava voltando.

² **Ameaças**, como por exemplo, o passageiro desejava que ele parasse o ônibus onde não era ponto, nesse sentido, o passageiro o ameaçava dizendo "fica esperto comigo, da próxima vez que eu pedir e você não parar este ônibus, vai ver o que lhe acontecer". E também, por vezes, P.A. relatava que tinha medo que o passageiro pensasse que ele é que tinha feito a denúncia aos policiais acerca de drogas dentro do ônibus e assim matá-lo ou fazer algum mal a sua família.

os demais familiares. Não teve nenhum relacionamento estável até conhecer a esposa, a qual, segundo ele, é uma pessoa honesta e trabalhadora.

SITUAÇÕES AGRAVANTES

Está afastado do trabalho e recebe auxílio-doença, fato este que para ele é deprimente.

Não tem filhos biológicos, está casado há vinte quatro anos e quando se casou a esposa já tinha duas filhas pequenas, onde têm por elas muito carinho e dedicação. Ao longo desse tempo ocorreram separações e reconciliações.

A esposa realizou tratamento para engravidar, engravidou, mas sofreu aborto espontâneo, o mesmo aconteceu na segunda tentativa (motivos de saúde).

A morte do pai, que faleceu em seus braços, e, a morte do irmão há dois anos, na véspera de Natal, também foram situações agravantes para o seu estado. De acordo com seu relato reserva sentimento de revolta, pelo fato do irmão ter sido assassinado brutalmente deixando um filho de dez anos, o qual está sob seus cuidados.

O paciente apresenta histórico de depressão na família dele e histórico de suicídio na família da esposa.

PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Devido à queixa cognitiva e a presença de sintomas depressivos foram utilizados para avaliação clínica e neuropsicológica os seguintes instrumentos:

Para avaliar sintomas depressivos, foram utilizadas as escalas Beck:

- Inventário de Depressão Beck (BDI) (Cunha, 2011)
- Inventário de Ansiedade Beck (BAI) (Cunha, 2011)
- Escala de Desesperança Beck (BHS) (Cunha, 2011)
- Escala de Ideação Suicida Beck (BSI) (Ferreira, J. A., & Castela, M. C., (2011).

Para avaliar a memória:

- Teste de Cópia e de Reprodução de Figuras Complexas de Rey (Figura A) avalia a atividade perceptiva e da memória (Oliveira, Silva, 2010).

Para avaliar a atenção:

- Teste de Trilhas Coloridas - avalia a atenção sustentada e dividida e para obter informações sobre as habilidades consideradas subsidiárias ao funcionamento do lobo frontal, como rastreamento perceptual, sequenciação e permite também a observação de habilidades grafomotoras (D'Elia et al.,2010).

INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA INTERVENÇÃO

Após a avaliação a intervenção ocorreu com as seguintes técnicas cognitivas e comportamentais:

- Diálogo Socrático
- Identificação de pensamentos automáticos (PA)
- Avaliação e questionamento de P. A
- Registro de pensamentos automáticos disfuncionais
- Explicação de como os pensamentos geram sentimentos
- Registro de pensamentos disfuncionais
- Identificação de crenças
- Avaliação e modificação de crenças
- Solução de problemas e tomada de decisão
- Agendamento, monitoramento e conscientização sobre as próprias dificuldades, além da reestruturação das cognições e reavaliação das próprias
- Distração Cognitiva
- Cartão de enfrentamento
- Exercícios físicos
- Treino de Respiração diafragmática
- Treino de assertividade
- Dramatização.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

O paciente apresentou desempenho inferior de acordo com o esperado para a sua idade e escolaridade e depressão grave com presença de ideias suicidas. Como foi apontado acima, o paciente relatou uma tentativa de suicídio na entrevista inicial.

Em conjunto com o histórico clínico do paciente e os resultados da avaliação neuropsicológica, esses dados indicam que seus prejuízos cognitivos nos testes, parecem ser secundários à presença de sintomas depressivos. Essa hipótese é confirmada pelos resultados quantitativos e qualitativos da avaliação, segundo a maioria dos estudos que investiga o impacto da depressão sobre a cognição.

Os dados obtidos neste estudo de caso compartilham com os resultados apontados por pacientes deprimidos (de qualquer idade) que têm dificuldades na capacidade de aprendizado, demonstram lentidão de desempenho e falhas no processo de memória e atenção.

Outro aspecto importante a ser discutido é que apesar das características da testagem e pela história clínica do paciente sugerirem alterações cognitivas que pareciam ser secundárias ao quadro depressivo, verificou-se depressão associada a prejuízos cognitivos, com isto, torna-se importante nesses casos fazer avaliações periódicas com objetivo de acompanhar a evolução dos sintomas.

A literatura aponta uma consonância nos estudos quanto à hipótese de que quanto mais grave a depressão, maior o comprometimento cognitivo e funcional do paciente.

A psicoterapia cognitivo comportamental pode alterar o funcionamento cerebral de forma que as memórias recolhidas pelo hipocampo são reorganizadas de uma maneira significativa pelos lobos frontais e consolidados novamente na memória. O processo de sentir alguma coisa, falar sobre isso, expressar as emoções, ligando isso a uma lembrança tem consequências duradouras e benéficas para a qualidade de vida emocional do paciente. A psicoterapia, sobretudo, promove um aumento global na ativação do córtex pré-frontal ventromedial, e maior excitação na amígdala, núcleo caudado e hipocampo (uma das regiões cerebrais envolvidas na expressão das emoções).

No que se refere aos resultados da intervenção por meio de técnicas cognitivas comportamentais, segundo o conceito da tríade cognitiva de Beck, o paciente deprimido apresenta três aspectos cognitivos principais: conceitos negativistas sobre si mesmo, sobre o mundo e o futuro. Esses padrões de pensamento induzem o paciente a se considerar um fracasso e incapaz, vendo o mundo como ambiente hostil, sentindo-se sem recursos para enfrentar questões corriqueiras, fazendo projeções de um futuro em que tudo continuaria da mesma



maneira, assim, antecipando que encontraria, cada vez mais, dificuldades e que a solução para seus problemas seria colocar fim em sua vida.

O modelo cognitivo levanta a hipótese de que a emoção e o comportamento das pessoas são influenciados por sua percepção e eventos. Não é uma situação por si só, que determina o que as pessoas sentem, mas sim, o modo como elas interpretam uma situação.

Neste estudo, o caso clínico, na prática, é demonstrado pela visão negativa de si mesmo, quando o paciente relatou que via a si próprio como fracassado, incapaz e doente, atribuiu suas experiências desagradáveis de infância e também do dia a dia como um defeito psicológico, moral ou físico a si mesmo. Em sua visão, ele acreditou que devido aos seus supostos defeitos, no qual ele acreditou, era incapaz e sem valor, se criticava e se subestimava por causa desses aspectos.

Devido a essas situações procurou-se com a psicoterapia cognitivo comportamental mostrar ao paciente que as interpretações negativas iniciais eram tendenciosas, e ele era a todo tempo estimulado a refletir sobre explicações alternativas menos negativas. Aos poucos, foi se chegando a reestruturação cognitiva do paciente transformando os pensamentos disfuncionais em funcionais para alívio do sintoma e sucesso no tratamento da depressão e suicídio. O paciente esperava um resultado negativo, porém a todo o momento era estimulado com atividades prazerosas para mudar tal pensamento disfuncional e ter alívio do sintoma.

P. A. apresentou esquema cognitivo quando se defrontou com uma circunstância específica – um exemplo foi quando após a morte de seu irmão, ele obteve a guarda do sobrinho de onze anos de idade e pensou que seria incapaz de educá-lo, bem como seria este o pensamento dos demais à sua volta. Com este pensamento negativo que ele teve neste momento foi ativado o esquema de incapacidade.

O paciente apresentou erros cognitivos de pensamento como distorções cognitivas.

A psicoterapia aplicada ao paciente foi ativa, diretiva e estruturada, desenvolvendo-se em 24 sessões, cujo objetivo foi ensinar o paciente a pensar de forma mais funcional, chegando a uma reestruturação cognitiva e lidando melhor com dificuldades que surgissem no dia a dia.

Aplicou-se o princípio básico como a relação terapêutica; empatia, cordialidade e tenuidade, na qual o paciente se mostrou colaborativo durante todo o processo terapêutico. Estabeleceu-se durante as sessões exercícios e técnicas complementares com necessidade específicas e individuais ao paciente, totalmente planejadas e flexíveis. A escolha das técnicas foi feita de acordo com a conceituação geral e suas metas em sessão específica que visou influenciar no pensamento e o humor do paciente. A meta foi produzir mudanças em atitudes negativistas e de desempenho do paciente, além da realização de seus objetivos nas áreas familiar, de saúde, de autoconceito e profissional.



Na vigésima sessão os escores de depressão (BDI) e desesperança (BHS) apontaram dentro do padrão limítrofe normal a leve, devido à reestruturação cognitiva e substituição de crenças disfuncionais por funcionais. O paciente realizou todas as metas, inicialmente estabelecidas, de acordo com o planeamento de intervenção.

Durante as sessões, as áreas de vida constantes na Lista de Problemas e Metas foram sendo resolvidas. Na área familiar, o paciente teve mais proximidade e harmonia conjugal, também perdoou a pessoa que matou seu irmão, assim, livre da mágoa e do sentimento de revolta, passou a não ir com tanta frequência ao cemitério. Na área da saúde, inseriu em sua rotina diária, a caminhada, exercícios físicos e hábitos de leitura. Na área religiosa tornou-se assíduo aos cultos. No campo profissional, aprendeu a valorizar seu trabalho e iniciou um curso técnico de mecânico para melhorar seus conhecimentos (na área de mecânica, visto que dirige um ônibus).

Quanto ao campo do autoconceito, passou a se valorizar mais, recuperando a autoestima e deixou de se importar com a opinião dos outros a seu respeito. Desfez-se da corda que tinha sempre à vista caso precisasse, ou seja, ausência de pensamentos suicidas.

Vários fatores facilitaram alguns dos progressos do paciente: aliança terapêutica estabelecida e colaboração durante as sessões. Mesmo ativando crenças de fracasso e incapacidade, como também ideias suicidas, houve colaboração e entendimento mútuo, realização das tarefas de casa, cordialidade, presença e empatia, durante as sessões. Dificultaram o processo terapêutico algumas faltas que o paciente teve, e a necessidade de espaçamento entre sessões quinzenais por motivos particulares.

CONCLUSÃO

Muitas foram às contribuições da psicoterapia cognitiva comportamental conforme o relato clínico de depressão e suicídio, cujos objetivos principais foram ensinar o paciente a reconhecer as cognições negativas, e as conexões entre cognição e afeto examinando evidências contra e a favor de pensamentos distorcidos e substituindo por pensamentos funcionais.

A psicoterapia cognitivo-comportamental propõe uma metodologia de intervenção combinada com mecanismo de neuroplasticidade na reabilitação neuropsicológica. Neuroplasticidade é o atributo que as células nervosas possuem de transformar, permanentemente e/ou por tempo temporizado, o seu desempenho e a sua forma, em resposta à ação do meio externo. É a capacidade de o sistema nervoso reorganizar-se, o qual é a base dos processos de memória e aprendizagem, bem como das estratégias de reabilitação em casos de perda estrutural e/ou funcional ocasionada por lesões. A obtenção de novos comportamentos pela pessoa

sobrevém da dependência da reorganização dos circuitos neurais. (Fuentes, Malloy-Diniz, Camargo, Cosenza & cols,2008).

Percebeu-se, neste estudo, a interligação das alterações cognitivas e neuropsicológicas na depressão e suicídio, bem como, a interferência cotidiana e ocupacional que delas foram geradas, o que demonstra a importância da avaliação e acompanhamento neuropsicológico, aliado à psicoterapia cognitivo comportamental, principalmente, quanto à reabilitação junto a pacientes com esse tipo de transtorno, tornando-se de suma importância a intervenção dessa modalidade de tratamento. As diversas técnicas e abordagens tornam clara e objetiva a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

Neste sentido, por meio de uma revisão sistemática da literatura empírica recente, o presente estudo demonstrou que a base neurobiológica da psicoterapia reside na alteração dos padrões de comunicação neural. Além disso, a psicoterapia pode trazer mudanças semelhantes às promovidas pelos psicofármacos no sistema nervoso, alterando de forma semelhante a comunicação neural e essas modificações podem ser comprovadas a partir de exames de neuroimagem.

A neuropsicologia e a análise do comportamento compartilham diversas características, mas, talvez a principal seja a de que as duas áreas se preocupam em compreender o comportamento humano. A neuropsicologia busca compreender a relação entre o cérebro e o comportamento, enquanto a análise do comportamento procura compreender quais variáveis ambientais estão envolvidas na ocorrência e manutenção de certo comportamento.

A psicoterapia cognitivo comportamental agrega em sua proposta a alteração do pensamento negativo, através da mudança do pensamento que implica na mudança do comportamento. No caso abordado ele se mostrou eficaz, pois a alteração do pensamento e extinção da ideação suicida.

A reabilitação neuropsicológica estabelece uma participação ativa e um envolvimento do paciente, sendo esta uma característica esperada do paciente que se submete a um tratamento psicoterápico cognitivo-comportamental. Observa-se, ainda que, tanto a reabilitação neuropsicológica, como a psicoterapia de abordagem comportamental são intervenções com fins, visivelmente, determinados e explicitados ao paciente e em via de regra têm duração limitada, pois depende das queixas apresentadas, do desempenho individual durante o programa e da relação terapêutica.

REFERÊNCIAS

Abreu, P. (2006). Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada? *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 6, n. 33, pp. 322-328.

Abrisqueta-Gomez, J.(2006). Reabilitação neuropsicológica: “o caminho das pedras”. In: Abrisqueta-Gomez, J., Dos Santos, F.H. (eds.). *Reabilitação neuropsicológica: da teoria à prática*. São Paulo: Artes Médicas.

Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365, pp.1961-1970.

Arantes-Gonçalves, F., & Coelho, R (2008). Á procura de marcadores biológicos no comportamento. *Acta Med Port*; 21(1), pp. 89-98.

Arcoverde, R. L., & Soares, L. S. L. C. (2012). Funções Neuropsicológicas Associadas a Condutas Autolesivas: Revisão Integrativa de Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (2), pp. 293-300.

Audenaert, K., Goethals, I., Van Laere, K., Lahorte, P., Brans, B., Versijpt, J., Vervaeet, M., Beelaert, L., Van Heeringen, K. & Dierckx, R. (2002). SPECT Neuropsychological Activation Procedure With the verbal Fluendes Test in Attempted Suicide Patients. *Nuclear Medicine Communications*, 23(9), pp. 907-916.

Bear, M.F., Connors, BW; Paradiso, M.A. Atenção (2008). In: Bear, M.F., Connors, B.W., & Paradiso, M. A. *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. 3. ed. Porto Alegre: Artemed.

Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives General Psychiatry*, 62, pp. 953-959.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, F.B., Emery, E. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.

BECK, A.T.(1984). Cognition and therapy. *Arch Gen Psychiatry* 41, pp. 1112-1114.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G.(1979). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre (RS). Artes Médicas.



Beck, A.T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Bemelmans, K.J., Goekoop, J.G., Van Kempin, G.M. (1996). Recall performance in acutely depressed patients and plasma cortisol. *Biol Psychiatry*; 39, pp. 750-2.

Berger, A., & Posner, M. (2000). Pathologies of brain attentional networks. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 24, pp. 3-5.

Boeker, H. et al. (2013). Essentials of psychoanalytic process and change: how can we investigate the neural effects of psychodynamic psychotherapy in individualized neuro-imaging? *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, pp. 355-369.

Botteron K.N., Raichle, M. E., Dreveets, W.C., Heath, A. C., & Todd, R. D. (2002). Volumetric reduction in left subgenual prefrontal cortex in early onset depression. *Biol Psychiatry*; 51, pp.342-4.

Borgerts, B. (1996). Plasticity of brain structure and function as the neurobiological principle of psychotherapy. *Zeitschriften für Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*, 23, pp. 124-131.

Brand, A.N., Jolles, J., & Gispen-de-Wiel, C. (1992). Recall and recognition memory deficits in depression. *J Affect Disord.* v.25, n. 1, pp. 77-86.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade/MS/SUS/DASIS. *Informações de Saúde - Estatísticas Vitais*. [citado 30 Jul. 2008]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.

Burgess P.W., Alderman N. (2004). Executive dysfunction. In: Goldstein L., McNeill, J., (org). *Clinical Neuropsychology: A practical guide to assessment and management for clinicians*. England.

Burt, D. B., Zembar, M. J., & Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: a meta-analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin*, 117, pp. 285-305.

Callegaro, M.M., & Landeira-Fernandez, J. (2007). Pesquisas em neurociência e suas implicações na prática psicoterápica. In A. V. Cordioli (Ed.) *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp. 851-872) (3a ed.). Porto Alegre: ArtMed.



Chachamovich, E.; Stefanello, S.; Botega, Neury & Turecki, G.(2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. vol.31, suppl.1, pp. S18-S25.

Chi, T. H., & Glasser, R. (1992). A capacidade para a solução de problemas. In: R.J. Sternberg /ED). *As Capacidades Intelectuais Humanas: uma Abordagem em Processamento de Informações.* (pp.250-275). Porto Alegre: Artes Médicas.

Coronel, M.K.; Werlang, B.S.G. Resolução de Problemas e Tentativa de Suicídio: Revisão Sistemática. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 2010 volume 6 nº2. [online]

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dimitrov, M., Grafman, J. & Hollnagel, C. (1996). The Effects of Frontal Lobe Damage on Every Day Problem Solving. *Cortex*, 32, pp. 357-366.

Drevets, W.C., Price J.L., Bardgett, M,E, Reich T., Todd, R.D., & Raichle M.E. (2002). Glucose metabolism in the amygdala in depression: relationship to diagnostic subtype and plasma cortisol levels. *Pharmacol Biochem Behav*; 7, pp.431-7.

Drevets, W.C. (2003). Neuroimaging abnormalities in the amygdala in mood disorders. *Ann N Y Acad Sci*; 985, pp.420-44.

Ellis, T.E., Berg, R.A. & Franzen, M.D. (1992). Neuropsychological Performance and Suicidal Behavior in Adult Psychiatric Inpatients. *Percept Mot Skills*, 75(2), pp. 693-647.

Etkin, A.; Pittenger, C.; Polan, H.J.; Kandel, E.R. (2005). Toward a neurobiology of psychotherapy: basic science and clinical applications. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 17(2), 145-58.

Fabela, S. *Contributos neuropsicológicos para a intervenção psicológica nas perturbações de humor.* Cidade do Porto, 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0322.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

Ferreira, J. A., & Castela, M. C. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S). In Simões, M. R., Gonçalves, & Almeida (Eds), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol.II). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

Filley, C.M., Price, B.H., Nell, V., Antoinette, T., & Morgan, A.S. (2001). Toward and Understanding of violence: Neurobehavioral aspects of unwarranted physical aggression-Aspen

Neurobehavioral Conference Consensus Statement. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavior Neurology*, 14(1), pp. 1-14.

Fossati, P. et al. (1999). Executive functioning and verbal memory in young patients with unipolar depression and schizophrenia. *Psychiatry Res.* v.89, pp.171-87.

Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., Camargo, C. H. P., & Cosenza R. M. (2008). *Neuropsicologia: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Fuster, J. M. (2002). Frontal lobe and cognitive development. *Journal of Neurocytology*, 31, pp. 373-385.

Gazzaniga, M.S., Ivry, R.B., Mangun GR. (2002). *Cognitive Neuroscience: The biology of the mind*. New York: Norton & Company.

_____. (2006). *Neurociência cognitiva: A biologia da mente*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Gil, R. (2002). *Neuropsicologia* (2. ed). São Paulo, SP: Santos.

_____. (2005). *Neuropsicologia*. São Paulo: Santos.

Glass, R. M., Uhlenhuth, E. H, Hartel, F.W., Matuzasm W., & Fishman, M.W. (1981). Cognitive dysfunction and imipramine in depressive out-patients. *Arch Gen Psychiatr*, 38, pp.1048-51.

Gold PW, Drevets WC, Charney DS. (2002). New insights into the role of cortisol and the glucocorticoid receptor in severe depression. *Biol Psychiatry* 52, pp.381-5.

Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., et al. (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in major depression. *Archives of General Psychiatry*, 61, pp. 34-41.

Goldberg, E. (2002). *O cérebro executivo: lobos frontais e a mente civilizada*. Rio de Janeiro: Imago.

Goldrajch, D. F.E.L.I.Z. (1996). Uma estratégia cognitivo-comportamental para o manejo da depressão. *J. Bras. Psiquiatria* 45(12), pp. 709-712.

Golisz, K. M., Togliola, J. P. (2002). Avaliação da Percepção e da Cognição. In: Neistadt, M. E., & Crepeau, E. B. *Terapia Ocupacional: Willard & Spackman*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 16, seção 2, p. 238-257.



Hayslip, B. JR., Kennelly, K.J., & Maloy R.M. (1990). Fatigue, depression, and cognitive performance among aged persons. *Exp Aging Res.* v.16, n.3, pp.111-5.

Hertel, P.T, Hardin T.S. (1990). Remembering with and without awareness in a depressed mood: evidence of deficits in initiative. *J Exp Psychol Gen.*, 119, pp.45-59.

Hill, S.K. (2004). Neuropsychological dysfunction in antipsychotic-naive first-episode unipolar psychotic depression. *Am. J. Psychiatry.* v.161, pp.996-1003.

Huizinga, M, Dolan, C. V., & Molen, M. W. Van der. (2006). Age-related in executive function: Developmental trends and a latent variable analysis. *Neuropsychologia*, 44, pp.2017-2036.

Ilsley, J.E., Moffoot, A. P.R., & O'Clarroll, R.E. (1995). An analysis of memory dysfunction in major depression. *J Affect Dis*, 35, pp.1-9.

Ito, L. M. (1997). Terapia cognitivo-comportamental para depressão. In O. V. Forlenza & O. P. Almeida (orgs.), *Depressão e demência no idoso*. São Paulo: Lemos Editorial.

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

Kandel, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, pp.505-524.

Keller, M. & Werlang, B. S. G. (2005) Flexibilidade na resolução de Problemas em Tentativas de Suicídio. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (2), pp.128-136.

Keller, J., & Schatzberg, A.F., M. A.J.M. (2007). Current Issues in the Classification of Psychotic Major Depression. *Schizophrenia Bulletin* v.33, pp.877-85.

Kennedy, S. H., Javanmard, M., & Vaccarino, F.J. (1997). A review of functional neuroimaging in mood disorders: positron emission tomography and depression. *Can J Psychiatry*;42, pp.467-75.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Swartz, M., Blazer, D.G., Nelson, C.B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord.*, 29(2-3), pp.85-96.

Leahy, S. & Holland, S. (2000). *Treatment plans and interventions*. USA: Guilford Press.



Leahy, R.L. (2003). *Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Lent, R. (2001). *Cem bilhões de neuronios*. São Paulo: Atheneu.

Lezak, M.D. (1983). *Neuropsychological assessment*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.) New York, NY: Oxford University Press.

Lezak, M. (1995). *The neuropsychological examination: Procedures and interpretation in Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.

Levenson, m. & Neuringer, C. (1971). Problem Solving Behavior in suicidal Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37 (3), pp. 433-436.

Louis, F. D'Elia...[et al.].(2010). *Teste de trilhas coloridas: Manual profissional*. Adaptação Brasileira: Ivan Sant'Ana Rabelo, Sílvia Verônica Pacanaro, Milena de Oliveira Rossetti, Irene F. Almeida de Sá Leme. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Luria, A.R. (1981). *Fundamentos de neuropsicologia*. São Paulo: Editora da USP.

Luria, A., Vygostky, L. S. & Leontiev, A.N. (2001). *Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem*. São Paulo: Ícone.

Malloy-Diniz, L.F. [et al.]. (2010). *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.

McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: A case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(5), pp.721-729.

McMillan, T. M., Greenwood, R. J. (1993). Model of Rehabilitation Programmer for the Brain-Injured Adult: Model services and suggestions for chance in the UK. *Clin Rehabil*, 7: pp.346-355.

Merriam, E.P. (1999). Prefrontal cortical dysfunction in depression determined by Wisconsin Card Sorting Test performance. *Am. J. Psychiatry*. v.156, pp.780-82.

Mundo, E. (2006). Neurobiology of dynamic psychotherapy: an integration possible? *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 34(4), pp. 679-691.



Nezu, A. M. & Nezu, C.M. (2002). Treinamento em Solução de problemas. In: Caballo, V. E. (org), *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo: Vozes.

Oliveira, M. S., & Rigoni, M. S. (2010). *Figuras Complexas de Rey: Teste de Cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas complexas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Paradiso, S., Lamerty, G.J., Garvey, M. J., Robinson, R.G. (1997). Cognitive impairment in the euthymic phase of chronic unipolar depression. *J Nerv Ment Dis*;185, pp.748-54.

Pontes, L. M. M. & Hübner, M. C. (2008). A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental. *Rev. Psiq. Clín* 35 (1), pp.6-12.

Porto, P.; Hermolin, M.; Ventura, P. (2002, jun.). Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 4, n. 1, pp. 63-70.

Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M., Pantelis C. (1997). Neuropsychological function in young patients with unipolar major depression. *Psychol Med.*, 27, pp. 1277-85.

Raust, A., Slama, F. R., Mathieu, F., Roy, I., Chenu, A., Koncke, D., et al. (2007). Prefrontal cortex dysfunction in patients with suicidal behavior. *Psychological Medicine*, 37, 411-419.

Rozenthal, M.; Laks, J. and Engelhardt, E. (2004) Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online]. vol.26, n.2, pp. 204-212.

Royall, D. R., Lauterbach, E. C., Cummings, J. L., Reeve, A., Rummans, T. A., Kaufer, D. I., et al. (2002). Executive control function: A review of its promise and challenges for clinical research. A report from the Committee on Research of the American Neuropsychiatric Associations. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 14(4), pp. 377-405.

Shneidman, E.S. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.

Silberman, E.K, Weingarter, H., Tergun., S.D, Byrnes, S. (1985). Cognitive functioning in biological subtypes of depression. *Biol Psychiatry*; 20, pp.654-61.

Soares, J., Mann, J.J. (1997). The functional neuroanatomy of mood disorders. *Psychiatr Res*; 31, pp.393-432.

Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre: ArtMed.

Sthal, S. (2011). *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas*. Supervisão Oliveira I.R., & Sena, E.P. Rio de Janeiro: Guanabara Kooga.

Sweeney, J.A., Kmiec, J.A., & Kupfer, D.J. (2000). Neuropsychologic impairments in bipolar and unipolar mood disorders on the CANTAB neurocognitive battery. *Biol Psychiatry*; 48, pp.674-85.

Teng, C. T., & Yano, Y. (2009) Cognição e depressão: conceitos fundamentais. In: TENG, C. T., et al. *Depressão e Cognição*. São Paulo: Atheneu, Cap. 1, pp. 1-23.

Thase, M.E. (1999). Mood disorders: neurobiology. In: Sadock, B.J., Sadock, V.P. (editors). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Williams & Wilking; pp. 1285-98.

Ustun, T. B. et al. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*; (184), pp. 386-92.

Wenzel, A.; Brown, G. K.; Beck, A. T. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Wilson, B. A., Baddeley, A. D., Evans, J.J., & Shiel, A. (1994). Errorless learning in the rehabilitation of memory impaired people. *Neuropsychol Rehabil* 4, pp. 307-326.

Wilson, B.A., Herbert, C. M., & Shiel, A.(2003).Behavioural approaches in neuropsychological rehabilitation: optimising rehabilitation procedures. *Psychology Press*, New York.

Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, pp.141-62.

WHO - World Health Organization (2000). *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Department of Mental Health, Geneva.

WHO-World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Versão online 2003. Disponível em: www.who.int/classification/apps/icd/icd10online. Acesso em: 09 abr. 2014.

WHO-World Health Organization (2009). *Preventing suicide: a resource for police, firefighters and other first line responders*. Geneva: World Health Organization.

Vieira, K.F.L. (2008). *Depressão e Suicídio: Uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba.

