REVISTA eixo
revistaeixo.ifb.edu.br

ISSN 2238-5630
Brasília-DF, v. 12, n. 3, setembro-dezembro de 2023

IMPLICAÇÕES DO PERFECCIONISMO NA ATIVAÇÃO COMPORTAMENTAL DE PACIENTE DEPRESSIVO: UM ESTUDO DE CASO

IMPLICATIONS OF PERFECTIONISM IN THE BEHAVIORAL ACTIVATION OF DEPRESSIVE PATIENT: A CASE STUDY

Bárbara Aparecida Binhardi[1]
Mariana Fortunata Donadon[2]
Tatiana de Abreu Braga[3]

RESUMO: A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) está entre as abordagens que demonstram maior efetividade no tratamento de diversas psicopatologias, tais como o Transtorno Depressivo Persistente. Por ter uma importante base psicoeducacional, a TCC oferece aos pacientes o benefício de aprender a identificar padrões cognitivos e comportamentais, permitindo mudanças gradativas e duradouras, tornando-os mais autônomos e melhorando a qualidade de vida. Quando uma pessoa está deprimida, um sintoma amplamente observado é a redução de atividades, muitas vezes contribuindo para a manutenção do baixo humor. Assim, a ativação comportamental aparece para administrar a evitação, que muitas vezes contribui para a manutenção do baixo humor, enfocando técnicas já nas sessões iniciais, como a programação de atividades. Dessa forma, o presente estudo de caso teve como objetivo discutir como o terapeuta pode levar o sujeito à ativação comportamental, técnica utilizada na fase inicial do tratamento, quando ocorre o perfeccionismo. No processo terapêutico de uma paciente de 26 anos com transtorno depressivo persistente e traços de perfeccionismo alinhados a esquemas de incapacidade, pôde-se trabalhar a ativação comportamental. Dessa forma, foi possível modificar padrões cognitivos e de comportamento que afetavam como a paciente se sentia, garantindo maior funcionalidade e qualidade de vida.

Palavras-Chave: terapia cognitivo-comportamental; transtorno distímico; perfeccionismo.

ABSTRACT: *Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is among the approaches that demonstrate greater evolution in the treatment of various psychopathologies, such as Persistent Depressive Disorder. Because it has an important psychoeducational basis, TCC offers patients the benefit of learning to identify cognitive and behavioral patterns, allowing gradual and lasting changes, making them more autonomous and cognitive quality of life. When a person is depressed, a commonly observed symptom is the reduction of activities, often confident for the maintenance of low mood. Thus, behavioral activation appears to manage avoidance, which often contributes to maintaining a low mood, focusing on techniques already in the initial sessions, such as scheduling activities. Thus, the present case study aimed to discuss how the therapist can lead the subject to behavioral activation, a technique used in the initial phase of treatment, when perfectionism occurs. In the therapeutic process of a 26-year-old patient with persistent depressive disorder and perfectionism traits aligned with disability schemas, behavioral motivation could be worked on. In this way, it was possible to modify cognitive and behavioral patterns that affected how the patient felt, ensuring greater functionality and quality of life.*

Keywords: cognitive behavioral therapy; dysthymic disorder; perfectionism.

1 Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental pelo CTCVeda, 2022
Mestre em Ciências - Universidade de São Paulo
Docente Faculdade Anhanguera de Ribeirão Preto
Lattes: https://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0264-4320

2 Mestre e Doutora em saúde mental -Universidade de São Paulo
Especialista em Terapia Cognitiva
Docente do Cento de Terapia Cognitiva Veda
Lattes: http://lattes.cnpq.br/8553808669566010
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0759-3879
E-mail: marianadonadon@hotmail.com

3 Mestre em Saúde Mental - Universidade de São Paulo
Especialista em Terapia Cognitivo comportamental e Terapia Comportamental Dialética
Docente do Centro de Terapia Veda
Lattes: http://lattes.cnpq.br/7327523027451974
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-3824-255X

Recebido em: 22/09/2022
Aceito em: 09/10/2023

ISSN 2238-5630
Brasília-DF, v. 12, n. 3, setembro-dezembro de 2023

INTRODUÇÃO

Este estudo é um resultado de processo psicoterápico de um caso de Transtorno Depressivo Persistente (Distimia) atendido em Terapia Cognitivo Comportamental na modalidade *on-line*. O objetivo é discutir como o terapeuta pode levar o sujeito à ativação comportamental, técnica utilizada na fase inicial do tratamento, quando há o perfeccionismo clínico.

O Transtorno Depressivo Persistente, ou Distimia, como também é conhecido, é um quadro crônico e incapacitante de depressão, em que os sintomas ocorrem de forma mais branda e duradoura, persistindo por mais de dois anos (American Psychiatric Association *et al.*, 2014). Apesar de terem forte correlação entre si, o transtorno distímico diferencia-se do transtorno depressivo maior pela continuidade da sintomatologia depressiva, desde uma data muito remota, ou seja, o diagnóstico diferencial está centrado na cronicidade (Sadock & Sadock, 2016). O conjunto de tais sintomas e sinais acabam por interferir no funcionamento cognitivo e comportamental do indivíduo (Spanemberg; Juruena, 2004).

Dessa forma, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) aparece como um bom suporte para o tratamento de transtornos depressivos. O modelo cognitivo formulado por Aaron Beck no início da década de 60, por meio de suas pesquisas, buscou explicar os processos psicológicos na depressão (Beck; 1963, 1964). Assim, Beck pôde constatar pensamentos com conteúdos de derrota, fracasso e perda, nos quais os sintomas são compreendidos em termos cognitivos como interpretações desadaptativas de situações, havendo a ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro (Knapp; Beck, 2008).

Estudos mostram que a TCC é, indiscutivelmente, um dos tratamentos mais bem pesquisados, com um exitoso crescente número de investigações (Zhang *et al.,* 2019). Vários estudos de meta-análise indicam sua eficácia para transtornos depressivos (Cuijpers *et al.*, 2013), como transtorno depressivo maior (Cuijpers *et al.*, 2010) e distimia (Driessen & Hollon, 2010), dentre tantas outras condições. Tendo como principais pilares a reestruturação cognitiva e a resolução de problemas, e como característica a modificação do humor, dos pensamentos e dos comportamentos disfuncionais (Beck, 2013).

Assim, quando a interpretação sobre determinada situação influência de forma direta as nossas reações emocionais, físicas e comportamentais, há melhora sintomática quando há a modificação do pensamento disfuncional, que resulta da mudança de crenças disfuncionais (Greenberger; Padesky, 2017).

Além desse manejo, outro fator importante a ser considerado no tratamento de transtornos depressivos é o ciclo de manutenção, um processo psicológico que, ao se retroalimentar, atrapalha o processo, podendo piorar o quadro (Agostinho; Donadon; Bullamah, 2019). Quando uma pessoa está deprimida, um sintoma amplamente observado é a redução de atividades, muitas vezes contribuindo para a manutenção do baixo humor (Simmonds-buckley; Kellett; Waller, 2019). Então, parte-se da premissa de que o comportamento criará a motivação, e assim o sujeito possa primeiro escolher fazer o que precisa e encontrar a motivação a partir das recompensas advindas de sua ativação comportamental (Leahy, 2015). Portanto, a ativação comportamental aparece para administrar a evitação, que muitas vezes contribui para a manutenção do baixo humor, enfocando técnicas já nas sessões iniciais, como a programação de atividades (Simmonds-buckley; Kellett; Waller, 2019).

Nesse sentido, é importante considerar os obstáculos que podem surgir e interferir na ativação comportamental. Isso posto, o perfeccionismo clínico surge como algo importante a ser considerado no processo terapêutico. É definido como uma característica multidimensional da personalidade que é composta por um esforço contínuo em evitar falhas e pela definição de padrões excessivamente altos de desempenho acompanhados por avaliações excessivamente críticas de seus próprios comportamentos (Stoeber, 2018). Neste modelo, a noção de valor próprio se baseia quase exclusivamente no nível de esforço investido e em quão bem estas altas expectativas são alcançadas, os resultados (Shafran; Egan; Wade, 2010). Dessa forma, dados os pensamentos desadaptativos, o perfeccionismo acaba por promover a fuga ou esquiva de determinadas atividades, evidenciando-se a procrastinação.

A procrastinação, por sua vez, refere-se ao atraso desnecessário e irracional de uma tarefa ou tomada de decisão, acompanhado de desconforto psicológico e emoções negativas, como culpa e insatisfação. Trata-se de um comportamento comum e prevalente que pode gerar prejuízos significativos na qualidade de vida das pessoas (Haghbin; Mccaffrey; Pychyl, 2012). Logo, o comportamento procrastinatório é considerado relativamente difícil de ser modificado, porque fornece um conforto temporário, sendo utilizado como estratégia de enfrentamento diante de tarefas aversivas (Brito; Bakos, 2013).

Dado o exposto, considera-se relevante entender, dentro de um relato de caso, como a redução de atividades se manifesta dentro de um quadro distímico de uma pessoa com traços perfeccionistas e como pode se dar o plano de tratamento e as estratégias utilizadas para promoção de melhora. Nesse

sentido, o objetivo do presente artigo foi descrever um estudo de caso de uma paciente atendida sob a ótica da terapia cognitivo comportamental na modalidade *online* de atendimento.

RELATO DO CASO

Bianca, de 26 anos, sexo feminino, brasileira, casada, estudante de biblioteconomia. Atualmente residente em Estado brasileiro da Região Sul, morando com o marido e o gato de estimação. A renda familiar é proveniente de uma bolsa de iniciação científica da paciente e do emprego do marido (atendente de distribuidora de gás de cozinha). Os motivos que levaram Bianca a procurar atendimento psicológico foram recentes crises de pânico e ansiedade, somadas à insônia frequente e preocupações intensas, em suas palavras.

Paciente considera-se depressiva desde adolescente, com humor deprimido frequente. Recentemente houve uma redução significativa de atividades (considerando recentes mudanças de cidade, saindo há dois anos de uma cidade pequena do interior de São Paulo e ido morar em uma metrópole da Região Sul, mudando para uma capital da mesma região após um ano, para morar com o namorado, atual marido), deixando de realizar algumas atividades do lar e atividades que anteriormente tinha prazer, como jogar *videogame*. Relatou grande receio de sair de casa. Houve ganho de peso significativo (paciente com obesidade desde criança) com o aumento da ingestão de alimentos ricos em açúcar e gordura desde quando foi morar com o até então namorado. Ademais, Bianca queixou-se de insônia, tendo uma diminuição da quantidade e qualidade do sono, alinhados ao retardo psicomotor e à fadiga. Cognitivamente, apresentou preocupações frequentes, pensamentos de inutilidade, culpa, desesperança e certa irritabilidade (muito relacionados ao fato de estar desempregada e considerar-se um "estorvo" ao marido), como também dificuldades de concentração e falhas de memória. Além disso, relatou momentos em que as preocupações lhe causaram reações fisiológicas: tontura, taquicardia e aumento da frequência respiratória. Os sintomas estavam causando sofrimento clinicamente significativo, bem como prejuízos em seu funcionamento no contexto conjugal, acadêmico, profissional e familiar. Antes de procurar a terapia, havia passado por um plantão psicológico de uma clínica voluntária, recebendo orientação para procurar um atendimento mais abrangente e contínuo.

Como apontado anteriormente, mesmo sem diagnóstico médico, a paciente considera ter desenvolvido um transtorno depressivo desde adolescente (13 anos), fase em que passava horas trancada no quarto jogando *videogame*. Nunca utilizou medicamentos para tal condição, tampouco consumiu substâncias psicoativas.

Bianca é a mais nova dentre três filhos. Seu irmão mais velho e a outra irmã sempre brigaram muito, ao passo que Bianca apresentava certa calma e ponderação. Atualmente seus irmãos não se conversam. Segundo a paciente, sua mãe sempre foi muito controladora e exigia que suas vontades fossem atendidas em detrimento dos outros membros da família, inclusive do marido, pai de Bianca, que acabava por atender tais demandas. Bianca, quando criança, sempre foi interessada por atividades artísticas e jogos virtuais. Ao tentar realizar atividades corriqueiras na casa, a mãe a criticava e, por vezes, a impedia, dizendo que "se não fosse para fazer bem feito, seria melhor não fazer".

Dos 8 aos 10 anos, Bianca teve apendicite, passando por uma cirurgia de urgência em que a anestesia não fez efeito completo. Também, dos 12 aos 14 anos, realizou um tratamento hormonal em que tinha que tirar amostras sanguíneas diariamente. Esses são apontados como traumas que a fazem atualmente resistir a acompanhamentos médicos. Durante sua adolescência, a família passou a se tornar mais religiosa, ao passo que Bianca foi se distanciando da religião, período em que aponta maior intensidade de sintomas depressivos, ficando longos períodos jogando ininterruptamente.

Seu pai, elegido por ela como esteio de sua família fragmentada, morreu aos 45 anos, em 2017. Sendo ela muito apegada a ele, foi um período muito difícil em que teve que lidar com sua falta e adaptar-se às relações conflituosas entre a mãe e a irmã (o irmão já havia saído de casa). Academicamente, formou-se em técnico em Química concomitante ao ensino médio. Não conseguiu emprego na área, trabalhou como representante de telemarketing até passar em uma universidade no Sul, mudando-se para lá e permanecendo por um ano, vivenciando algumas dificuldades de adaptação e financeiras. Conheceu o marido nos games, indo morar com ele no início da pandemia, casados há poucos meses.

Os sintomas de Bianca sugerem, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), Transtorno Depressivo Persistente (Distimia) com sintomas ansiosos, de início precoce, com episódio depressivo maior persistente, de gravidade moderada (código: 300.4) (American Psychiatric Association *et al.*, 2014).

O Transtorno Depressivo Persistente possui sintomatologia depressiva mais branda, de natureza crônica, com sintomas que persistem por mais de dois anos (American Psychiatric Association *et al.*, 2014). Apesar de terem forte correlação entre si, o transtorno distímico diferencia-se do transtorno depressivo maior pela continuidade da sintomatologia de-

ISSN 2238-5630
Brasília-DF, v. 12, n. 3, setembro-dezembro de 2023

pressiva, desde uma data muito remota, ou seja, o diagnóstico diferencial está centrado na cronicidade (Sadock & Sadock, 2016).

FORMULAÇÃO DE CASO

Kuyken, Padesky e Dudley (2009, p. 21) definem a formulação de caso como "um processo em que terapeuta e cliente trabalham em colaboração para primeiro descrever e depois explicar os problemas que o cliente apresenta na terapia". Assim, ela se torna o meio que viabiliza a intervenção de acordo com a avaliação, ligando prática (embasadas empiricamente, para os problemas do cliente), teoria e pesquisa, prevendo dificuldades do paciente e circunstanciais (Dobson & Dobson, 2009).

É essencial que, antes de começar a terapia, se tenha um entendimento concreto dos sintomas atuais, bem como do funcionamento do paciente, onde estão incluídos os fatores precipitantes e situações ativadoras (Beck, 2013). Precipitantes são eventos de grande escala que podem desempenhar um papel importante no desencadeamento de um episódio de doença, já situações ativadoras (ou gatilhos) são eventos de menor escala que estimulam alterações no humor, cognições e comportamentos desadaptativos.

Bianca apresenta como exemplo de precipitantes a recente mudança de cidade e rotina, o estresse com as responsabilidades acadêmicas e financeiras e, posteriormente, com a nova casa, a situação de desemprego e a suspensão das aulas devido à pandemia. Podem ser citadas como situações ativadoras os eventos nos quais quebrou o carregador do marido, momento em que ela chorou copiosamente diante de pensamentos de inutilidade e culpa, bem como quando precisava comprar algo para si e tinha que pedir dinheiro a ele.

Neste nível da formulação, o foco está no corte transversal da vida de um cliente que captura as dificuldades atuais, ou seja, pretende-se responder: "em que situações as dificuldades atuais do cliente são desencadeadas e mantidas?" (Kuyken; Padesky; Dudley, 2009).

Assim, Bianca frequentemente apresentava, diante das situações citadas acima, pensamentos semelhantes a: "eu só dou gastos para o meu marido" ou "meu marido vai ficar bravo e chateado comigo quando descobrir que quebrei seu carregador" ou, diante da vontade de jogar, "jogar é coisa de gente desocupada", como também "se não for pra limpar a casa da maneira ideal, melhor nem começar", e isso frequentemente lhe causava tristeza, sentimento de culpa, fazendo-a chorar, perder a vontade de até mesmo resolver os problemas, esquivando-se.

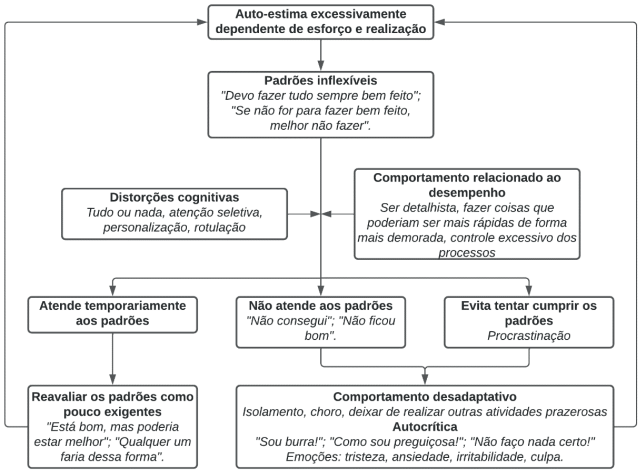
O nível longitudinal de formulação embasa-se no desenvolvimento do cliente para melhor entender as suas dificuldades presentes, partindo do pressuposto que, geralmente, existem motivos para que pessoas em particular sejam vulneráveis a problemas específicos, fazendo com que um indivíduo fique mais predisposto em responder de forma particular a determinada circunstância (Kuyken; Padesky; Dudley, 2009).

Sendo as crenças centrais, as regras e estratégias comportamentais compensatórias, indicadores dessa avaliação longitudinal, vemos que Bianca traz como principais crenças "sou incompetente", "sou fracassada", "não sou capaz de me cuidar sozinha" e "não sou útil". Tais crenças são reforçadas pelas regras: "se não usar as coisas de casa, evito quebrá-las e não atrapalho", "se eu não fizer minhas atividades não vejo que não sou capaz de fazê-las" e "se eu não sair de casa estarei protegida". Os fatores de manutenção dessas crenças apareciam com as recompensas de curto prazo, interpretações catastróficas, redução de atividades, fuga, esquiva e perfeccionismo.

Acredita-se que os antecedentes de desenvolvimento que colaboraram para a origem e manutenção desses esquemas estão relacionados ao controle da mãe que, por vezes, inibia os comportamentos proativos de Bianca, reforçando sua passividade, bem como regras em que era valorizado o abandono das atividades se não fossem feitas de modo perfeito, e críticas que reforçavam o trabalho formal como única forma válida de ocupação.

A Figura 1 apresenta a seguir como se dá o perfeccionismo clínico no caso de Bianca conforme modelo proposto por Shafran, Egan e Wade (2018):

Figura 1: O modelo cognitivo-comportamental revisado do perfeccionismo clínico reproduzido de Shafran, Egan e Wade (2010), acrescido de dados da paciente.



Fonte: Adaptado de Shafran; Egan; Wade, 2010 (tradução livre).

Diferentemente dos pontos anteriores de vulnerabilidade, os pontos fortes do cliente e experiências positivas servem como fatores protetores, que interagem com os fatores predisponentes de forma complexa para afetar a vulnerabilidade e a resiliência (Kuyken; Padesky; Dudley, 2009). Assim, é importante destacar que Bianca possui recursos cognitivos (inteligência, boa memória), além do suporte do marido, que se mostra compreensivo, empático e incentivador.

É compreensível que Bianca tenha vindo a se enxergar como alguém frágil, inútil, que não faz as coisas bem, devido às circunstâncias de sua infância e adolescência. As cobranças de sua mãe e as críticas da irmã mais velha reforçaram a sua visão negativa de si mesma. Tal visão tem destaque em situações em que acaba falhando, desistindo de fazer algo ou, como visto, na situação atual em que não está trabalhando.

Para funcionar no mundo, ela estabeleceu pressupostos que hoje a impedem de sair de casa e de fazer coisas como procurar um emprego ou buscar atividades prazerosas como o jogo, deprimindo o seu humor e reforçando a ansiedade. Quando os pensamentos automáticos foram questionados e seus significados foram aparecendo, surgiu muito material para trabalhar, com base em psicoeducação e manejos conforme os modelos cognitivos da depressão e ansiedade.

METODOLOGIA

A paciente recebeu duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido: uma via ficou com o pesquisador e a outra via com a paciente, concordando em participar deste estudo.

A lista de dificuldades e metas (LDM) é uma ferramenta que fortalece as principais características da TCC (Beck, 2013; Beck & Alford, 2000). Dobson e Dobson (2011) e Knapp *et al.* (2009) apontam que a LDM consiste em definir o problema do paciente (queixas), estabelecer quais metas ele tem para esses problemas e quais etapas (submetas) devem ser cumpridas para resultar em melhora do quadro.

A seguinte lista de dificuldades foi criada colaborativamente com Bianca:

Tabela 1: Descrição do plano de tratamento

Quando trabalhar?	O que trabalhar?	Por quê trabalhar?	Como trabalhar?
Fase inicial	1. Manejo da insônia 2. Manejo da ansiedade 3. Identificação de PAs 4. Autoconhecimento 5. Atividades de lazer atuais *(games)* 6. Conexão com espiritualidade	1, 2, 5. Estabilização do humor 3. Reestruturação cognitiva 4. Entender "vocação"	1. Psicoeducação: higiene do sono 2. Psicoeducação: modelo cog da ansiedade / técnicas de relaxamento 3, 5, 6. RPD 4. Curtograma / RPD
Fase intermediária	6. Manejo de crenças 7. Melhorar comunicação 8. Favorecer entrada no mercado de trabalho 9. Saídas de casa 10. Retomar metas elencadas na área da Saúde.	6. Reestruturação cognitiva 7, 8, 9. Favorecerá, em última instância, o manejo do ciclo de redução de atividades. 10. Manejo e favorecimento do autocuidado – autoestima e autoeficácia.	6. Técnicas: Identificando pressupostos subjacentes / Seta descendente / Flexibilização de crenças nucleares. 7, 8, 9. Treino assertivo 8. Técnica: vantagens e desvantagens.
Fase final	11. Prevenção de recaídas 12. Manutenção de ganhos	11, 12. Tornar-se sua própria terapeuta, receber alta.	11, 12. Avaliar pensamentos permissivos, sabotadores.

Objetivos do tratamento

Foram elencadas as seguintes metas para a administração das dificuldades:

1. Marcar uma reunião nesta semana para avaliar a possibilidade de retomada da bolsa; conversar depois com o marido para perguntar sua opinião.

2. Realizar higiene do sono diariamente: tomar banho

ISSN 2238-5630
Brasília-DF, v. 12, n. 3, setembro-dezembro de 2023

1h antes de dormir, ler um livro depois, por exemplo.

3. Procurar mês que vem atendimento médico.

4. Comprar roupas e um tênis para caminhar (após ter um emprego).

5. Fazer currículo ainda este mês e pesquisar oportunidades de emprego em *home office*.

6. Pesquisar, ainda este mês, no guia de profissões áreas de interesse.

7. Retomar contatos antigos com amigos agora distantes, mandando mensagem: um amigo por semana.

8. Voltar a assistir as transmissões *on-line* dos cultos de sua antiga igreja aos domingos.

9. Voltar a jogar a tarde, após concluir atividades da casa e da faculdade, mesmo sem vontade.

10. Sair para fazer compras no mercado da esquina ao menos uma vez por semana.

Pensando em obter sucesso rapidamente, de forma que reduzisse o sofrimento mais rápido ao passo que ampliasse a motivação para o tratamento, aumentando a autoeficácia, elevando o humor e fortalecendo a aliança terapêutica, elencou-se na fase inicial: manejo da insônia, manejo da ansiedade, identificação de pensamentos automáticos, promoção do autoconhecimento, manejo das atividades de lazer atuais *(games)* e conexão com espiritualidade. Para a fase intermediária, na qual se prioriza a aquisição de habilidades, substituição de crenças disfuncionais e manejo de metas de longo prazo, foram levantados: o manejo de crenças, a melhora da comunicação, o favorecimento da entrada no mercado de trabalho e das saídas de casa, além de retomar metas elencadas na área da saúde. Por fim, na fase final, pensou-se em finalizar as metas de longo prazo, prevenir recaídas e manter os ganhos. Ao decorrer da fase inicial, percebeu-se a necessidade de incluir o manejo do perfeccionismo, melhorando o nível de *insight* sobre o perfeccionismo, identificar e diminuir a ambivalência do paciente em se engajar na modificação do perfeccionismo, diminuir a procrastinação, mudar a relação com erros e dificuldades, colaborando para que aprendizados sejam identificados e direcionem o caminho a seguir.

RESULTADOS

Foram realizadas, basicamente, a psicoeducação (do modelo cognitivo, da higiene do sono, da ansiedade, da depressão), treinamento de técnicas de relaxamento, registro de pensamentos disfuncionais, questionamento socrático, curtograma e quadro de atividades. Tais técnicas foram aplicadas na fase inicial para a estabilização do humor, favorecimento da reestruturação cognitiva e entendimento de características envolvidas em sua vocação. Para o manejo e avaliação do perfeccionismo, utilizou-se Escala de Perfeccionismo - *Almost Perfect Scale* – Revisada (Soares *et al.*, 2020), planejamento de atividades (divisão em micropassos) e experimentos comportamentais.

Abaixo são apresentados dois modelos de interpretação do caso da paciente na perspectiva da terapia cognitiva: conceituação cognitiva do caso e a formulação de caso.

Figura 2: Conceituação cognitiva do caso

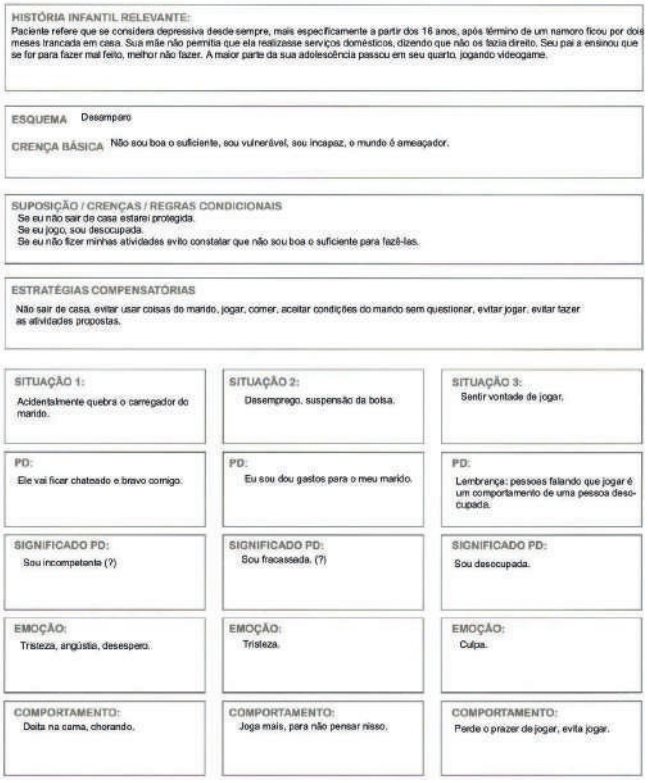
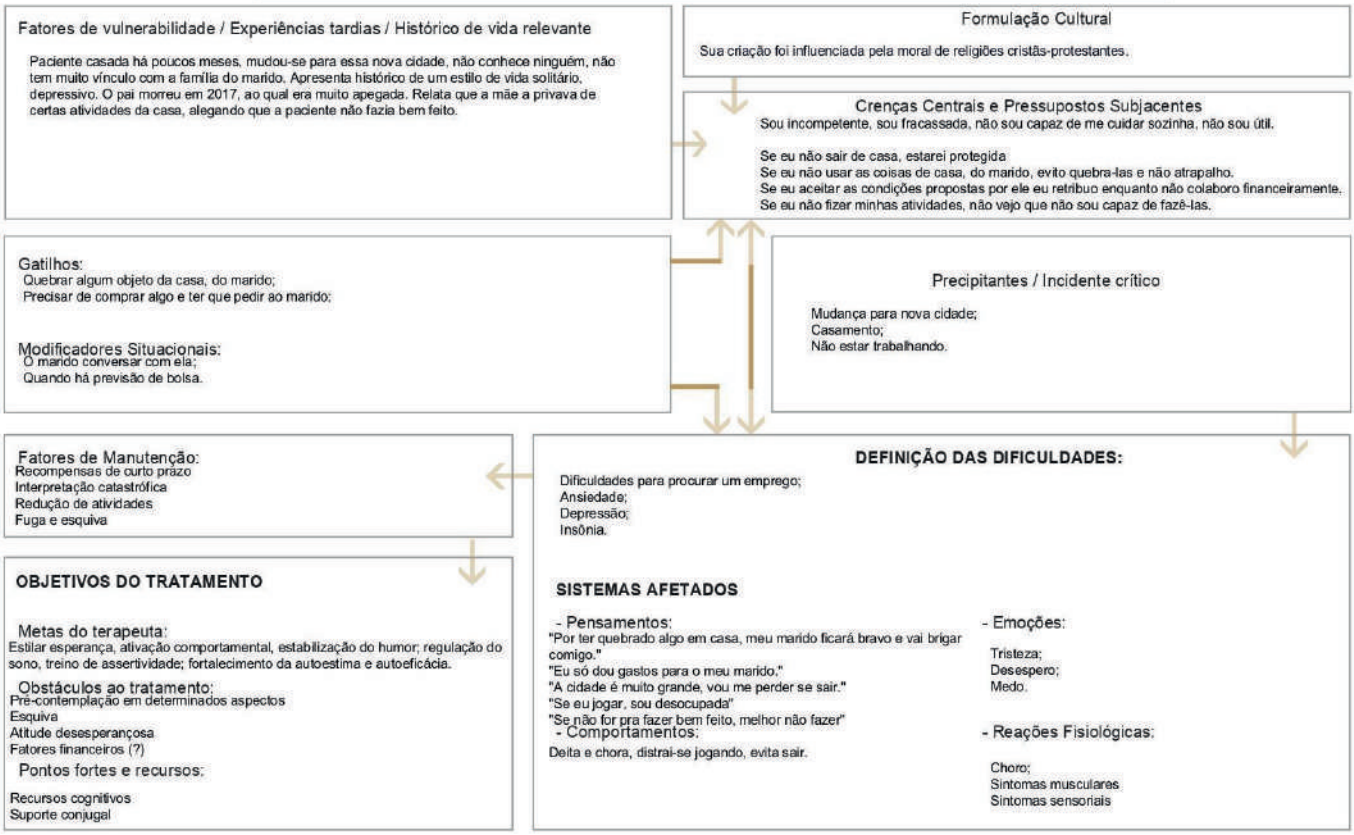


Figura 3: Formulação cognitiva do caso



Na fase intermediária, foram elencadas as técnicas: identificando pressupostos subjacentes, seta descendente, flexibilização de crenças nucleares, treino assertivo, técnica de vantagens e desvantagens e avaliação de pensamentos permissivos, sabotadores. O objetivo foi promover a reestruturação cognitiva, favorecer, em última instância, o manejo do ciclo de redução de atividades, trabalhar e favorecer o autocuidado – autoestima e autoeficácia.

Ainda na fase intermediária, percebeu-se que algumas distorções cognitivas permaneciam (rotulação: sou preguiçosa), influenciando no andamento e engajamento das atividades. Assim, retomou-se o questionamento de pensamentos para poder então reaver o manejo das crenças. Pretendeu-se, na fase final, avaliar os pensamentos permissivos e sabotadores, com a minuta das crenças, visando assim que Bianca se tornasse sua própria terapeuta.

Acredita-se que a modalidade *on-line*, por si só, apresenta alguns impasses, como o sigilo. Bianca foi orientada a procurar um local tranquilo e isolado em sua casa para que as sessões pudessem ser qualitativamente mais bem aproveitadas. Ainda assim, percebeu-se em determinados momentos a presença do marido ao seu lado. Dessa forma, foi necessário que momentos de orientação fossem estabelecidos em que, apesar do companheirismo do marido ser algo altamente positivo, a terapia é um momento único dela, de autocuidado.

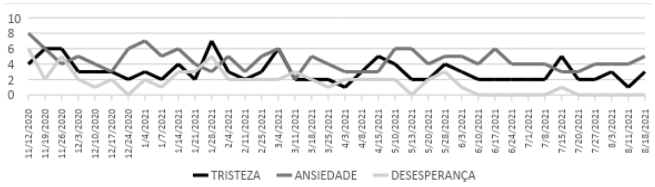
Os passos que exigiram um maior tempo de manejo foram as crenças de incapacidade, intimamente ligadas ao perfeccionismo. As crenças influenciavam diretamente na aplicação das atividades propostas, sendo a procrastinação um grande desafio, minimizando aos poucos ao longo do processo.

Nas medidas de humor e reavaliações, foram percebidas alterações dos *scores* dos instrumentos aplicados (Figuras 4 e 5). Bianca, atualmente, resgatou seu principal meio de lazer: os *games*. Dentre muitas atividades que buscou para definir melhor sua área profissional e acadêmica, Bianca decidiu por continuar a faculdade, faltando três semestres para o fim do curso, retomou a bolsa e realiza *live streaming* jogando. Está alinhando seu prazer pelo jogo aos ganhos financeiros que as transmissões geram. Não tem mais insônia, humor e ansiedade estão mais controlados, aumento de autoeficácia e autoestima. Houve melhora na comunicação com o marido e outros amigos, e não há mais sofrimento exacerbado em sair de casa. Bianca conseguiu estabelecer uma rotina flexível, que lhe permite fazer as *lives*, cumprir com as atividades da casa e estudar. As crenças foram minimamente flexibilizadas, sendo

ISSN 2238-5630
Brasília-DF, v. 12, n. 3, setembro-dezembro de 2023

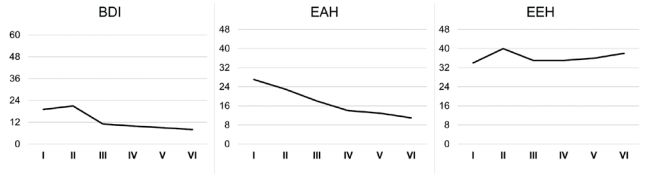
as metas da área da saúde as que ainda precisam de manejo. Na aplicação da Escala de Perfeccionismo - *Almost Perfect Scale* – Revisada, que contém 23 itens com uma afirmação e resposta em escala likert de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). No início do tratamento, foi obtido um score de 132 e, ao final da fase intermediária, obteve-se 88.

Figura 4: Gráfico com os *scores* da Escala Visual Analógica (tristeza, ansiedade e desesperança) aplicada ao longo do processo terapêutico (10 meses).



Fonte: Elaboração Própria

Figura 5: Gráfico com os *scores* dos instrumentos: Inventário Beck de Depressão (BDI), Escala de Ansiedade de Hamilton (EAH) e Escala de Esperança de Herth (EEH) aplicados em seis avaliações periódicas.



Fonte: Elaboração Própria

DISCUSSÃO

Sabe-se que os passos básicos da ativação comportamental envolvem (Santos *et al.*, 2021): psicoeducação sobre o ciclo "inatividade promove humor deprimido que, por sua vez favorece maior inatividade"; monitoramento das atividades diárias para entender as relações entre elas e o humor; identificar valores e objetivos envolvidos nos afazeres; agendamento e realização de atividades significativas para aumentar experiências de prazer e domínio e a resolução de problemas de quaisquer barreiras à ativação. O perfeccionismo clínico interferiu nessas etapas: buscando-se a melhor forma de fazer o registro do monitoramento das atividades, provocando a procrastinação do mesmo, na frequente desistência de execução de tarefas, bem como na procura por alcançar alvos grandes demais.

O manejo do humor de Bianca foi importante no início do tratamento para possibilitar um melhor engajamento nas demais atividades propostas. Dessa forma, melhorar as noites de sono foram cruciais para alcançar o equilíbrio do humor. Por ser uma condição que está associada a altos custos sociais e que afeta a vida diária em vários domínios, como fadiga, alterações de humor, diminuição da capacidade cognitiva, bem-estar físico, relações sociais e tarefas diárias (Zweerd *et al.*, 2019), não a priorizar pode prejudicar o bom seguimento terapêutico.

Após a inclusão de hábitos de higiene do sono (Neves Junior; Souza, Peixoto; 2021) e com a significativa melhora de quantidade e qualidade de sono, buscou-se colaborativamente realizar a organização dos compromissos da paciente, em um quadro de atividades, para embasar a ativação comportamental. É importante ressaltar a eficácia desse manejo, como demonstrado em um estudo de metanálise que considerou 45 estudos com 3.382 e concluiu que a ativação comportamental é eficaz no tratamento da depressão em adultos (Ciharova *et al.*, 2021). Contudo, ao perceber pouco envolvimento da paciente nas atividades que considerava prioritárias (atividades da faculdade e domésticas), foi resolvido priorizar as atividades de lazer, que também estavam prejudicadas, como os jogos eletrônicos. Xu (2021) aponta que pesquisas anteriores demonstraram que a procrastinação acadêmica pode estar relacionada à autorregulação, autoeficácia, motivação, perfeccionismo e parentalidade e que, além disso, a *internet*, principalmente os *smartphones* e os jogos *on-line*, tem apresentado novas formas de procrastinar. Assim, preocupou-se em manejar a retomada dos games para que não fossem motivo de procrastinação, atrelando-os fortemente aos valores que Bianca tinha e que eram importantes para o seu bem-estar. Após tentativas frustradas de ter uma atividade remunerada no meio digital como designer gráfico *freelancer*, Bianca achou nas *lives* uma maneira de fazer uma atividade prazerosa e ser remunerada por isso, o que melhorou seu humor e aumentou sua autoeficácia.

Após o restabelecimento do jogo, voltou-se às outras atividades da faculdade e domésticas, procurando dividir grandes tarefas em micropassos para que houvesse uma percepção mais realista do que precisava ser feito, diminuindo a ansiedade e melhorando o planejamento e execução das atividades (Freeman, Dewolf, 2016).

Assim, depois das atividades mais prazerosas e das mais urgentes, passou-se a trabalhar as atividades mais custosas, ansiogênicas para a paciente, como sair de casa. Ao trabalhar os pensamentos catastróficos, foram propostas pequenas ações, como sair de casa, ficar cinco minutos na calçada e depois retornar. Depois, ir ao mercado da esquina para comprar algo necessário para a casa. Essas pequenas ações continuaram até chegar a pegar um ônibus e ir resolver pendên

cias com documentações no centro da cidade, com aumento gradual e paulatino da dificuldade (Egan; Shafran, 2017).

Técnicas de *mindfulness* também foram propostas para o controle da ansiedade diante de tomada de decisões. Além da análise de vantagens e desvantagens, por exemplo, na decisão de permanecer ou não cursando a faculdade, o modo de funcionamento perfeccionista postergava a decisão de Bianca, por de certa forma não admitir que nenhuma das escolhas seria perfeita, ou seja, não teria perdas. A ideia do *mindfulness* colaborou para promover a "não briga" com pensamentos e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas, além de promover melhoras nos sintomas ansiosos (Dimidjian; Davis, 2009).

CONCLUSÃO

Conclui-se que trabalhar a ativação comportamental neste caso de provável distimia alinhado ao manejo do perfeccionismo foi benéfico para a condução do caso, pois produziu adaptações na estrutura cognitiva da paciente e, por conseguinte, melhora em seus padrões comportamentais. O tratamento na modalidade *online* também se mostrou efetivo na condução dessa paciente o que traz avanços na área, contribuindo para ferramentas mais flexíveis.

No processo terapêutico dessa paciente com transtorno distímico e traços de perfeccionismo alinhados a crenças de incapacidade, pôde-se trabalhar a ativação comportamental. Dessa forma, foi possível modificar padrões cognitivos e de comportamento que afetavam como a paciente se sentia, garantindo maior funcionalidade e qualidade de vida.

Faz-se necessária a produção de mais conteúdos a respeito do tema, visto que a demanda para transtornos do humor no ambiente clínico é grande, devido os diversos fatores contemporâneos e a uma cultura exigente, que requer sempre o melhor, o perfeito das pessoas. Além disso, o presente estudo foi apenas um estudo de caso o que traz limitações para a generalização dos achados.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, T. F.; DONADON, M. F.; BULLAMAH, S. K. Terapia cognitivo-comportamental e depressão: intervenções no ciclo de manutenção. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 15, n. 1, p. 59-65, 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Artmed Editora, 2014.

BECK, A.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva** (MC Monteiro, Trad.). 2000.

BECK, A. T. Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. **Archives of general psychiatry**, v. 9, n. 4, p. 324-333, 1963. Disponível em: < https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/488402>. Acesso em: 19 nov. 2021.

BECK, A. T. Thinking and depression: II. Theory and therapy. **Archives of general psychiatry**, v. 10, n. 6, p. 561-571, 1964. Disponível em: < https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/488562>. Acesso em 19 nov. 2021.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**. Artmed Editora, 2013.

CIHAROVA, M *et al.* Cognitive restructuring, behavioral activation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of adult depression: A network meta-analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 89, n. 6, p. 563, 2021.

CUIJPERS, Pim *et al.* A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 58, n. 7, p. 376-385, 2013. Disponível em: < https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674371305800702>. Acesso em: 19 nov. 2021.

CUIJPERS, P *et al.* Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. **Clinical psychology review**, v. 30, n. 1, p. 51-62, 2010. Disponível em: < https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735809001202>. Acesso em: 19 nov. 2021.

DIMIDJIAN, S.; DAVIS, K. J. Newer variations of cognitive-behavioral therapy: behavioral activation and mindfulness-based cognitive therapy. **Current psychiatry reports**, v. 11, n. 6, p. 453-458, 2009.

DOBSON, D.; DOBSON, K. S. **A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências.** Artmed Editora, 2009.

DRIESSEN, E.; HOLLON, S. D. Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. **Psychiatric Clinics**, v. 33, n. 3, p. 537-555, 2010. Disponível em: < https://www.psych.theclinics.com/article/S0193-953X(10)00047-X/abstract>. Acesso em: 19 nov. 2021.

EGAN, S. J.; SHAFRAN, R. Cognitive-behavioral treatment for perfectionism. **The psychology of perfectionism**, p. 284-305, 2017.

FREEMAN, A.; DEWOLF, R. **As 10 bobagens mais comuns que**

ISSN 2238-5630
Brasília-DF, v. 12, n. 3, setembro-dezembro de 2023

as pessoas inteligentes cometem e técnicas eficazes para evitá-las. Versal, 2016.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. **A mente vencendo o humor:** mude como você se sente, mudando o modo como você pensa. Artmed Editora, 2016.

HAGHBIN, M.; MCCAFFREY, A.; PYCHYL, T. A. The complexity of the relation between fear of failure and procrastination. **Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, v. 30, n. 4, p. 249-263, 2012. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10942-012-0153-9>. Acesso em 19 nov. 2021.

KYLE, S. D.; ESPIE, C. A.; MORGAN, K. "… Not just a minor thing, it is something major, which stops you from functioning daily": quality of life and daytime functioning in insomnia. **Behavioral sleep medicine**, v. 8, n. 3, p. 123-140, 2010.

KNAPP, P *et al.* **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Artmed Editora, 2009.

KNAPP, P; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. s54-s64, 2008. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/rbp/a/HLpWbYk4bJHY39sfJfRJwtn/abstract/?lang=pt>. Acesso em 19 nov. 2021.

KUYKEN, W.; PADESKY, C. A.; DUDLEY, R. **Conceitualização de casos colaborativa: O trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental.** Artmed Editora, 2009.

LEAHY, R. L. **Vença a depressão antes que ela vença você.** Artmed Editora, 2015.

NEVES JUNIOR, A.; DE SOUZA, J. C. R. P.; PEIXOTO, C. Ansiedade e insônia: relato de caso sobre a importância do foco de tratamento na qualidade do sono. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e156101623441-e156101623441, 2021.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Artmed Editora, 2016.

SANTOS, M. M. *et al.* Behavioral activation. In: WENZEL, Amy Ed. **Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches**, Vol. 1. 2021.

SHAFRAN, R.; EGAN, S.; WADE, T. **Overcoming Perfectionism 2nd Edition: A self-help guide using scientifically supported cognitive behavioural techniques.** Robinson, 2018.

SIMMONDS-BUCKLEY, M.; KELLETT, S.; WALLER, G. Acceptability and efficacy of group behavioral activation for depression among adults: a meta-analysis. **Behavior therapy**, v. 50, n. 5, p. 864-885, 2019. Disponível em: < https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789419300061>. Acesso em: 19 nov. 2021.

SOARES, F. H. R *et al.* Adaptación y validación de la escala de perfeccionismo Almost Perfect Scale-Revised para el portugués brasileño. **Avaliação Psicológica**, v. 19, n. 3, p. 310-321, 2020.

SPANEMBERG, L.; JURUENA, M. F. Distimia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. 2004, v. 26, n. 3, p. 300-311. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000300007>. Acesso em 19 nov. 2021.

STOEBER, J (Ed.). **The psychology of perfectionism: Theory, research, applications**. Routledge, 2017.

XU, Shuai. Academic Procrastination of Adolescents: A Brief Review of the Literature. **Psychology and Behavioral Sciences**, v. 10, n. 6, p. 198, 2021.

ZHANG, A *et al.* Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. **Journal of behavioral medicine**, v. 42, n. 6, p. 1117-1141, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10865-019-00046-z>. Acesso em: 19 nov. 2021.

ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S. R. Semiologia psiquiátrica. **Medicina** (Ribeirão Preto), *[S. l.]*, v. 29, n. 1, p. 44-53, 1996. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v29i1p44-53. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/711. Acesso em: 30 jul. 2021.