

A PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DO FACEBOOK SOBRE A DEPRESSÃO: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS POSTAGENS

FACEBOOK USERS' PERCEPTIONS OF DEPRESSION: AN ANALYSIS BASED ON POSTS

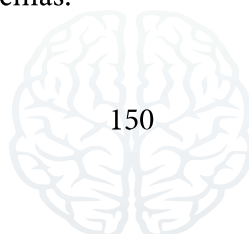
Thiago Rodrigo de Almeida Cunha¹

Luciene Costa Araújo Morais²

Resumo: O presente estudo teve como objetivo compreender a percepção de usuários do Facebook sobre a depressão, a partir de postagens realizadas em grupos de apoio. Trata-se de uma produção de cunho bibliográfico, que reúne elementos exploratórios e descritivos, para uma análise de dados qualitativos, que foram coletados através da seleção de postagens de usuários, de grupos de apoio a pessoas com depressão, da rede social Facebook. A análise dos dados e discussão dos resultados consistiu em uma análise interpretativa do corpus coletado, baseados na Análise do Discurso (AD) e na utilização de conceitos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Esta metodologia pode ser justificada uma vez que a pesquisa se configura como qualitativa e exploratória. Os resultados da análise revelam as diferentes percepções dos usuários sobre a depressão, que muitas vezes se distanciavam do entendimento científico. Sendo também possível observar que a TCC pode ser utilizada no tratamento desse tipo de transtorno, uma vez que suas técnicas possibilitam a reestruturação cognitiva de pensamentos e crenças disfuncionais destas pessoas.

1 Discente do Curso de Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Uninassau e do Curso de Ciências da Religião no Centro Universitário Uninter (PR). Graduado em Letras em Letras (2013), Mestre pelo programa de Literatura e Interculturalidade (UEPB – 2018), Doutorando do Programa de Doutorado Internacional em Ciências da Educação (Christian Businss College – EUA)

2 Docente orientadora do curso de graduação em psicologia pelo Centro Universitário Uninassau. Doutora e mestre em Psicologia Social pela UFPB. Psicóloga com formação em Terapia Cognitivo Comportamental e Terapia focada em Esquemas.



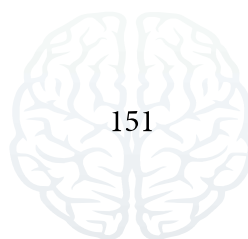
Palavras-chave: Depressão; Postagens; Usuários do Facebook; Terapia cognitiva.

Abstract: The present study had the aim of understanding users' perceptions of depression, based on posts sent on online supporting groups. This consists of a bibliographic research, which comprised exploratory and descriptive elements, for the analysis of qualitative data, which had been collected through the selection of users' posts in supporting groups for people who have depression, on Facebook social media. The data analysis and results discussion consisted of an interpretative analysis of a collected corpus, based on Discourse Analysis (DA) theory and the use of conceptions from Cognitive-Behavioral Therapy (CBT). This methodology could be justified once this research is qualitative and exploratory. The results of the analysis revealed different perceptions of users over depression, which most of the times diverged from scientific view. This led to the observation that CBT could be applied for the treatment of this disorder, as its techniques make cognitive restructuring of thoughts and dysfunctional beliefs possible.

Keywords: Depression; Posts; Facebook users; Cognitive therapy.

A depressão é descrita como um estado de humor extremamente deprimido, com duração de pelo menos duas semanas e inclui sintomas cognitivos, como sentimentos de inutilidade e indecisão, e funções físicas perturbadas, como padrões de sono alterados, mudanças de apetite, peso e energia, ao ponto de a realização de uma simples atividade demandar de enorme esforço. Segundo o DSM-V, a depressão está presente no grupo de transtornos de humor, pois são caracterizados por desvios graves no humor. No passado, já foi denominada como “transtornos depressivos”, “transtornos afetivos” ou “neuroses depressivas” (Barlow & Durand, 2015).

O episódio depressivo pode ser acompanhado por uma perda de interesse nas coisas que da-



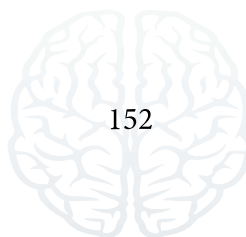
vam prazer ao indivíduo (anedonia), como também na vida, nas interações com a família ou amigos e na execução de trabalhos ou atividades escolares. O transtorno depressivo maior, como comumente é diagnosticado, pode provocar o “desligamento” comportamental e emocional do indivíduo. Este último pode ser resultado de baixo afeto positivo ou alto afeto negativo. E no que se refere a duração de um episódio de transtorno depressivo maior, ele pode variar de quatro a nove meses, se não tratado.

Dalgalarrondo (2019) acrescenta que o indivíduo também pode apresentar sintomas instintivos e neurovegetativos, ideativos, relativos à autovalorização, à vontade e a psicomotricidade, cujas formas mais graves podem resultar em sintomas psicopáticos (delírios e/ou alucinações), marcante alteração psicomotora (lentidão ou estupor) e fenômenos biológicos (neurais ou neuroendócrinos) associados ao quadro psicopatológico.

Entre o ano de 1959 a 1979, Aaron Beck e um grupo de colaboradores, através dos seus estudos sobre as possíveis causas da depressão, chegaram à conclusão de que “certos padrões cognitivos poderiam ser responsáveis pela tendência do paciente a fazer julgamentos com um viés negativo de si mesmo, de seu ambiente e do futuro que, embora menos proeminentes no período fora do episódio depressivo, se ativariam facilmente durante os períodos de depressão” (Rangé, 2011, p. 21).

Através destas constatações, Beck (2013) verificou que a causa da depressão poderia estar associada à maneira como o paciente pensava sobre si, ou seja, as distorções cognitivas negativas destes pacientes alteravam o seu humor, como também eram responsáveis pela forma como se comportavam. Esses pressupostos podiam ser reforçados a partir de concepções estoicas e filosóficas orientais, que afirmavam que a emoção humana tem como base o pensamento, que geraria raciocínio, afetos e condutas que determinariam a maneira como o indivíduo enxergava a realidade em sua volta, e corroboraram com o que o teórico observou, quanto ao fato de que, a forma como o indivíduo interpreta os fatos poderia influenciar como ele se sente e se comporta.

O pensamento de Beck (2013) pode ser complementado quando Rangé (2011, p. 21) afirma que: “O indivíduo com sofrimento psicológico tem sua capacidade de percepção de si mesmo, do am-



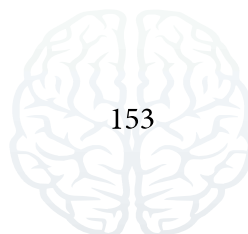
biente e de suas perspectivas futuras prejudicada pelas distorções de conteúdo de pensamento específicas de sua patologia, que acabam por determinar ‘vícios’ na forma como os fatos são interpretados”.

Após aplicações de várias teses experimentais e observações clínicas, Aaron Beck e seu grupo de colaboradores formulam os pressupostos das teorias cognitivo-comportamentais, que derivam do modelo cognitivo: a atividade cognitiva influencia o comportamento; A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; Mudanças na cognição determinam mudanças no comportamento (Dobson, 2001, apud Rangé, 2011).

A Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido utilizada no tratamento de transtornos depressivos, como também de transtornos de ansiedade (Wright, 2008). A TCC se fundamenta no princípio de que pensamentos negativos, ativados a partir de uma experiência vivenciada pelo indivíduo, podem gerar comportamentos e emoções indesejadas ou disfuncionais que podem resultar na angústia ou sofrimento de uma pessoa. Assim, os defensores desta abordagem da psicologia acreditam que, mudanças nas perspectivas de como o indivíduo enxerga e interpreta estes eventos podem torná-lo capaz de melhorar o seu comportamento e humor e proporcionar bem-estar (Neufeld & Cavenage, 2010).

Assim, a tríade da TCC, composta pelas percepções que indivíduo tem de si, dos outros e do mundo, constituem as crenças centrais e subjacentes (intermediárias), que são construídas mediante a interação deste ser com as pessoas a sua volta, como também da sua relação com o meio em que vive, desde a infância. Beck et al (1997 apud Neufeld & Cavenage, 2010, p. 6) ainda ressaltam que “as crenças centrais representam os mecanismos desenvolvidos pelas pessoas para lidar com as situações cotidianas”.

Terapeutas adeptos da TCC defendem que os mesmos procedimentos iniciais das demais terapias devem ser realizados durante a psicoterapia, como a anamnese e avaliação do estado mental do paciente. No entanto, recomenda-se a conceituação cognitiva dos pensamentos automáticos e crenças do paciente, como ponto de partida para a elaboração de estratégias para uma intervenção eficaz, uma



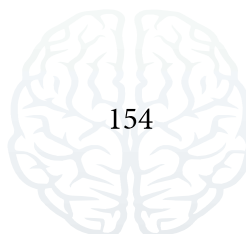
vez que a TCC está baseada nos processos cognitivos conscientes, que correspondem a um nível de atenção que nos permite tomar decisões, planejar, controlar e interagir com o meio e com as outras pessoas de modo racional. Segundo Wright et al (2008), a Terapia Cognitivo-Comportamental vem sendo utilizada desde a década de 1980, no tratamento de pacientes com transtornos crônicos, graves e resistentes a tratamento.

A Terapia Cognitivo-Comportamental

A partir da década de 1970, surgem no campo da psicologia clínica psiquiatria, movimentos que se opunham às teorias psicanalíticas para o tratamento dos transtornos mentais, dentre elas a Terapia Racional Emotiva, desenvolvida por Albert Ellis, que conferiu uma visão cognitiva de que pensamentos negativos e irracionais poderiam ser as causas de alguns transtornos, dentre eles, a depressão. Essa teoria, juntamente com a teoria dos construtos pessoais de Kelly (1955), segundo Wright et al (2008), forneceram subsídios metodológicos e teóricos para o desenvolvimento da TCC.

Os terapeutas cognitivo-comportamentais reconheceram que existiam interações entre os processos biológicos, influências ambientais e interpessoais e elementos cognitivo-comportamentais na origem e tratamento dos transtornos psiquiátricos. Este modelo (Terapia Cognitivo-comportamental) admite que o pensamento é capaz de gerar emoções e mudanças comportamentais. Deste modo, a intervenção feita a partir desta abordagem consiste em ensinar os pacientes a “pensar sobre o pensamento’ para atingir a meta de trazer as cognições autônomas à atenção e ao controle conscientes” (Wright et al, 2008. p. 19).

Beck (2013) ainda destaca que a TCC tem sido adaptada a pacientes com diferentes níveis de educação e renda, variedades de culturas e faixas etárias. Pode também ser utilizada em grupos, em casal e família, pode haver uma flexibilização maior do tempo de cada sessão, que geralmente é de 45 minutos, em conformidade com o diagnóstico do paciente, e as suas técnicas podem também



ser empregadas por outros profissionais da saúde em uma consulta clínica ou de reabilitação, ou na revisão da medicação, em ambientes de saúde, escolas, prisões, programas vocacionais, entre outros.

O modelo cognitivo-comportamental

Beck (2013) afirma que o pensamento disfuncional é comum a todos os transtornos psicológicos e que, quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, isso pode resultar em melhoras no seu estado emocional e comportamental. A depender da experiência que uma paciente teve devido a algum transtorno ou condição em que este esteja acometido, constata-se que o seu pensamento pode gerar uma reação específica, como também algumas emoções.

Portanto, conduzir o paciente para que este possa verificar que algo pensado em um momento preciso não precisa ser transformado em uma generalização, e orientá-lo na perspectiva de como este paciente pode encarar a experiência que teve sob uma perspectiva diferente e, conseqüentemente, gerando emoções e comportamentos diferentes, configuram o principal objetivo do modelo cognitivo-comportamental.

Desta forma, o modelo cognitivo tem como base o processamento cognitivo, uma vez que o ser humano continuamente avalia a relevância dos acontecimentos internamente e no ambiente externo, e são associadas a reações emocionais (Wright et al, 2008).

Neufeld e Cavenage (2010) definem a cognição como a função da consciência que assimila as deduções feitas a partir das experiências vividas e está bastante associada aos transtornos psicológicos. As autoras nos chamam a atenção para três níveis de cognições, conforme os estudos de Beck (2013) e sua equipe, que são: pensamentos automáticos (PA), crenças intermediárias e crenças centrais, e destacam a que os PA fazem parte de um fluxo de processamento cognitivo subjacente ao processamento consciente.

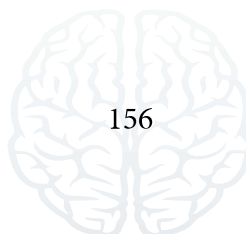


Já as crenças intermediárias são definidas como as regras, atitudes ou suposições. São pressupostos adjacentes ou condicionais das crenças centrais, que constituem um conjunto de valores adquiridos pelo indivíduo ao longo da vida, através da interação social e das experiências vividas. São, portanto, generalizáveis e absolutistas. As crenças centrais dizem respeito a como as pessoas lidam com as situações cotidianas, ou seja, as suas percepções sobre si mesmo, sobre os outros e o mundo. Estes três últimos elementos constituem a tríade cognitiva da TCC (Neufeld & Cavenage, 2010).

Uma psicoterapia no modelo da TCC, como em qualquer outra terapia, consiste em uma entrevista de anamnese e um exame de estado mental do paciente. Nesta abordagem, a avaliação e conceituação do caso são formulados a partir da conceituação cognitiva, que consiste em uma espécie de mapa que orienta o trabalho a ser realizado com o cliente, e auxilia o terapeuta a compreender a estrutura da subjetividade do cliente para uma elaboração mais precisa de um planejamento de estratégias a serem utilizadas durante o tratamento. Pode-se concluir, conforme Knapp e Beck (2008 apud Neufeld e Cavenage, 2010), que:

“Conceitualizar um cliente em termos cognitivos é fundamental na determinação do caminho mais eficiente e efetivo para a realização do tratamento, pois auxiliará na escolha das metas que serão trabalhadas e das intervenções terapêuticas a serem realizadas” (p. 9).

Para a elaboração de uma conceitualização cognitiva eficaz, recomenda-se que o terapeuta investigue aspectos do seu paciente como o diagnóstico clínico, problemas atuais enfrentados pelo mesmo, fatores estressantes, predisposições genéticas e familiares, pensamentos automáticos, crenças intermediárias e centrais, obtidos através das queixas (Neufeld & Cavenage, 2010). Essas informações são relevantes a fim de se obter uma explicação do motivo do desenvolvimento dessas dificuldades, como o motivo que as mantém e constatar a possibilidade de previsões sobre o seu comportamento, considerando determinadas condições (Rangé, 2004).



O presente estudo corresponde a uma pesquisa interpretativa desenvolvida a partir dos dados coletados através da seleção de postagens, por usuários da rede social Facebook, a partir do relato de usuários de grupos de apoio a pessoas com depressão, ao se utilizar os resultados obtidos sob o enfoque teórico da TCC, mediante o que pode ser analisado no corpus coletado. A pesquisa não infringe nenhum critério ético, uma vez que as informações foram coletadas de sites de domínio público, dispensando a necessidade de um prévio consentimento de qualquer participante.

Método

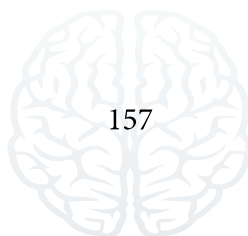
Tipo de estudo

Este trabalho consisti em uma pesquisa de revisão bibliográfica, combinando elementos exploratórios e descritivos, no qual serão relatadas observações e análise de discursos de usuários da rede social Facebook de um grupo de apoio a pessoas com um quadro de depressão. Segundo Marconi e Lakatos (2010), uma pesquisa exploratória-descritiva consiste em:

“Estudos exploratórios que têm por objetivo descrever completamente determinado fenômeno, como, por exemplo, o estudo de um caso para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas. Podem ser encontradas tanto descrições quantitativas e/ou qualitativas quanto acumulação de informações detalhadas, como as obtidas por intermédio da observação participante. Dá-se precedência ao caráter representativo sistemático e, em consequência, os procedimentos de amostragem são flexíveis (, 2010, p. 171)”.

Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através da seleção de postagens sobre a depressão, na rede



social Facebook em grupos abertos (de ajuda), a pessoas que sofrem com este transtorno. A escolha do corpus de análise seguiu os seguintes critérios de inclusão/exclusão: postagens que retratavam a percepção da depressão, ou expressavam o sofrimento psíquico de pessoas acometidas por este transtorno, ou que retratam algum impacto somático ou cognitivo da depressão.

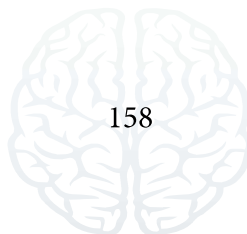
Análise de dados

A análise dos dados e discussão dos resultados consistiu em uma análise interpretativa do corpus coletado, baseados na Análise do Discurso (AD) e na utilização de conceitos da TCC. Esta metodologia pode ser justificada uma vez que a pesquisa se configura como qualitativa e exploratória.

Orlandi (2003 apud Abrahão, 2009) destaca que o texto não deve ser analisado meramente como ilustração ou comprovação de algo que já está pré-estabelecido, mas como fonte de conhecimentos de uma materialidade simbólica própria e significativa que possibilita a apuração dos seus sentidos (semântica), inclusive depreendidos daquilo que não foi dito no texto, mas que podem ser inferidos. De modo complementar, Abrahão (2009) defende que:

“(...) tanto o texto como o discurso são vistos como um jogo que se estabelece com o sistema linguístico (sic), em função de uma dada formação discursiva, que é entendida como um conjunto de princípios ou de valores que regulam os discursos, tendo por base uma formação ideológica, ou seja, um conjunto de forças políticas que se confrontam, numa dada conjuntura. (ABRAHÃO, 2009, p. 80)”.

Em uma perspectiva discursiva, Orlandi (2005) reitera que grande parte dos gêneros textuais são construídos a partir do que não é dito, e este não-dito é sugerido a partir do que é dito. Dessa maneira, os sentidos podem ser lidos em um texto mesmo não estando neste, mas o analista precisa



considerar tanto o que o texto diz quando o que ele não diz, que pode não estar explícito, mas que pode ser significado. Cabe, assim, à análise discursiva tentar identificar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produções, dentre elas, postagens de redes sociais, conforme proposto na pesquisa, de modo que a sua materialidade (corpus linguístico) produza sentidos para interpretação.

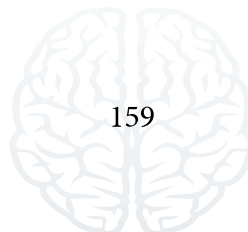
Como procedimentos de análise, serão adotadas as sugestões de Orlandi (2005) sobre como conduzir a análise do corpus selecionado. Como já foi mencionado, a AD presta-se a compreender a observação e mecanismos dos processos de constituição sentidos e de sujeitos. A análise será feita através da identificação de elementos textuais que integram a formação discursiva e, em seguida, como estes elementos se relacionam a composição da formação ideológica, traçando-se uma trajetória do texto ao discurso, no contato com o corpus, que constitui o material empírico. Por fim, realizou-se uma discussão sobre como estes sujeitos, pacientes em potencial, provavelmente seriam abordados/tratados adotando-se os preceitos clínicos da TCC.

Resultados e discussão

Para proporcionar uma melhor compreensão da análise dos dados, apresentaremos as postagens que foram coletadas para compor o corpus de análise, para proceder seguindo os critérios mencionados no tópico anterior.

Postagem 1: *“Alguém aí com aquela vontade de acabar tudo? Tô assim agora.”*
Postagem 2: *“Estou em crise ... Deus me ajude.”*
Postagem 3: *“Pessoal não tô conseguindo arrumar minha casa não tenho ânimo, mas à bagunça me incomoda muito, alguém assim também?”*
Postagem 4: *“Depressão é tão grave que eu não sei mais como lidar ... nem me olho no espelho pois não me reconheço mais.”*
Postagem 5: *“Vozes na minha cabeça / Tudo o que posso ouvi-los dizer / É que todo mundo me quer morto.”*

FIGURA1. Postagens coletadas na rede social *Facebook* para compor o *corpus* de análise textual.

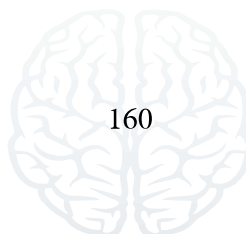


A postagem 1 permite deduzir que a autora pretendia colocar um fim na própria vida, quando utiliza a expressão “acabar com tudo”. A mesma nutre este desejo, que pode ser confirmado quando questiona no grupo de apoio se alguém está sentindo esta mesma vontade e confirma quando afirma que está assim agora. Pode-se inferir pelo contexto que a palavra “assim” faz referência a acabar com tudo e que ela representa o seu estado emocional, no momento em que escreveu a postagem. Sintomas de ideação suicida, como também planos ou atos suicidas podem ocorrer em pacientes com transtornos depressivos, configurando alterações ideativas, segundo o DSM-5, características tanto do transtorno depressivo maior quanto o distímico (Dalgalarrondo, 2019; Takei & Figueiredo, 2018; Barlow & Durand, 2018).

A mensagem possivelmente tem o propósito de fazer um apelo para algum outro sujeito que tenha passado pela angústia que a autora está passando, e que possivelmente está acometida de algum quadro de depressão, haja vista que o grupo tem a finalidade de oferecer suporte para estas pessoas. Não é possível apreender os motivos que levaram a autora a se sentir desta forma, mas o teor da mensagem nos permite supor que se trata de uma pessoa que não está conseguindo lidar com algum problema, que tem lhe causado sofrimento e talvez desespero, ao cogitar a possibilidade de ceifar a própria vida.

A mensagem também propõe que a autora deva estar passando por um momento de crise ou de agravamento da crise, uma vez que o tempo verbal “tô” remete a um estado próximo do agora, em que a mesma não consegue enxergar motivos para superar o quadro e por isso faz uso da rede social para obter ajuda. Ela tem a certeza de que naquele grupo encontrará outras pessoas que tenham passado por algo semelhante e que solidarizarão com ela para amenizar a sua dor.

É importante ressaltar que o sofrimento por que a autora deve estar passando independe de

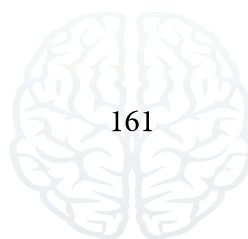


classe social ou gênero, apesar de o nível de incidência ser mais alto em pessoas do sexo feminino. Este sofrimento pode ter originado da sensação de impotência frente às injustiças sociais, principalmente dos papéis desempenhados pelas mulheres nas atribuições de esposa, mãe, dona-de-casa, ou em condições de emprego inferiores quando desempenham o mesmo cargo de indivíduos do sexo masculino e não possuem salários equivalentes, no caso particular, em um país patriarcal como o nosso em que as mulheres são subjugadas pela representatividade da figura masculina, embora com pouco menos intensidade nos tempos atuais (Takei & Figueiredo, 2018).

De acordo com Takei e Figueiredo (2018), o humor deprimido, associado a pensamentos de ideação suicida, podem configurar quadros de transtornos de depressão maior ou distímia, mesmo que não sejam acompanhados de algum episódio maníaco ou hipomaníaco, ou sem terem sido provocados pela utilização de alguma substância que promovam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou profissional.

Quanto à postagem 2, se levarmos em consideração o não-dizível (Orlandi 2005), podemos verificar que ela representa um apelo por parte de uma pessoa que está em crise de depressão, que possivelmente está atormentada e acredita ser a rede social um meio de deixar as pessoas conscientes do que pode acontecer com ela. Não sabemos ao certo os motivos que levaram esta pessoa a se sentir assim, mas sabemos que somente ela sabe a dor por que está passando e que talvez não consiga superar sozinha, por este motivo foi que fez esta postagem como um apelo na esperança de que algum seguidor do grupo possa se compadecer e tentar ajudá-la a se recuperar.

De modo semelhante à postagem 1, podemos estar diante de um sujeito que está desamparado por parte das pessoas que o rodeiam, que se sente sozinho ao enfrentar um problema que poderia ser amenizado caso pudesse contar com o apoio das outras pessoas, em especial amigos e familiares.

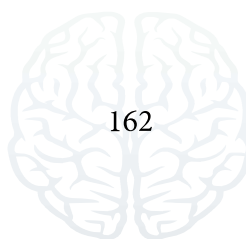


Este quadro é um reflexo da nossa sociedade e do nosso tempo, nos quais as pessoas priorizam valores que colocam o ser humano à mercê da conquista de bens materiais e das suas próprias ambições. Esta sociedade é composta por pessoas que só tem olhos para si e são incapazes de enxergar um ente que está urgindo por ajuda dentro do seu próprio lar, ao deixarem para um segundo plano as relações sociais, familiares e o bem-estar mental, e sempre adiando a solução para causas de cunho coletivo. Temos a impressão de que trabalho e questões econômicas são as principais prioridades nas relações entre as pessoas, e fatores emocionais e humanos estão sendo cada vez mais negligenciados.

É importante destacarmos a relevância que tem um grupo de apoio como este nas redes sociais, pois muitas pessoas acabam cometendo alguma tragédia pelo simples fato de não ter recebido apoio a tempo ou de não ter sido ouvida e, nestes grupos, encontram-se pessoas que estão à disposição para ajudar, pois, na maioria das vezes sofrem de um mal semelhante ou se mostram solidárias a quem apresenta este quadro por conhecerem ou já terem acompanhado algo de outra pessoa.

Geralmente, usuários destes grupos sabem que aí podem encontrar conforto, pois serão acolhidas por pessoas que não irão subestimá-las ou julgar as suas atitudes, uma vez que já carregam o peso da culpa e da impossibilidade de realizarem atividades que pessoas que não apresentam o quadro depressivo conseguem realizar sem qualquer dificuldade, quando na realidade são vítimas destes transtornos, ou não sabem como lidar com eles. Sabemos que sentimentos de desesperança, abandono são frequentemente reportados por pacientes com depressão, como podemos observar em trabalhos desenvolvidos por Beck (2013) e Wright et al (2008), e também apontados pelo DSM-5, de acordo com Dalgarrondo (2019).

Nesta postagem em particular (postagem 2), podemos destacar também os valores cristãos que constituem a historicidade deste sujeito (Orlandi, 2005), que pode ser percebido quando, apesar de

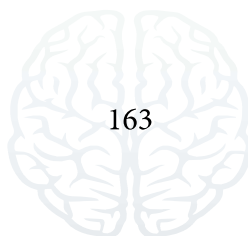


sentir-se desamparado ou sozinho, acredita que Deus estará ali para ajudá-lo, assim como nas outras vezes em que esteve em crise. Esta postagem nos revela o importante papel que a religião desempenha por parte daqueles acometidos de algum transtorno mental, haja vista que a figura divina funciona como uma espécie de refúgio ou fonte de energia para superar os seus problemas. Esta constatação pode ir de encontro ao que o senso comum, que afirma sobre as causas da depressão ser muitas vezes “falta de Deus”, ou não se ter força de vontade suficiente, quando quem passa por isso muitas vezes só pode contar com Deus ou alguma ajuda inesperada.

Barlow e Durand (2018) acrescentam oito sintomas que podem acompanhar um transtorno depressivo, também denominados pelos autores de especificadores, que podem ser úteis na determinação do tratamento mais efetivo, a exemplo de especificadores de (1) características psicóticas (alucinações e delírios), (2) sintomas ansiosos, (3) de características mistas, (4) melancólicas, (5) cata-tônicas, (6) atípicas, (7) de início no periparto ou (8) de padrão sazonal.

Neste momento, destacaremos os delírios, como característicos dos sintomas psicóticos. Os mesmos autores definem delírio como crenças que são mantidas fortemente pelo indivíduo, mas que são distorcidas. Se retomarmos os relatos das postagens discutidas e considerarmos que elas são reforçadas pela crença de que os sujeitos encontram-se desamparados pelos seus, podemos detectar uma distorção entre a realidade e a percepção que estes sujeitos possuem desta realidade, no sentido de que não podemos ter a certeza de que estas pessoas são negligenciadas por parentes ou conhecidos, ou se meramente, diante de um momento de fragilidade de crise, estas pessoas não encontram o amparo que gostariam de receber. É possível que estes sujeitos apresentem características psicóticas acrescidas aos sintomas do quadro de depressão.

Portanto, verifica-se que a formação discursiva (Orlandi, 2005), que corresponde aos relatos

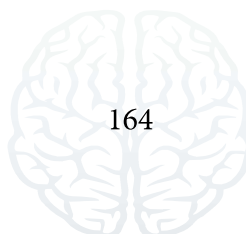


que representam os prejuízos psicológicos refletidos nestes sujeitos, permite-nos identificar elementos associados a ideologias (religião, poder, visão de mundo) e a historicidade apresentadas pelos sujeitos (contexto de formação do discurso), que consolidam uma formação ideológica constituídas de crenças pessoais de desvalor, desamor e desamparo.

Além das perturbações psíquicas, humor depressivo e outros sintomas psicológicos, indivíduos acometidos de transtornos depressivos podem apresentar sintomas somáticos e comportamentais como tanto perda de sono, quanto sono excessivo, perda de libido, perda de peso, dores no corpo, catalepsia, anedonia, como também podem desenvolver sintomas que afetam a capacidade cognitiva do sujeito, como falta de atenção, dificuldade de concentração, perda de memória, dentre outros (Barlow & Durand, 2018).

A postagem 3 é um exemplo em que a formação discursiva do sujeito reúne elementos que compõem um impacto somático no indivíduo. Nesta postagem a doença tornou a pessoa impossibilitada de realizar os seus afazeres domésticos e a mesma direciona a pergunta a outras pessoas que estejam ou já tenham passado pela mesma condição. A pergunta feita ao final da postagem pode sugerir a necessidade do sujeito de localizar alguém que se sensibilize com a sua causa e, de modo empático tente auxiliá-lo neste momento de acometimento da crise depressiva.

Conforme foi mencionado antes (Barlow & Durand, 2019; Dalgarrondo, 2019), agregado aos sintomas mais comuns de depressão podem surgir anedonia, ou seja, falta de interesse ou prazer em realizar atividades que o indivíduo comumente realizava. Quando este sujeito afirma que não está conseguindo arrumar a casa, sugere-se que antes era capaz de fazê-lo, e configura apenas um estado/condição, algo passageiro. Considerando elementos que configuram a formação ideológica do discurso, podemos deduzir que a bagunça é algo que incomoda o sujeito e que, portanto, não faz parte

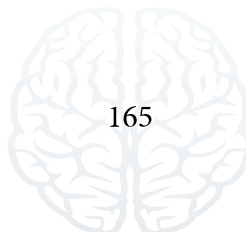


do universo real deste sujeito. Possivelmente esta pessoa é organizada e procura manter o local onde mora em ordem, mas a crise o está impedindo de fazer, e não provém de condições financeiras, ou não se sente seguro para pagar alguém para fazer a organização da casa.

As postagens 4 e 5 correspondem a registros de pessoas que enfrentam quadro depressivo com delírios somáticos (postagem 4) e alucinações (postagem 5). Na postagem 4, deparamo-nos com uma pessoa que aparenta estar bastante aflita com a doença ao ponto de se olhar no espelho e não se reconhecer mais. A falta de detalhes de como esta pessoa se apresenta agora e como ela era não nos permite compreender a dimensão do que está exprimindo. No entanto, é fato que a imagem que ela vê no espelho não a agrada e lhe causa sofrimento, podendo inclusive contribuir para intensificar mais a crise por que está passando.

Como vimos, o delírio pode compor os sintomas de um quadro depressivo, uma vez que a confusão mental ou o sentimento de tristeza que a pessoa sente pode provocar uma distorção da autoimagem em congruência com o humor que apresenta. O fato de o sujeito do discurso não se reconhecer mais pode sugerir que se tratava de uma pessoa vaidosa, apresentável, e que talvez a sua preocupação com a aparência seja um reflexo (projeção) da preocupação com os julgamentos ou os conceitos que as outras pessoas passariam a ter deste sujeito quando o vissem nesse estado de crise (Barlow & Durand, 2019).

A postagem 5 reúne conceitos que o senso comum julgaria como metafísicos ou sobrenaturais, de uma pessoa que ouve vozes, quando na verdade, uma pessoa que desenvolveu um caso de depressão pode apresentar confusão mental e ter a impressão de que estão lhe dizendo alguma coisa, devido aos delírios ou alucinações (sintomas somáticos) por que está passando. As vozes que esta pessoa afirma escutar a incitam tirar a própria vida. Podem ser fruto de uma ideação suicida, que também

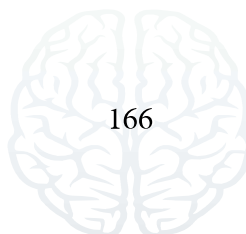


pode acontecer em quem apresenta transtornos depressivos. Estes sintomas confirmam o Barlow e Durand (2008) e Dalgarrondo (2019) afirmaram sobre o fato de transtornos depressivos apresentarem critérios adicionais de características psicóticas, tais como delírios e/ou alucinações.

Segundo Beck (apud Barlow e Durand, 2018), a depressão surge da tendência que algumas pessoas desenvolvem de interpretar os eventos cotidianos de forma negativa, como se elas fossem capazes de enxergar o pior em tudo, culminando naquilo que denominou de inferência arbitrária, quando o indivíduo enfatiza os aspectos negativos em vez dos positivos; e a maxigeneralização, uma tendência a generalizar tudo na vida por conta de um ou dois acontecimentos.

Ambos os conceitos configuram erros cognitivos, e é bastante comum pessoas deprimidas apresentarem erros cognitivos sobre si mesmas, sobre o mundo e sobre o seu futuro, resultando em áreas que, combinadas, constituem o que Beck denominou de tríade cognitiva depressiva. A tríade cognitiva depressiva opera de forma inconsciente e automática e permite que o indivíduo seja capaz de desenvolver um sistema de crenças ou esquemas cognitivos negativos ao longo de sua existência sobre algum aspecto da vida, tornando-as vulneráveis e provocando a sensação de que estão desamparadas, não possuem valor ou não enxerguem sentido nenhum na vida (Barlow & Durand, 2018).

Os exemplos das postagens 4 e 5 ilustram muito bem essa concepção de erros cognitivos, pois revelam ideias negativas e deturpadas que as pessoas possuem de si, tanto sobre a aparência física quanto ao fato de não possuir valor ou enxergar sentido na vida feitas de forma automática ao ponto de o autor da postagem 5 acreditar que esta vontade vem das outras pessoas, não de si. Outro fator que merece destaque na postagem 5 é o da maxigeneralização, pois o fato de sua mente levá-lo a crer que deveria retirar a sua vida, faz com que ele estenda para outras pessoas, quando utiliza a expressão “todo mundo”, como se outras pessoas, embora não especificadas, tivessem a mesma opinião que ele,



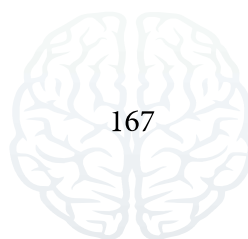
convergindo com o que Beck (apud Barlow & Durand, 2018) haviam afirmado sobre tendências da depressão.

Considerando os relatos analisados, podemos constatar que grande parte das causas tanto do sofrimento psíquico quanto sofrimento causado por consequências somáticas ou cognitivas dos usuários das redes sociais pode ser atribuída a erros cognitivos, que reforçam crenças de desamparo, desamor e desvalor, que podem motivar ideações suicidas, humor deprimido, perturbações ou confusões mentais, resultando em distorções dos conceitos que assumem sobre si próprios, e a sua autoimagem, que corroboram com elementos integradores da formação discursiva e ideológica destes usuários de redes sociais (Facebook), uma vez que estes discursos mantêm um padrão de conteúdo e de forma que constituem corpora de análise para estudos de caráter qualitativo, de interpretação de dados, através da Análise do Discurso.

As principais temáticas observadas estão relacionadas à percepção negativa que os usuários têm das perdas (mundo), si mesmos e sobre a falta de sentido que a sua existência pode proporcionar (futuro), configurando a tríade cognitiva depressiva de Beck (Cf. Barlow & Durand, 2018), que tende a ser maxigeneralizada ou que encobrem o que há de positivo com relação aos eventos apresentados.

No próximo tópico, tentaremos explicar como pacientes que desenvolveram quadros de transtornos depressivos são abordados na clínica através da Terapia Cognitivo-Comportamental, considerando as postagens analisadas e considerando os seus autores pacientes em potencial. Tentaremos apresentar possíveis soluções para os casos (postagens) apresentados à luz da teoria da psicologia e em especial utilizando conceitos e técnicas adotadas pela TCC.

Como uma paciente com transtorno depressivo poderia ser tratado com a TCC

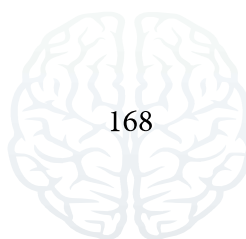


Nesta etapa iremos imaginar que os usuários das redes sociais, cujos discursos foram analisados anteriormente, são pacientes da psicoterapia e a abordagem TCC será aplicada. Beck (2013) recomenda que uma sessão seja estruturada considerando os seguintes aspectos: 1) Verificação do humor; 2) Definição da pauta; 3) Discussão do diagnóstico do paciente e psicoeducação; 4) Revisão do exercício de casa; 5) Identificar os problemas e definir os objetivos da sessão; 6) Trabalhar um problema (ou mais, a depender do tempo) e educar o paciente quanto às técnicas da TCC; 7) Apresentar ou solicitar um resumo; 8) Estabelecer exercícios de casa até a sessão seguinte; 9) Solicitar feedback.

Tendo em vista que os pacientes analisados apresentam quadro de transtorno depressivo, diagnosticados ou não, e no início da terapia apresentariam humor depressivo e pensamentos negativos durante as sessões sobre muitos eventos na vida, como as questões familiares, relacionamentos conjugais, trabalho, falta de estímulo para realizar tarefas habituais, sentirem-se sozinhos, entre outros, prosseguiríamos com a definição da pauta, na qual o paciente traria as demandas a serem tratadas naquela sessão, que, no nosso caso, poderiam ser os relatos das postagens analisadas.

Nos casos dos pacientes que estão iniciando o tratamento, seria necessário explicar como funciona o processo da TCC, que consiste na identificação de sentimentos e comportamentos, que são evocados por pensamentos automáticos, e que neste ponto, é imprescindível tentar chegar a estes pensamentos para que sejamos capazes de evitar tais sentimentos e comportamentos.

Na postagem 1, quando o sujeito expressa a sua vontade de acabar com a vida, esse tipo de sentimento de desesperança com relação ao mundo ou ao seu futuro, que geram tristeza, apatia ou medo e que deve evocar comportamentos incomuns neste sujeito podem ser causados por algum pensamento ou esquema pessoal que este paciente traz. Portanto, na TCC seriam utilizados questionamentos, dentre eles o socrático (através da sugestão) ou de seta descendente, em que o paciente é

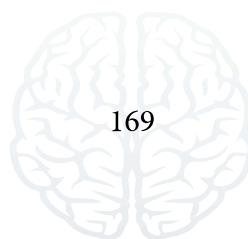


questionado sobre seus pensamentos negativos, passando pelos pressupostos adjacentes até chegar a crenças nucleares sobre si mesmo ou sobre os outros (Leahy, 2019).

Wright et al (2008) define pensamento socrático como questionamentos feitos ao paciente para estimular a curiosidade e o desejo de inquirir, através da descoberta guiada que consiste em “uma série de perguntas indutivas para revelar padrões disfuncionais de pensamento ou comportamento” (op. cit. p. 28). Um exemplo de seta descendente seria quando questionamos o sujeito da postagem da postagem 3 (perguntas do tipo E se ...?), sobre as implicações de não conseguir arrumar a casa, de que maneira isso poderia afetá-lo, ou se isso seria algo bastante relevante na sua vida e este sujeito vai se dando conta de que talvez não, afirmando que a casa ficaria suja, que outras pessoas que o visitassem perceberiam, e teriam uma imagem negativa sobre si, percebemos que este sujeito revelaria vários esquemas subjacentes que possibilitaria o terapeuta de compreender melhor as crenças que permeiam esses pensamentos, como a conceito que outras pessoas teriam de si.

No caso do sujeito que afirma que está em crise e pede ajuda a Deus (postagem 2), o terapeuta poderia solicitar deste paciente mais informações associadas ao significado de estar em crise para ele, investigar o que normalmente sente, o que normalmente faz para sair da crise, com a intenção de que o sujeito tenha consciência de sua condição e consiga não permanecer nela por muito tempo.

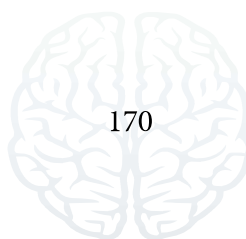
Após apuração dos motivos que levaram os sujeitos a produzirem seus discursos, a técnica do espelho, em que o paciente vê a sua imagem em um espelho e faz elogios, poderia ser utilizada no caso dos pacientes que almejam retirar a vida (postagem 5) como também o paciente que vê uma distorção da sua imagem no espelho (postagem. 4), pois lhes proporcionaria uma oportunidade para tentar enxergar a si mesmos ou encarar a vida com outro olhar, de forma mais positiva. Haja vista que pacientes com depressão tendem a formular pensamentos negativos, conforme mencionado acima.



Tendo em vista que um dos pressupostos da TCC é psicoeducar o paciente, é muito comum o terapeuta dispor de lápis e papel (caderno, bloco de notas) no consultório, a fim de fornecê-lo informações sobre a TCC, como também fazer o registro dos pensamentos disfuncionais (RPD) e solicitar ao paciente que informe dentro de uma escala qual o percentual de verdade que aquele pensamento representa, com o propósito de o paciente adquirir o controle sobre os seus pensamentos e tentar evitá-los ou modificá-los, até que se torne capaz de também realizar o RPD de forma autônoma. Wright et al (2008) defendem que essas experiências de ensino de utilizar situações de vida dos pacientes para ilustrar os conceitos, como também abrir espaço para que o paciente possa questionar e se envolver nesse processo de aprendizagem, assim como sugerir leituras, apostilas, programas de computador ou aplicativos compreender a psicoeducação na TCC.

A identificação de pensamentos disfuncionais e esquemas pessoais na TCC poderia ser indicado no caso dos autores dos discursos analisados na seção anterior, uma vez que foi atestada que alguns dos fatores que causam o sofrimento neles e que colaboram para o quadro depressivo são os erros cognitivos derivados dos pensamentos automáticos negativos (disfuncionais), que em casos mais severos ou quando os pacientes estavam acometidos de uma fragilidade maior, possibilita até mesmo o quadro de sintomas psicóticos, conforme mencionado.

Além do RDP, do questionamento socrático e da seta descendente, podemos citar o role-play e o ensaio cognitivo como forma de promover a reestruturação cognitiva, que tem como finalidade auxiliar o paciente a mudar crenças e expandir o seu aprendizado às situações do mundo real (Wright et al, 2008). O role-play, em que o terapeuta faz o papel de uma pessoa na vida do paciente (ou vice-versa), geralmente é utilizado com pacientes que precisam fazer um enfrentamento, ou superar algum trauma, poderia ser empregado com os sujeitos que apresentaram ideação suicida ou distorção



da sua própria imagem (postagens 4 e 5), por exemplo. Nestes casos, foram detectados que a angústia e o sofrimento que enfrentam podem estar associados ao que outras pessoas podem pensar deles, portanto, o terapeuta poderia fazer o papel de alguém próximo desses sujeitos e conversar com eles sobre estes medos e conflitos que eles enfrentam.

Os cartões de enfrentamento também poderiam ser utilizados com pacientes que precisam modificar comportamentos, além dos pensamentos, como no caso da pessoa que não consegue realizar as atividades domésticas. Poderia ser solicitado que o paciente escrevesse em pedaços de papel instruções que eles gostariam de dar a si mesmos. Poder-se-ia perguntar ao paciente em questão, o que ele precisaria fazer para se sentir melhor e ele escreveria nos papeis. Como dever de casa, poderia sugerir a este paciente para que ele procurasse seguir aquilo que fosse possível, ou pelo menos aos poucos, de forma gradual, para que fosse gradualmente retomando às suas atividades habituais e passasse a se sentir melhor (Wright et al, 2008).

Todos estes procedimentos necessitam ser aplicados repetidamente ao longo da terapia para que o paciente possa aprendê-los e colocá-los em prática na sua vida fora do consultório a fim de que possa prevenir, como também se recuperar de outras crises que possam desenvolver, como recomenda Wright et al (2008, p. 29), “normalmente, é necessária a prática repetitiva até que os pacientes possam modificar prontamente cognições desadaptativas arraigadas”.

Seguindo a recomendação de Beck (2013) sobre a estruturação de uma sessão de TCC, seria indicado que os pacientes realizassem alguma atividade de casa, como seguir os conselhos escritos nos cartões de enfrentamento, fazerem o registro dos pensamentos ao longo da semana, a utilização de algum aplicativo, como o App Cogni, para registro dos pensamentos e da emoção, entre outros. E para finalizar a sessão, seguindo o princípio da psicoeducação e da criação de uma rotina psicoterá-



pica, é sempre importante solicitar ou fornecer um resumo do que foi discutido/aprendido na sessão para confirmar a compreensão e moldar o direcionamento de cada sessão.

Considerações finais

Ao longo da análise, foram elencados elementos que compõem a formação discursiva e ideológica de paciente depressivos, o obtivemos a constatação de termos que expressam negatividade, a desesperança do sujeito ante o mundo em que vive e, em alguns casos, até mesmo uma espécie de desespero para que possam ter as suas demandas atendidas constituem este universo de pessoas que apresentam um quadro depressivo e confirma pesquisas de estudiosos, como o próprio Aaron Beck, idealizador da TCC.

Os resultados permitem concluir que a TCC pode ser uma abordagem eficaz no tratamento de transtornos depressivos, uma vez que suas técnicas possibilitam a reestruturação cognitiva de pacientes acometidos destes transtornos, já que havia sido constatado a partir da tríade cognitiva que muitas das atitudes e emoções vivenciadas por estes pacientes são motivadas e influenciadas pelos pensamentos automáticos distorcidos e crenças disfuncionais, que resultam em erros cognitivos.

Apesar da limitação imposta de não termos aplicado as técnicas da TCC em pacientes reais, foi possível verificar a partir da análise dos discursos dos usuários da rede social Facebook - pacientes em potencial -, que os objetivos do trabalho foram alcançados e que o arcabouço teórico suscitado pode servir de base de estudos para outros pesquisadores interessados em investigar as implicações da TCC para os transtornos depressivos.



Referências bibliográficas

Abrahão, V. B. B. A interpretação de dados de pesquisa e a análise de discursos. In: Revista CON(-TEXTOS). Linguísticos. (2009). Vitória. nº 3, p. 77-90. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/contextoslinguisticos/article/view/5140/3859>.

Barlow, D. H.; Durand, V. M. Psicopatologia: Uma abordagem integrativa. (2018). 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning.

Beck, J. S. Terapia Cognitivo-Comportamental. (2013). Porto Alegre: Artmed.

Brait, B. Bakhtin, dialogismo e construção do sentido. (2005). 2ª ed. Campinas, SP: Editora Unicamp.

Caregnato, R. C. A. & Mutti, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. In: Texto Contexto Enfermagem. (2006). Florianópolis. Out-Dez; 15(4): 679-84. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/9VBbHT3qxByvFCtbZDZHgNP/?lang=pt>.

Dalgarrondo, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. (2019). Porto Alegre: Artmed.

Ely, P.; Nunes, M. F. O.; Carvalho, L. F. Avaliação psicológica da depressão: levantamento de testes expressivos e autorrelato no Brasil. (2014). Avaliação Psicológica. 13(3), pp. 419-426. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n3/v13n3a14.pdf>.

Leahy, R. L. Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta. (2019). Porto Alegre: Artmed.



Mangueneau, D. Discurso e análise do discurso. (2015). São Paulo: Parábola Editorial.

Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. Fundamentos de metodologia científica. (2010). 7.ed. – São Paulo: Atlas.

Neufeld, C. B. & Cavenage, C. C. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais (2010). Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. Vol. 6. n. 2. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000200002#:~:text=Tr%C3%AAs%20n%C3%ADveis%20de%20cogni%C3%A7%C3%B5es%20s%C3%A3o,cognitivo%20subjacente%20ao%20processamento%20consciente.

Orlandi, E. P. Análise de discurso: princípios e procedimentos. (2005). Campinas, SP: Pontes.

Silva, O. S. F.. Os ditos e os não-ditos do discurso: movimentos de sentidos por entre os implícitos da linguagem. In: R. Faced. (2008). Salvador, n.14, p.39-53, jul./dez. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/entreideias/article/download/3007/2653>.

Takei, R. F.; Figueiredo, L. S. Psicoterapia. (2018). Coleção Manuais da Psicologia. Salvador: Sanar.

Wright, J. H.; Basco, M. R. & Thase, M. E. Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental. (2008). Porto Alegre: Artmed.

Wright, J. H.; Sudak, Donna M.; Turkington, Douglas & Thase, M. E. Terapia Cognitivo-Comportamental e alto rendimento para sessões breves. (2012). Porto Alegre: Artmed.

