

FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DA DEPRESSÃO: UMA ANÁLISE DO FILME CORINGA

Ana Claudia Ambiel Gagner¹

Bruna Burko Rocha Chu²

Graziela Sapienza³

Resumo: a depressão é um transtorno mental de alta prevalência, que traz sofrimento e interfere na qualidade de vida do portador. Por ter caráter multicausal, resulta de uma combinação de diferentes fatores de risco. Sabe-se também que alguns fatores podem ser protetivos ao seu desenvolvimento. O objetivo deste trabalho foi analisar estes fatores no desencadeamento da depressão do personagem do filme coringa, sob a perspectiva da terapia cognitivo comportamental. A história envolve questões da sua infância, da dinâmica familiar, seus pensamentos, comportamentos e possíveis crenças, bem como a terapia a qual foi submetido. Os temas foram agrupados e comentados, articulando-se com o que já existe atualmente na literatura.

Palavras-chave: Depressão, Terapia Cognitivo Comportamental, Fatores de risco

RISK AND PROTECTIVE FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF DEPRESSION: AN ANALYSIS OF THE JOKER MOVIE

Abstract: depression is a highly prevalent mental disorder that can cause suffering and interfere with the patient's quality of life. Due to its multicausal character, it results from a combination of different risk factors. It is also known that some factors can be protective to its development. The aim of this study is to analyze these factors in the development of the character's depression in the movie *Joker*, from the perspective of cognitive behavioral therapy, an evidence-based treatment for depression. The story involves facts from his childhood, family dynamics, his thoughts, behaviors and possible beliefs, as well as the therapy to which he was submitted. The themes were grouped and commented, articulating with what is already available in the literature.

Key-words: Depression, Cognitive Behavioral Therapy, Risk factors

¹ Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná e em Avaliação Psicológica pelo Centro Universitário Filadélfia.

² Médica. Mestre em Medicina Interna pela Universidade Federal do Paraná. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Professora Adjunta de Medicina na Universidade Positivo.

³ Psicóloga. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Adjunta de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

INTRODUÇÃO

A depressão tem sua importância reconhecida por todos os campos da saúde mental, causando sofrimento e interferindo na qualidade de vida de indivíduos de diferentes faixas etárias (ANDRETTA E OLIVEIRA, 2012; BECK E ALFORD, 2011). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 2005 e 2015 o número de casos da doença teve um aumento de 18%. Atualmente cerca de 300 milhões de pessoas sofrem de depressão no mundo sendo que no Brasil esse número chega em 11,5 milhões (OMS, 2018). Suas consequências são um grande prejuízo em diferentes contextos de vida, podendo gerar incapacidade temporária ou permanente, haja vista que a mesma possui atributos de alta complexidade, cujos sintomas abarcam quatro principais aspectos: emocionais, cognitivos, motivacionais e físicos/vegetativos (ANDRETTA E OLIVEIRA, 2011; BECK E ALFORD, 2011; JIA, 2015; CUIJPERS, 2014).

De acordo com o DSM 5 (APA, 2013), os transtornos depressivos incluem diversas classificações como transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno devido a outra condição médica, transtorno depressivo especificado e não especificado. No presente estudo, o diagnóstico a ser considerado é o transtorno depressivo persistente ou distímia, no qual o indivíduo apresenta um humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias em um período mínimo de dois anos. Além do quadro deprimido, são consideradas duas ou mais das seguintes características: alteração do apetite (diminuído ou em excesso), insônia ou hipersonia, fadiga, baixa autoestima, baixa concentração ou dificuldade em tomar decisões e sentimentos de desesperança (APA, 2013).

Por ter caráter multicausal, o complexo fenômeno da depressão não possui na literatura consenso sobre um fator específico e predeterminante que o desencadeia, desenvolve ou mantém o quadro. No entanto, há um grande número de variáveis sociais, psicológicas e biológicas consideradas como fatores de risco para o mesmo (CAMPOS, PRETTE E DEL PRETTE, 2014). Sobre fator de risco entende-se que é uma variável que aumenta a probabilidade de se contrair ou desenvolver

determinada doença, sendo alguns desses fatores a desnutrição, o atraso no desenvolvimento, família desestruturada, violência, abandono, pobreza, dificuldade de acesso à saúde e educação, desordens afetivas e antissociais tanto no genitor quanto na própria criança (SAPIENZA E PEDROMÔNICO, 2005; PEREIRA et. al, 2018).

Euzébios Filho e Guzzo (2006) afirmam que fator de risco não pode ser analisado de forma mecânica e descontextualizada. Tal análise necessita de uma compreensão de diversos elementos que constituem a realidade de um indivíduo ou grupo social. Seu cotidiano, relações com o mundo, crenças e experiências formam uma realidade que fazem com que algo que se configure como risco para uns, não o seja para outros.

Tal ponto também se aplica aos fatores de proteção que não podem ser isolados. Ao contrário dos fatores de risco, fatores de proteção atuam como redutores ou neutralizadores de possíveis disfunções ou desordens que podem acometer a um indivíduo ou grupo. Os fatores de proteção podem estar relacionados a um ambiente e cuidados estáveis, qualidade dos relacionamentos, presença de habilidades voltadas à resolução de problemas, competência e eficácia. Para ambos os casos, risco e proteção, vale lembrar que os mesmos não atuam apenas na infância, mas sim em qualquer etapa do ciclo vital (SAPIENZA E PEDROMÔNICO, 2005; PEREIRA et. al 2018).

Assim, vê-se a importância de se observar a relação entre os fatores de risco e de proteção, bem como sua fase no ciclo de vida, para o planejamento e aplicação de intervenções efetivas para a depressão, visando desenvolver o potencial do indivíduo. O tratamento inicial pode ser realizado em monoterapia, com o uso de medicamentos ou de psicoterapia, visto que ambos demonstraram eficácia em ensaios clínicos randomizados (KUPFER, 2012). A combinação de psicoterapia com o tratamento medicamentoso, porém, se mostrou superior a ambos os tratamentos isolados (CUIJPERS, 2009).

A abordagem psicológica mais estudada para o tratamento da depressão é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), sendo recomendada por suas evidências em diretrizes muito usadas na prática clínica, como as da American Psychiatric Association e as da United Kingdom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (LAMPE, 2013). Técnicas da TCC demonstraram benefícios na redução dos sintomas e

na prevenção da recorrência da depressão. O benefício da TCC pode ser maior em pacientes com múltiplos episódios prévios, provavelmente devido ao fato de que fatores cognitivos não tratados são fatores de risco para recorrências. Para que a técnica funcione adequadamente, é importante que o terapeuta tenha recebido um treinamento adequado e seja experiente (LAMPE, 2013).

O reconhecimento da TCC como uma das abordagens mais recomendadas, se deve aos estudos sobre efetividade em ajudar os pacientes a gerenciar melhor o seu humor e, portanto, com benefícios que se mantêm pós-terapia (WILES et. al, 2016; JOHANSSON et. al, 2019; MORGAN et. al, 2017). Isso porque esta abordagem atua no processo de reestruturação no pensamento e no sistema de crenças que este tem sobre si mesmo, seu mundo, o futuro e as outras pessoas (BECK, 2013).

De acordo com Knapp e Rocha (2015), a TCC considera a cognição como o principal componente relacionado aos transtornos psicológicos. Isso porque ela é a função que envolve deduções sobre experiências e os eventos da vida, ou seja, constrói-se um jeito de pensar, sentir e de se comportar por meio das aprendizagens extraídas dessas experiências, conjugando as ideias, interpretações e pressupostos sobre como as pessoas e as coisas são. Assim, os fatores de risco e de proteção que os indivíduos são expostos ao longo da vida tem total influência sobre a construção de crenças, sejam elas disfuncionais ou não.

Por essa ótica, os transtornos psicológicos decorrem de um modo distorcido de perceber os eventos, sendo que essa distorção afeta a forma como a pessoa se sente e se comporta. No caso de um estado depressivo, o sujeito irá experimentar uma maneira negativa de pensar sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro (BECK, 2011; KNAPP E ROCHA, 2015).

Para a manifestação da cognição, a TCC se baseia em três níveis: o pensamento automático, as crenças intermediárias e as crenças centrais. Os pensamentos automáticos fluem na mente a partir de interpretações das situações do dia-a-dia, independente da deliberação do raciocínio. Na maior parte do tempo não há consciência deles, porém eles podem, com um pouco de treino, serem monitorados. Tais pensamentos afetam diretamente os sentimentos e comportamentos. As crenças intermediárias, também conhecidas como subjacentes

ou condicionais encontram-se no segundo nível de pensamento, ocorrendo como pressupostos, regras e crenças condicionais, como por exemplo pensamentos do tipo “se...então...”. Esse tipo de crença é mais enraizado, porém ainda tem certa maleabilidade de trabalho. Por fim, a crença central ou nuclear são as ideias e percepções consideradas pelo indivíduo como verdades absolutas e imutáveis. Esse tipo de crença não está no nível da consciência, o que quer dizer que não é articulada e dificulta a percepção de que são apenas distorções. Cada indivíduo e cada transtorno psicológico possui um sistema de pensamentos automáticos, crenças intermediárias e centrais e que necessitam de uma formulação específica, tendo em vista sua história de vida pessoal e demais fatores que a influenciam (BECK, 2011; KNAPP E ROCHA, 2015).

No caso da depressão, o modelo cognitivo básico mostra que o humor deprimido, as crenças distorcidas e os comportamentos desadaptativos se perpetuam formando um ciclo, o que dificulta a remissão dos sintomas. A TCC atua de forma a romper estes ciclos e aliviar o sofrimento do indivíduo. (ANDRETTA, OLIVEIRA, 2012). O seu tratamento é estruturado, tendo três etapas principais: iniciais, intermediárias e finais. As etapas iniciais são direcionadas para a avaliação, visando obter dados para a construção da conceitualização cognitiva. Tal avaliação deve incluir dados sobre a história considerados importantes para a compreensão dos problemas atuais. Além disso, o paciente é familiarizado quanto ao modelo cognitivo por meio de um processo chamado psicoeducação, além de conhecer um pouco mais sobre sua psicopatologia ou suas dificuldades. Também há, nessa fase, o estabelecimento da lista de problemas e de objetivos que são definidos em conjunto com o paciente o que torna o processo empírico e colaborativo. Na etapa intermediária, que é a que concentra a maior parte do processo, o paciente já conhece os seus sintomas mais invalidantes e já está familiarizado com o modelo cognitivo. As estratégias terapêuticas mais focais, planejadas com base no modelo cognitivo, são aplicadas durante essa etapa, sendo as mais utilizadas no tratamento para depressão a resolução de problemas, reestruturação cognitiva (registro e testagem de validade dos pensamentos) e o automonitoramento de forma a manter os ganhos da terapia no seu cotidiano (WEINER, PERHER e PICCOLOTO, 2015; BECK, 2011).

A eficácia e validade da TCC para tratamento da depressão é amplamente estudada e em diversos estudos ela vem se mostrando superior ao tratamento placebo e a tratamentos psicológicos alternativos, como a psicodinâmica. Outros estudos apontam que a TCC é tão eficaz quanto o tratamento com antidepressivos isoladamente e quando combinados aumenta a eficácia do tratamento (FONSECA, 2018).

Apesar da TCC ser um tratamento efetivo, ainda existe uma dificuldade no acesso à terapia presencial, devido a questões relacionadas a custos diretos e indiretos, escassez de terapeutas qualificados e a preocupações relacionadas ao estigma (ANDRADE, 2014). Assim, na tentativa de contornar este problema, nos últimos anos surgiram algumas alternativas à TCC presencial, como as técnicas baseadas na internet, tanto guiadas por um psicólogo quanto auto-guiadas (ANDERSSON, 2019). Uma metanálise recente mostrou que a TCC individual, em grupo, guiada por telefone ou pela internet tem uma efetividade comparável (CUIJPERS, 2019).

Partindo desse princípio, neste artigo, a depressão foi analisada a partir de um personagem de cinema. Os filmes, além de serem uma forma de arte e entretenimento, são um meio de comunicação em massa e podem influenciar a opinião das pessoas, inclusive no que diz respeito a doenças mentais. Retratos de doenças mentais no cinema podem perpetuar estereótipos infundados e espalhar informações erradas.

O filme *Coringa*, de grande repercussão, retrata um personagem com diagnósticos psiquiátricos e mostra as consequências de uma intervenção inadequada. Um de seus possíveis diagnósticos é de depressão e, aqui, serão descritos os fatores de risco e de proteção associados ao transtorno sob a perspectiva da terapia cognitivo comportamental, uma abordagem que fornece tratamentos baseados em evidências para a depressão (LAMPE, 2013).

METODOLOGIA

O presente estudo teve o objetivo de analisar os fatores de risco e de proteção no desenvolvimento da depressão no personagem do filme *Coringa*. A história envolve questões da sua infância, da dinâmica familiar, seus pensamentos, comportamentos e possíveis crenças, bem como a terapia a qual foi submetido. Os temas foram agrupados e comentados, articulando-se com o que já existe atualmente na literatura.

SINOPSE DO FILME

O *Coringa* é um filme ambientado em 1981 na cidade de Gotham, onde o personagem principal, Arthur Fleck, é um jovem com aspirações de comediante de stand-up que, sem oportunidades, trabalha como palhaço em uma agência de talentos para sustentar a si e a mãe (Penny) que vive com ele. Arthur possui um problema neurológico que faz com que ria em momentos inapropriados e suspeita-se que tenha também problema psiquiátrico não exposto de forma clara no filme (depressão), tendo que frequentemente buscar um serviço de assistência social para adquirir remédios.

Em um momento que estava trabalhando vestido de palhaço, Arthur é atacado por um grupo de adolescentes e um colega de trabalho lhe empresta uma arma para sua proteção. No entanto em uma apresentação para um hospital infantil a arma cai do seu bolso, Arthur é demitido e o colega que deu a arma mente dizendo que foi o próprio Arthur quem comprou. Após esse episódio Arthur retorna para casa de metrô e é agredido por três empregados da Wayne Enterprises quando, em virtude do seu problema neurológico, começa a rir e esses interpretam que era por deboche a uma tentativa de assédio em que os três estavam envolvidos. Arthur acaba atirando nos dois primeiros em legítima defesa, e depois persegue e executa o terceiro.

Tais assassinatos geram uma série de protestos em Gotham contra a classe alta onde os manifestantes usam máscaras tal como o assassino não identificado.

A partir de então, se desenrola a história onde Arthur descobre diversas questões sobre sua vida que até então estavam encobertas, comete diversos assassinatos, que provocam uma onda de protestos violentos em Gotham da classe baixa contra a classe média-alta, na qual os manifestantes estão usando máscaras de palhaço e aclamam Arthur como herói.

DESCRIÇÃO DO CASO

O personagem principal da trama é Arthur Fleck, que no decorrer do filme assume o codinome de Coringa. A sua idade exata não é mencionada, mas estima-se que o mesmo tenha por volta de 40 anos. Arthur parece sofrer de problemas neurológicos não especificados que o fazem rir em momentos inapropriados. Ele anda sempre com um cartão para apresentar às pessoas em momentos de surto e visita regularmente o serviço de assistência social para adquirir remédios.

Sua atuação profissional se dá por meio de uma companhia de palhaços, prestando serviços a terceiros, com uma renda pequena para sustentar a si e a mãe (Penny), porém tem como sonho ser comediante de stand-up. Sua rede de relacionamentos é pequena, se restringindo aos cuidados com a mãe, que está debilitada, e aos colegas de trabalho, que aparentemente tem um padrão de vida similar ao seu, ou seja, excluídos socialmente. Arthur idealiza relacionamentos com Sophie, uma vizinha que vive com a filha no mesmo prédio, bem como com o apresentador de talk show, Murray. Arthur não os conhece, mas fantasia diversas situações com eles, por exemplo, em relação ao apresentador, se imagina em seu programa e que o mesmo o acolhe como a um filho.

Em um determinado dia, Arthur estava na rua realizando o seu trabalho para uma loja quando um grupo de jovens rouba sua placa. Arthur corre atrás para reaver a mesma, e é encurralado e atacado em um beco. Ao contar o episódio ao seu patrão, sua resposta é culpabilizá-lo por ter apanhado e descontar de seu salário o valor da placa, que foi quebrada durante a agressão. Após esse episódio, um colega de trabalho de Arthur chamado Randall lhe dá uma arma para a sua proteção. No entanto, durante

uma visita a um hospital para entreter crianças, a arma cai de seu bolso. Ao tentar se explicar ao seu empregador, Randall mente que Arthur comprou a arma sozinho e ele acaba demitido. Ao voltar para casa de metrô novamente Arthur é agredido, desta vez por três executivos da Wayne Enterprises por pensarem que Arthur estava debochando deles após uma tentativa de assédio a uma moça, quando na verdade era a risada em virtude do seu problema neurológico. Para tentar se defender, atira nos dois primeiros e quando percebe que o terceiro está fugindo o persegue e assassina também. Após o assassinato, Arthur se esconde e percebe que foi identificado pela mídia como o assassino que usa roupas de palhaço, ao que reage com um sorriso. Tal episódio gera uma série de protestos na cidade, em que os manifestantes usam uma máscara de palhaço em sua homenagem. Essas cenas mostram diferentes situações que podem indicar, de um lado, percepções distorcidas da realidade por Arthur, e, de outro, contextos de inabilidade, agressividade e violência de diferentes agentes sociais envolvidos nas relações de Arthur e, inclusive, de déficits em habilidades do próprio Arthur.

A partir de então, uma série de situações desestabilizadoras ocorrem. Arthur descobre que o programa de assistência social em que estava inserido é cortado e ele ficará sem os remédios e sem acompanhamento. Durante sua conversa com a assistente social, e, antes que ela dê a notícia sobre o cancelamento do programa, Arthur comenta com ela que algum tempo atrás era como se ninguém o conhecesse e que nem ele realmente sabia que existia, dando a entender que estava falando sobre as notícias da imprensa sobre o crime, porém, como ela não compreendeu o contexto, não deu atenção. Na ocasião ele diz que ela não o ouve e que acredita que ela nunca o ouviu de verdade. Sua fala demonstra que as sessões com a assistente social não representavam um tratamento efetivo, pois ele a critica por sempre lhe fazer as mesmas perguntas e parecer não se importar muito com as respostas. Inclusive Arthur anota todo o que lhe ocorre em um diário, que nunca é sequer visto pela mesma. Ainda Arthur fala *“só o que eu tenho são pensamentos negativos”*, insinuando o seu sofrimento interior.

Na mesma noite em que seu benefício social é cortado, Arthur tem um show de stand-up e seu desempenho não foi bom, pois não conseguiu parar de rir. Durante

o show ele imagina que Sophie, sua vizinha, está com ele o assistindo. Seu fracasso é gravado e as cenas são exibidas no programa de seu ídolo, Murray. A princípio Arthur se mostra feliz ao ver sua exposição em rede nacional.

Ao chegar em casa, sua mãe pede para que ele poste uma carta no correio destinada ao dono da casa em que ela trabalhou por 30 anos, o bilionário Thomas Wayne. Arthur acaba lendo a carta e no texto sua mãe conta a Wayne que Arthur é seu filho. Arthur vai até a mansão buscar informações, mas ele é barrado no portão e acaba agredindo o funcionário que o recebe. Ao retornar à sua casa descobre que sua mãe sofreu um acidente vascular cerebral e foi internada. Arthur parece preocupado e vai até o hospital, ao que imagina Sophie junto com ele lhe dando apoio.

Arthur fica sabendo sobre um evento de caridade em que o seu suposto pai estará e se disfarça de guardador de carros para tentar contato com o mesmo. Quando o encontra, Arthur se apresenta como filho de Penny Fleck de forma gentil e respeitosa. Thomas pergunta se ele era o cara que havia ido a sua casa e diz que não é o seu pai. Complementa que nunca dormiu com Penny, que ela tem problemas mentais, esteve em um sanatório e não é a sua mãe biológica. Pergunta se o que Arthur quer é dinheiro, ao que ele diz que a sua intenção não é causar incômodo e que não entende porque todo mundo é tão ruim. Arthur diz que não quer tirar nada dele, apenas talvez um pouco de carinho, um abraço e decência. Arthur começa a rir, novamente em virtude do seu problema neurológico, e Thomas dá um soco em seu rosto.

Arthur vai até o sanatório em que sua mãe esteve internada anos atrás e rouba seu prontuário. Ao lê-lo, descobre que, de fato, foi abandonado por sua mãe biológica e que quando ele era criança, Penny tinha um namorado abusivo que agredia Arthur. Em certa ocasião, ele foi encontrado amarrado a um radiador, desnutrido e com traumatismo craniano grave. Ainda durante a infância, Penny sempre dizia para ele sorrir e fazer cara de alegre, pois acreditava que ele tinha a finalidade de trazer risos e alegria ao mundo. No entanto, quando Arthur cresceu e dizia a ela que queria ser comediante, ela questionava que *“para ser comediante não precisa ser engraçado?”*. Ao ler o relatório Arthur fica atordoado, vai até o hospital para confrontar sua mãe sobre o que leu. No momento em que ela o chama de *“Feliz”*

(apelido que ela deu a ele) ele diz a ela *“não fui feliz em um único dia da minha vida desgraçada”* e a mata asfixiada com um travesseiro.

Retornando ao seu prédio entra no apartamento de Sophie, sua vizinha, sem avisar. Quando ela vê, diz que aquele não era o seu apartamento e pede para que ele saia, ao que ele diz que teve um dia muito difícil. Nesse momento, fica claro que o romance dos dois foi idealizado por sua mente. Arthur sai do apartamento de Sophie, porém não fica claro o que ele fez e o que aconteceu. Sophie não aparece mais no filme.

Arthur fica isolado em seu apartamento quando recebe a proposta de aparecer no programa do seu ídolo, Murray, em virtude da popularidade do seu vídeo. Arthur diz que é uma ótima ideia, porém com uma expressão que passava desconfiança. Porém, quando está se vestindo e se maquiando para o show, Arthur demonstra felicidade e até dança. Antes de sair para o programa, recebe a visita de seus antigos colegas de trabalho Randall e Gary. Arthur mata Randall em virtude do episódio da arma, porém poupa Gary falando *“você foi o único bom para mim”*.

Ao chegar no estúdio Arthur pede a Murray para apresentá-lo como Coringa, como uma referência do próprio apresentador a um deboche que ele fez quando o vídeo foi ao ar. Durante a entrevista, Arthur conta piadas mórbidas e assume em rede nacional que foi o responsável pela morte dos três executivos no metrô. Arthur diz que nada o machuca mais e que sua vida não é nada além de uma comédia. Faz críticas ao sistema, diz que matou os três executivos porque eles eram horríveis, que todo mundo é horrível hoje em dia e que isso é o bastante para enlouquecer alguém. Diz que passa pelas pessoas todos os dias e que elas não ligam para ele. Que as pessoas só gritam e xingam umas as outras e que ninguém pensa como é estar no lugar do outro. Murray o confronta dizendo que ele também é uma má pessoa e Arthur diz que Murray é também uma pessoa horrível, porque expôs o seu vídeo, o convidou para o show e que só queria tirar sarro. Murray pede para que chamem a polícia, Arthur mata Murray em frente as câmeras e é preso. Mais uma vez isso causa um alvoroço na cidade com protestos violentos e pessoas com máscaras de palhaço. Uma ambulância bate no carro de polícia em que ele está, liberando-o. Ele é ovacionado pela multidão e sorri.

Tempos depois Arthur reaparece e está em um manicômio rindo sozinho. Sua psiquiatra questiona sobre o porquê da risada e ele diz que ela não entenderia. Depois disso, Arthur foge pelos corredores deixando um rastro de pegadas ensanguentadas.

DISCUSSÃO

O personagem de quadrinhos Coringa sempre chamou atenção por sua agressividade e falta de empatia. Geralmente, a ele é associado algum transtorno psiquiátrico grave, como transtorno de personalidade antissocial. Porém, no filme em questão, aparece um outro lado dessa história, tentando mostrar como a sociedade trata os indivíduos que apresentam diferenças, como características de comportamento que não se enquadram ao esperado. E como a sociedade, como parte da história de vida do sujeito, junto com a família, podem influenciar fortemente no desenvolvimento de crenças e de pensamentos desadaptativos. Diante de todos esses fatores, um diagnóstico diferencial se faz importante para um direcionamento correto do tratamento. Como diagnóstico diferencial entende-se a escolha de um único diagnóstico entre um grupo de diagnósticos que rivalizam entre si e que são mutuamente exclusivos, com a finalidade de explicar melhor determinados sintomas ou de iniciar um tratamento (APA, 2013).

Diante dos aspectos mencionados no relato do caso de Arthur, desconsiderou-se o transtorno de personalidade antissocial, visto que dentre as características diagnósticas do mesmo está a indiferença e violação dos direitos dos outros, que surge na infância ou no início da adolescência e continua durante a vida adulta. Além disso, indivíduos com esse transtorno frequentemente carecem de empatia e tendem a ser insensíveis, cínicos e desdenhosos em relação aos sentimentos, direitos e sofrimentos das pessoas. No início do filme Arthur não demonstra comportamentos agressivos, mostra-se amoroso com a mãe, educado com os colegas de trabalho, empático com a moça no metrô, simpático com pessoas na rua (como por exemplo tenta brincar com uma criança no ônibus), reluta em entrar em brigas (exemplo quando roubam a sua placa e tenta convencê-los a devolver) bem

como deseja afeto do seu pai, o que difere do comportamento típico de tal transtorno (APA, 2013).

Arthur também apresentou delírios durante o filme, porém não foi possível concluir o diagnóstico em um tipo de transtorno psicótico tendo em vista que, mesmo tendo tais sinais, seu discurso e comportamento motor não se mostravam desorganizados. Além disso, um dos critérios para esse diagnóstico é de que o mesmo seja diferenciado dos transtornos de humor quando esse seja de curta duração em relação a duração total da perturbação delirante e no caso do personagem temos evidências de que o mesmo apresentou humor rebaixado durante a vida toda (APA, 2013).

Assim chegamos ao critério diagnóstico estabelecido que é o de Transtorno Depressivo Persistente ou Distímico. O quadro para esse transtorno é o humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observado por outras pessoas, pelo período mínimo de dois anos, o que corrobora com as falas de Arthur onde o mesmo diz acreditar nunca ter sido feliz em sua vida, bem como de acordo com o seu comportamento no decorrer do filme. Além disso, há manifestação de sentimentos de desesperança, baixa autoestima e a hipótese de apetite diminuído evidenciado pela magreza do seu corpo. Tal diagnóstico também encaixa características psicóticas incongruentes com o seu humor, tais como os delírios sobre o relacionamento afetivo com a sua vizinha e o reconhecimento paternal pelo apresentador Murray no início do filme (APA, 2013).

De acordo com o DSM 5, é particularmente difícil distinguir transtornos de personalidade de transtornos mentais persistentes, como, por exemplo, um transtorno depressivo com início precoce, com curso duradouro e estável, como é o caso de Arthur. Assim, reiteramos a importância do diagnóstico, diferencial desse caso que é tão controverso (APA, 2013).

Além do transtorno depressivo, tem como hipótese que Arthur sofra de afeto pseudobulbar, uma síndrome caracterizada por episódios incontroláveis de riso ou choro, desproporcionais ao contexto social. Esses episódios podem causar constrangimento ao sujeito e à família, com consequente restrição das interações

sociais e redução da qualidade de vida. Pacientes com essa síndrome apresentam maior prevalência de transtornos psiquiátricos, incluindo a depressão.

O afeto pseudobulbar pode ser decorrente de outras doenças neurológicas, como a esclerose lateral amiotrófica, ou pode ser consequência de um traumatismo craniano (AHMED, 2013; SARTORI et al., 2008). No caso do personagem, é provável que a doença seja uma consequência de um traumatismo craniano sofrido na infância, conforme apresentado na descrição do caso. Seus episódios de riso geralmente são precipitados pelo nervosismo, ansiedade ou vergonha. O riso, a expressão externa da alegria, está, portanto, desalinhado com seu estado interno de emoções. Os ataques se tornam tão desconfortavelmente incontroláveis para Arthur que o fazem chorar, gaguejar e reagir com sons guturais. Como resultado, ele é incompreendido e ridicularizado pelas pessoas que presenciam estes ataques, o que aumenta ainda mais o seu nível de sofrimento.

Para entender melhor o funcionamento de Arthur dentro da condição depressiva foi construída a sua Conceituação Cognitiva, que é uma técnica avaliativa que norteia o trabalho da TCC, consistindo em um processo criterioso de análise dos seus conteúdos psíquicos, observação de crenças e comportamentos.

Quadro 1 – Conceituação Cognitiva: Arthur Fleck

1 – Identificação do Paciente	
Nome: Arthur Fleck	Idade: 40 anos (aproximadamente)
Profissão: Comediante	Religião: não informado
Estado civil: Solteiro	Grau de escolaridade: não informado
Número de Dependentes: 1 (mãe)	
Outras informações relevantes: Arthur sofre de problemas neurológicos, cujo possível diagnóstico é afeto pseudobulbar (episódios incontroláveis de riso ou choro, desproporcionais ao contexto social). Fez acompanhamento no serviço social da cidade do qual também recebe medicamentos, cujo nome não foi mencionado e nem para quais problemas. Possui histórico de delírios (erotomaniaco e de grandeza) e de internamentos anteriores.	
2 – Lista de Problemas	
1) Restrição das interações sociais	
2) Baixa renda/desemprego	
3) Tristeza/baixo nível de esperança	

4) Subnutrição
5) Afeto pseudobulbar (hipótese)
6) Insônia
7) Delírios de grandeza e erotomaniacos
8) Mãe doente

3 – Diagnóstico DSM 5

Transtorno Depressivo – Distímico

3 – Conceituação Cognitiva

Dados relevantes da história

- Arthur descobre por meio de uma carta da sua mãe o nome do seu suposto pai, vai até ele e é revelado que, além de ele não ser o seu pai, é filho adotivo de Penny e sobre o abandono da sua mãe biológica;
- A mãe de Arthur possui, além dos diversos problemas de saúde que exigem cuidados, problemas psiquiátricos com os quais Arthur teve que conviver durante toda a sua vida;
- Sofria abusos físicos dos namorados de sua mãe adotiva, sendo em certa ocasião encontrado amarrado a um radiador, desnutrido e com traumas severos na cabeça;
- Passou por internamento psiquiátrico anteriormente (sem informações sobre os motivos);
- Seu emprego como palhaço gera uma renda pequena, o qual mal sustenta a si e a mãe que não pode trabalhar;
- Participou de um programa social para acompanhamento com uma assistente e para receber remédios, porém em virtude de questões econômicas governamentais o benefício foi cortado e Arthur desamparado;
- Sua rede de relacionamentos é pequena, restringindo-se à mãe e aos colegas de trabalho. No início cuida de sua mãe e é amoroso com ela. Sobre os seus colegas de trabalho, não possui proximidade. Idealiza um relacionamento romântico com a vizinha e paternal com o apresentador de talk show (Murray) os quais nem o conhecem;
- Foi ridicularizado na realização do seu trabalho e já foi espancado por um grupo de jovens;
- Foi demitido do emprego após um incidente em um hospital infantil quando a arma que ganhou de um colega de trabalho cai em frente as crianças;
- Realizou uma série de assassinatos, dois deles em legítima defesa (dois empresários no metrô) e os demais devido às circunstâncias;
- Arthur é preso em um sanatório, porém foge e, a partir de então, não é mais encontrado.

Triade Cognitiva

Visão de si	Visão de mundo	Visão de futuro
-------------	----------------	-----------------

“Tudo o que tenho são pensamentos negativos” “Eu nunca fui feliz em toda a minha vida”	“Sou só eu ou está ficando mais louco por aí?” “Todo mundo está horrível hoje em dia” “O que você ganha quando combina um doente mental solitário com uma sociedade que o abandona e o trata como lixo?”	"Espero que minha morte gere mais centavos do que minha vida".
Crenças Centrais		
Desamparo, pois apresenta pensamentos que indicam que é vulnerável e vítima.		
Crenças intermediárias		
Minha vida é uma tragédia logo todas as pessoas são horríveis.		
Estratégias Compensatórias		
Manter-se sozinho, delírios erotomaníacos e de afeto, cometer assassinatos.		
Situação 1	Situação 2	Situação 3
Consulta com a Assistente Social. Arthur pergunta se ela poderia pedir ao médico para aumentar a dose dos medicamentos. Ela responde que ele já está tomando 7 diferentes.	Última consulta com a Assistente Social.	Entrevista com Murray no talk show.
Pensamentos Automáticos	Pensamentos Automáticos	Pensamentos Automáticos
“Eu só não quero me sentir tão mal” – expresso verbalmente.	“Até pouco tempo atrás é como se ninguém me visse”. “Nem eu sabia que eu existia”. “Você não me ouve, não é? Acho que você nunca me escuta de verdade”.	“Minha vida não passa de uma comédia”. “Eu matei aqueles caras porque eles eram péssimos. Todo mundo é péssimo hoje em dia” – expresso verbalmente.
Emoções	Emoções	Emoções
Raiva, tristeza (hipótese de acordo com a expressão).	Raiva (hipótese de acordo com a expressão).	Raiva, tristeza.
Comportamento	Comportamento	Comportamento
Sem reação – indiferença.	Resignação.	Assassina Murray em frente às câmeras.

4 – Pontos fortes e recursos

Possui perseverança para tocar os seus projetos, como, por exemplo, atuar em stand up comedy. Apresentou aderência ao programa de assistência social, mesmo que este fosse insuficiente. Possui desejo de formação de vínculo.

A conceituação cognitiva mostra que o personagem apresenta uma visão negativa sobre si mesmo (“tudo o que tenho são pensamentos negativos”), sobre as outras pessoas e o mundo (“sou só eu ou está ficando mais louco por aí?”; “Todo mundo está horrível hoje em dia.”; “O que você ganha quando combina um doente

mental solitário com uma sociedade que o abandona e o trata como lixo?”) e sobre futuro (“Espero que minha morte gere mais centavos do que minha vida”). Essa visão é compatível com a tríade cognitiva da depressão (BECK, 2013). O personagem luta para alcançar uma sensação de felicidade intrínseca, mas é incapaz de ativar sentimentos agradáveis dentro de si (“eu nunca fui feliz em toda a minha vida”).

Arthur apresenta diversos fatores de risco para depressão. O primeiro deles é o afeto pseudobulbar. Apresentar uma doença crônica aumenta o risco para sintomas e desordens depressivas. Em alguns casos, a depressão pode resultar dos efeitos biológicos da própria doença, como nas doenças neurológicas, ou ela pode ser mediada por mecanismos comportamentais, como o afastamento das atividades gratificantes pelas limitações impostas pela doença (SIMON 2001).

A depressão é uma complicação frequente em pacientes que tiveram traumatismo craniano. Pacientes deprimidos apresentaram uma menor capacidade de resolução de problemas e funcionamento social pior do que aqueles não deprimidos (JORGE, 2004). Como já mencionado, durante a sua infância Arthur foi encontrado amarrado a um radiador, desnutrido e com um trauma severo na cabeça. A ocorrência de abuso durante a infância é um fator de risco psicológico importante no desenvolvimento da depressão e está associado a um início mais precoce da doença, maior recorrência e a uma maior gravidade dos sintomas (TUNNARD, 2014).

A desnutrição na infância está associada a sintomas depressivos mais graves, independentemente da ocorrência de depressão materna. Ainda não se sabe se isso é um efeito direto da desnutrição no neurodesenvolvimento ou das condições domésticas e familiares daquele momento, ou se é mediada pelos seus efeitos comportamentais, como a alteração das funções cognitivas e de atenção (GALLER, 2010).

A relação de Arthur com sua mãe no início do filme é um fator protetor. Ela é fonte de um vínculo amoroso e de um propósito na vida do personagem, pois ele faz as suas compras, prepara as refeições, auxilia no banho e realmente se importa com ela. Além disso, eles assistem ao show de Murray juntos, como um ritual familiar. Depois que Arthur descobre que a sua mãe abusou dele durante a infância e que mentiu, ele a mata e acaba perdendo o único relacionamento significativo que tinha

na vida. Os aspectos da rede social estão relacionados ao prognóstico da depressão. Fazer parte de uma família maior, ter tido poucas experiências negativas com apoio de alguém próximo e apresentar sentimentos limitados de solidão tem um valor preditivo para um curso favorável da depressão. Deste modo, a dificuldade nas relações interpessoais e o isolamento social prejudicam a recuperação de um paciente deprimido (BRINK, 2017).

Vítimas de violência física estão mais propensas a desenvolverem depressão. Não há relação com a intensidade da agressão física (JOHANSEN, 2006). Este fator de risco pode ser observado logo no início do filme, quando Arthur foi agredido após ter a sua placa roubada e pela violência em que foi submetido na infância pelos namorados de sua mãe.

Arthur era desfavorecido social e financeiramente. Morava em uma casa simples e trabalhava como palhaço para sustentar a sua mãe. A baixa renda e a dificuldade financeira estão associadas a sintomas depressivos mais intensos, crônicos, bem como a um risco maior de suicídio (GILMAN, 2013). Depois do episódio de derrubar a arma enquanto entretia crianças no hospital, Arthur foi demitido. O desemprego, bem como a continuidade em um emprego precário, estão associados a um maior risco de depressão, principalmente em homens (YOO, 2016).

Arthur reconhece a sua doença (“a pior parte de ter uma doença mental é que as pessoas esperam que você se comporte como se a tivesse”) e adere a um tratamento fornecido pelo sistema público de saúde, que consiste em psicoterapia semanal com uma assistente social e farmacoterapia. Ele comparece às sessões, preenche seu diário, consegue, ainda, reconhecer quando o tratamento não está funcionando, como ilustrado pela cena em que solicita o aumento das medicações. Apesar disso, a sua terapeuta parece se concentrar em um conjunto de etapas estruturadas ou em listas de verificação sistemáticas, ao invés de se conectar com as reais necessidades do seu paciente. Ela não reconhece sinais de alerta importantes, como passagens perturbadoras em seu diário, e a frase “espero que minha morte gere mais centavos do que minha vida”. Quando ela pergunta se ajuda ter alguém para conversar, ele responde que se sentia melhor quando estava trancado no hospital. Isso indica que ele foi submetido a tratamentos intensivos e apresentou melhora. A

percepção de estar recebendo um tratamento inadequado e apresentar uma experiência negativa com o terapeuta são razões frequentes para abandono de tratamento (ANDRADE, 2014). Entretanto, este não foi o caso do protagonista, pois o seu tratamento foi suspenso pelo governo. Embora ela não fosse ideal, ele continuava aderindo e depois que ele foi interrompido o paciente apresentou uma piora significativa.

Conforme mencionado anteriormente, a TCC é reconhecida como padrão ouro no tratamento para a depressão, visto os inúmeros estudos sobre efetividade, tendo em vista que a mesma atua na reestruturação do pensamento e no sistema de crenças, com a manutenção dos benefícios pós-terapia (BECK, 2013; WILES et. al, 2016; JOHANSSON et. al, 2019; MORGAN et. al, 2017). Ao observar a conceituação cognitiva do caso de Arthur, é possível levantar um plano de tratamento que consiste em:

- a) Foco no estabelecimento da relação terapêutica;
- b) Estabelecimento, em conjunto com Arthur, da lista de problemas;
- c) Estabelecimento, também em conjunto com Arthur, da lista de objetivos;
- d) Psicoeducação sobre a depressão, utilização de fármacos e sobre a TCC;
- e) Aplicação do Inventário de depressão e ansiedade de Beck;
- f) Psicoeducação sobre técnicas para alívio de sintomas emergentes, como, por exemplo, técnicas de respiração e relaxamento para momentos de estresse;
- g) Feedbacks em cada sessão, como norteador do entendimento e da eficácia dos conteúdos trabalhados;
- h) Aumento de atividades prazerosas, visando ajudar no equilíbrio da produção de neurotransmissores envolvidos na depressão;
- i) Identificação e modificação de pensamentos distorcidos, com a utilização do diário que já é conhecido de Arthur, instruindo também sobre a utilização do Registro de Pensamentos Disfuncionais;
- j) Aplicação de técnicas para levantamento de evidências sobre tais pensamentos, como, por exemplo, o questionamento socrático;
- k) Identificação de crenças intermediárias e crenças centrais com aplicação de técnicas, como a flecha descendente;

- l) Reestruturação cognitiva com aplicação de técnicas, de acordo com os conteúdos de cada sessão e psicoeducação para que Arthur consiga aplicar essas mesmas técnicas sozinho, como tarefa de casa;
- m) Aplicação de técnicas comportamentais, de acordo com os conteúdos de cada sessão, a fim de aumentar o repertório de Arthur, de acordo com a lista de objetivos;
- n) Atuação na prevenção à recaídas, com revisão da lista de objetivos, das estratégias aprendidas e reaplicação dos questionários de depressão e ansiedade.

Uma outra possibilidade para o caso de Arthur, assim como de muitas outras pessoas que tem dificuldade de acesso ao tratamento em virtude de custos diretos e indiretos e à disponibilidade de terapeutas qualificados, seria o uso de técnicas inovadoras com um menor custo e um maior alcance, como a TCC baseada na internet, seja ela guiada por um terapeuta à distância ou autoguiada (MORGAN, 2017).

O propósito final do tratamento de Arthur, como de qualquer pessoa que passa pelo tratamento da TCC, é aumentar o nível de automonitoramento sobre os pensamentos, checando a veracidade ou validade, por meio da resolução de problemas mais racionais. Assim é possível ter as tecnologias necessárias para que o paciente possa ser o seu próprio terapeuta e prevenir recaídas futuras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história de Arthur retrata a interação de fatores de risco e de proteção no desenvolvimento do transtorno mental, particularmente a depressão. No início do filme, prevaleciam os fatores de proteção, como o vínculo com a mãe, a adesão ao tratamento e o trabalho. Porém, no decorrer da trama, prevalecem os fatores de risco, com a suspensão da terapia e dos medicamentos, o desemprego, a violência sofrida na infância, no metrô e no show do Murray quando seu vídeo foi publicado. A partir daí, começa a ocorrer uma piora progressiva do quadro clínico do personagem,

culminando no assassinato de várias pessoas. Apesar disso, o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial não se estabelece como nas outras histórias do Coringa, visto que o personagem atual demonstrou carinho, empatia, simpatia e desejo de afeto em várias situações.

Uma opção de tratamento para Arthur poderia ter sido a TCC, uma abordagem efetiva para a depressão. Porém, devido a questões relacionadas a custos diretos e indiretos e à escassez de terapeutas, há uma dificuldade no acesso à terapia presencial, não só no mundo fictício do personagem, mas também na vida real. Na tentativa de contornar este problema, nos últimos anos surgiram algumas alternativas à TCC presencial, como as técnicas baseadas na internet, tanto guiadas por um psicólogo quanto auto-guiadas. Técnicas, essas, assim como a TCC tradicional, também baseadas em evidências de benefício aos pacientes.

REFERÊNCIAS

AHMED, A.; SIMONS, Z. Pseudobulbar affect : prevalence and management. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, p. 483–489, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ANDERSSON, G.; TITOV, N.; DEAR, B. F.; ROZENTAL, A.; CARLBRING, P. Internet-delivered psychological treatments : from innovation to implementation. **World Psychiatry**, v. 18, n. February, p. 20–28, 2019.

ANDRADE, L.; JJ, C.-A.; BERGLUND, P. The epidemiology of major depressive episodes : results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. **Int J Methods Psychiatr Res**, [s. l.], v. 12, n. 1, 2003.

ANDRADE, L.; ALONSO, J.; MNEIMNEH, Z. Barriers to mental health treatment : results from the WHO World Mental Health surveys. **Psychological Medicine**, v. 44, p. 1303–1317, 2014.

ANDRETTA, I; OLIVEIRA, M.S. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

BRINK, R. H. S. VAN DEN; SCHUTTER, N.; HANSSEN, D. J. C.; ELZINGA, B. M. Prognostic significance of social network , social support and loneliness for course of major

depressive disorder in adulthood and old age. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, p. 1–12, 2017.

BECK, A.; ALFORD, B. A. **Depressão: causas e tratamento**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CAMPOS, J.; PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. (2014). Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. 14. 10.12957/epp.2014.12645.

CUIJPERS, P.; VAN STRATEN, A.; WARMERDAM, L.; ANDERSSON, G. Psychotherapy and psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. **Depression and Anxiety**, v. 26, p. 279–288, 2009.

CUIJPERS, P.; VOGELZANS, N.; TWISK, J. Comprehensive Meta-Analysis of Excess Mortality in Depression in the General Community Versus Patients With Specific Illnesses. **Am J Psychiatry**, , n. 15, p. 453–462, 2014.

CUIJPERS, P.; NOMA, H.; EIRINI, K. Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression A Network Meta-analysis. **JAMA Psychiatry**, p. 1–8, 2019.

EUZÉBIOS FILHO, A.; GUZZO, R.S.L. Fatores de risco e proteção: percepção de crianças e adolescentes. *Temas em Psicologia*, v.14, n.2, p.125-141, 2006.

FONSECA, M. A. C. **Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento da depressão**. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Medicina. UBI, 2018.

GALLER, J. R.; BRYCE, C. P.; WABER, D.; et al. Early childhood malnutrition predicts depressive symptoms at ages 11 – 17. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 7, p. 789–798, 2010.

GILMAN, S. E.; BRUCE, M. L.; TEN, T.; REYNOLDS, C. F.; ALEX, I. I. I. Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 48, p. 59–69, 2013.

JIA, H.; ZACK, M. M.; THOMPSON, W. W.; CROSBY, A. E.; GOTTESMAN, I. I. Impact of depression on quality-adjusted life expectancy (QALE) directly as well as indirectly through suicide. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, 2015.

JOHANSEN, V. A.; WAHL, A. K.; EILERTSEN, D. A. G. E.; HANESTAD, B. R.; WEISAETH, L. Acute psychological reactions in assault victims of non-domestic violence: Peritraumatic dissociation, post-traumatic stress disorder, anxiety and depression. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 60, n. 7, p. 452–462, 2006.

JORGE, R.; ROBINSON, R.; MOSER, D.; et al. Major Depression Following Traumatic Brain Injury. **Archives of General Psychiatry**, v. 61, p. 42–50, 2004.

KESSLER, R. C. et al. **Development of Lifetime Comorbidity in the World Health Organization World Mental Health Surveys.** [s. l.], v. 68, n. 1, p. 90–100, 2015.

KNAPP, P.; ROCHA, D. B. **Conceitualização cognitiva:** modelo de Beck in: *Psicoterapias : cognitivo-comportamentais CAMINHA e colaboradores*, 2015.

KUPFER, D. J.; FRANK, E.; PHILLIPS, M. L. Major depressive disorder : new clinical , neurobiological , and treatment perspectives. **The Lancet**, v. 379, n. 9820, p. 1045–1055, 2012. Elsevier Ltd.

LAMPE, L.; CM, C.; PSYCHOLOGICAL, B. L. Clinical overview Psychological management of unipolar depression. **Acta Psychiatr Scand**, v. 127, p. 24–37, 2013.

LYNCH, D.; LAWS, K. R.; MCKENNA, P. J. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder : does it really work ? A meta-analytical review of well-controlled trials. **Psychological Medicine**, v. 40, p. 9–24, 2010.

MORGAN C, MASON E, NEWBY JM, MAHONEY AEJ, HOBBS MJ, MCALOON J, ET AL. The effectiveness of unguided internet cognitive behavioural therapy for mixed anxiety and depression. **Internet Interventions**. 2017;10:47–53.

PEREIRA, A. S. et al . Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 11, p. 3767-3777, nov. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103767&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>.

SAPIENZA, G. PEDROMÔNICO, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, 10(2), 209-216.

SARTORI, H. C. S.; BARROS, T.; TAVARES, A. Transtorno da expressão emocional involuntária. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 35, n. 1, p. 20-25, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 14 June 2020. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100004>.

SIMON, G. Treating depression in patients with chronic disease. **Western Journal of Medicine**, , n. 175, p. 292–293, 2001

TUNNARD, C.; RANE, L. J.; WOODERSON, S. C.; et al. The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 152–154, p. 122–130, 2014.

WAINER, R.; PERGHER, G. K.; PICCOLOTO, N. M. **Terapia Cognitivo-Comportamental das Depressões** in: *Psicoterapias : cognitivo-comportamentais CAMINHA e colaboradores*, 2015.

WILES NJ THOMAS L TURNER N ET AL. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: follow-up of the CoBaIT randomised controlled trial. **Lancet Psychiatry**. 2016; 3: 137-144

YOO, K.; PARK, E.; JANG, S.; et al. Association between employment status change and depression in Korean adults. **BMJ Open**, p. 1–8, 2016.