

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

SILBERTO DA SILVA SALES

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO:
ATUAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

NATAL/RN

2017

SILBERTO DA SILVA SALES

**TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO:
ATUAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Centro Universitário do
Rio Grande do Norte – UNI-RN como
requisito final para obtenção do título de
bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. M.Sc. Marianna Carla
Maia Dantas de Lucena.

NATAL/RN

2017

SILBERTO DA SILVA SALES

**TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO:
ATUAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Relatório final de estágio supervisionado
apresentado como requisito necessário
para a obtenção do título de Psicólogo do
Centro Universitário do Rio Grande do
Norte- UNI-RN.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. M.Sc. Marianna Carla Maia Dantas de Lucena
Orientadora

Psicóloga Sandra Maria Vasconcelos Uchôa
Leitora

Profa. Rocelly Dayane Teotônio da Cunha Souza
Coordenadora do curso de psicologia

AGRADECIMENTOS

Ao resgatar minhas lembranças do que foi cursar Psicologia, não podia deixar de pontuar meu agradecimento a Deus, por me dar o potencial para levar a diante algo tão grandioso.

Agradeço ao meu companheiro Evanoel Melo, que mais que tudo é um homem de fé, e me fez seguir dia após dia minha jornada, ao meu querido pai Saulo Sales que sempre depositou em mim total confiança, e está no céu vibrando com minhas conquistas, a minha querida mãe Celeste Sales, também as minhas irmãs Sônia Pessoa e Silésia Passos, sobrinhos e cunhados que sempre torceram por mim. Aos amigos que fiz, e que quero levar para a vida; Janaína Patrícia e Laize Grillo.

Por fim, aos mestres que se empenharam com paciência e muita generosidade, o professor Eudes Basílio Alencar, Diego Macedo Gonçalves e especialmente a professora Marianna Carla Maia Dantas de Lucena, que me acolheu, acreditou na minha forma de ser e estar no mundo acadêmico.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo registrar a experiência de um atendimento clínico em Terapia Cognitivo-comportamental a uma pessoa que padece de Transtorno Obsessivo Compulsivo, como também seus resultados e observações. Tal intervenção se deu no decorrer do ano de 2017 nas Clínicas Integradas da UNI-RN, como estágio de conclusão do curso de Psicologia, tendo como base e pressupostos da abordagem Cognitivo-Comportamental, ética e respeito ao paciente que procurou ajuda. O campo de estágio, demanda do paciente e intervenções foram levados em consideração para tal intervenção. O relato da intervenção, como também os seus resultados, adveio com o objetivo de pôr em prática conhecimentos teóricos adquiridos no decorrer da graduação. A pessoa atendida foi submetida aos procedimentos inerentes à psicoterapia pela abordagem Cognitivo-Comportamental, por meio da psicoeducação, questionamento de pensamentos automáticos e exposição gradativa de forma segura as situações que desencadeavam suas compulsões, trazendo maior qualidade de vida.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Terapia de Exposição e Prevenção de Resposta.

ABSTRACT

This work aims to record the experience of a clinical care in Cognitive-Behavioral Therapy to a patient suffering of Obsessive Compulsive Disorder, as well as their results and observations. This intervention took place during the course of 2017 in clínicas integradas do UNI-RN, as a stage of completion of the Psychology course, based on the assumptions of the Cognitive-Behavioral approach, ethics and respect for the patient who sought help. The field of stage, patient demand and interventions were taken into account for such intervention. The report of the intervention as well as its results came with the objective of making the practice the theoretical knowledge acquired during the graduation. The patient attended was subjected to the procedures inherent to psychotherapy through the Cognitive-Behavioral approach, through psychoeducation, questioning of automatic thoughts and gradually exposing the situations that triggered their compulsions, bringing a higher quality of life.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy. Obsessive-compulsive Disorder. Exposure Therapy and Response Prevention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA	8
2.1 A HIPÓTESE DE ACESSO	9
2.2 A HIPÓTESE DE MEDIAÇÃO	9
2.3 A HIPÓTESE DE MUDANÇA.....	9
2.4 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	12
2.4.1 Visão cognitiva do TOC	13
3 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	14
4 PRINCIPAIS TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	15
4.1 PSICOEDUCAÇÃO	15
4.1.1 Descoberta guiada	15
4.1.2 Registro de pensamentos disfuncionais.....	15
4.1.3 Exposição com prevenção da resposta	15
5 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	16
6 RELATO DE CASO	17
6.1 PRIMEIRA SESSÃO	17
6.2 SEGUNDA SESSÃO	18
6.3 TERCEIRA SESSÃO.....	18
6.4 QUARTA SESSÃO	19
6.5 QUINTA SESSÃO	20
6.6 SEXTA SESSÃO	20
6.7 SÉTIMA SESSÃO	21
6.8 OITAVA SESSÃO.....	22
7 PROJETO DE INTERVENÇÃO	24
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de Conclusão de Curso registra o atendimento clínico, feito integralmente nas dependências das Clínicas Integradas da UNI-RN. Realizado no ano de 2017, com previsão de término, sob a forma de estágio supervisionado pela professora Mestra. Marianna Carla Maia Dantas de Lucena, contribuindo com a sociedade viabilizando atendimento psicológico de baixo custo financeiro, possibilitando uma elaboração entre a teoria aprendida em sala de aula e a realidade da prática na clínica. A clínica Integrada da UNIRN dispôs de estrutura ideal para que o atendimento psicológico convencional, com sessões semanais em média de 50 minutos de duração.

Neste atendimento a escuta da queixa do paciente se deu de forma paciente e atenta. O paciente chegou precisando de ajuda devido aos prejuízos causados pelo Transtorno Obsessivo-Compulsivo em vários aspectos da sua vida.

A escolha da teoria Cognitivo Comportamental (TCC) como abordagem do estágio obrigatório se deu por tratar-se de uma teoria cuja eficácia é comprovada por trabalhos científicos, já que a conceituação cognitiva de cada paciente é orientada por objetivos, foco, é estruturada e educa os seus pacientes a conhecer, verificar e questionar seus conflitos e problemas, “ser autônomo”. De forma colaborativa entre terapeuta e paciente pode-se chegar a uma elaboração única de tratamento para cada paciente.

De acordo com a Terapia Cognitivo-Comportamental as conclusões que o indivíduo chega em relação a si, ao outro e sobre o mundo, determinam suas emoções e comportamentos. Algumas destas conclusões podem estar equivocadas gerando pensamentos, emoções e comportamentos chamados de disfuncionais, causando sofrimento (BECK, 2013). Partindo deste ponto, ao ensinar ao paciente a questionar tais pensamentos e emparelhá-los com evidências mais próximas da realidade, o paciente pode mudá-los, levando a uma reestruturação cognitiva, e consequentemente, readaptando suas emoções e comportamentos

2 REVISÃO DE LITERATURA

Pode-se afirmar que a Terapia Cognitiva, como um sistema de psicoterapia, surgiu na década de 60 quando Aaron T. Beck conduziu estudos empíricos com a intenção testar os princípios psicanalíticos, em particular o modelo que explicava a depressão como agressão retroflexa do indivíduo contra si. Os resultados negativos, que contrariaram as expectativas supostamente imutáveis da psicanálise, o direcionaram a não confirmação desse modelo. Naquela altura, Beck propôs um novo modelo, o modelo cognitivo de depressão, o qual evoluiu em seus aspectos teóricos, resultando na proposição de um novo sistema de psicoterapia (WRITE, 2008).

Sendo um de seus princípios a forma como nossas cognições influenciam diretamente na emoção, e que o nosso comportamento também atua nas nossas cognições, pode-se perceber que essa ideia remonta a filósofos estoicos como Epíteto: “os homens não se perturbam pelas coisas que acontecem, mas sim pelas opiniões sobre as coisas” (EPITECTUS, 1991, p. 14).

Ou também, ao líder Budista contemporâneo Dalai Lama (1999):

Se pudermos reorientar nossos pensamentos e emoções e reorganizar nosso comportamento, então poderemos não só aprender a lidar com o sofrimento mais facilmente, mas, sobretudo e em primeiro lugar, evitar que muito dele surja.

Beck foi a primeira pessoa a desenvolver completamente teorias e métodos para aplicar as intervenções cognitivas e comportamentais a transtornos emocionais (BECK, 1963, 1964). Iniciando com a ideia de reestruturação com vistas a um estilo saudável de pensamento, ou seja, desenvolver processos cognitivos conscientes. Ao longo do tempo, a terapia cognitivo-comportamental foi se sedimentando com aprofundamentos irrefutáveis acerca da influência do cognitivismo sobre as emoções e comportamentos e evidências científicas que indicavam sua eficácia em variadas psicopatologias (BECK, 2013).

Sobre alguns princípios que estão presentes em todos os tratamentos Cognitivo-Comportamentais, Dobson (2010) nos propõe as seguintes considerações:

2.1 A HIPÓTESE DE ACESSO

Afirma que o pensamento e o seu processo pode ser conhecido. Que os pensamentos não são “inconscientes” ou “pré-conscientes” e não são indisponíveis à consciência. Que, com a prática e atenção, as pessoas podem se tornar conhecedoras de seu próprio pensamento.

2.2 A HIPÓTESE DE MEDIAÇÃO

Os nossos pensamentos são mediadores de nossas respostas emocionais em nosso cotidiano. O modelo Cognitivo-Comportamental salienta o modo como nós construímos ou pensamos o acontecimento, assim, é crucial para a forma como nos sentimos. Desse modo, são nossas cognições ou pensamentos que influenciam diretamente nossos padrões comportamentais em várias situações da vida. Por exemplo; ao sentimo-nos ansiosos provavelmente estaremos pensando que esta situação nos é ameaçadora. Diante de uma “cognição de ameaça” temos a tendência de evitar tal comportamento, este modo se retroalimenta por toda a nossa vida.

2.3 A HIPÓTESE DE MUDANÇA

Que se deduz das duas ideias anteriores, concorda que, pelo fato de as cognições terem a possibilidade de ser mediadoras para respostas à situações da vida. Desse modo, podemos então modificar intencionalmente a forma pela qual nos comportamos e sentimos diante a vida. Podemos nos tornar mais próprios e funcionais, mais adaptados por meio da compreensão de nossas reações emocionais e comportamentais, utilizando estratégias cognitivas sistematicamente para este fim.

O movimento cognitivo-comportamental também endossa uma perspectiva filosófica geral chamada de “hipótese ou conjectura realista” (HELD, 1995; DOBSON; DOZOIS, 2001). Embora haja visões diferentes sobre esse tema na terapia cognitivo-comportamental, a premissa da conjectura realista é que um “mundo real” ou uma realidade objetiva existe, independentemente de sabermos ou não. Nesse caso, as pessoas podem vir a conhecer o mundo mais apropriadamente

e operar no modo desses princípios. Em suma, podemos dizer que uma avaliação mais acurada do mundo eleva a pessoa a algo mais próximo de suas demandas, indicando uma boa saúde mental. Caso uma pessoa venha a perceber equivocadamente a situação ao seu redor, poderia gerar ações desconcertadas em relação a seu ambiente social. Como resultado, há uma tendência a experimentar consequências emocionais e interpessoais também desconectadas. Mesmo não sendo possível que a pessoa conheça seu mundo perfeitamente, a pessoa que vê o mundo de forma distorcida ou que não consegue ver as situações como elas são, poderá enfrentar maiores dificuldades. Além da atenção dada aos pensamentos relativos a situações específicas, também se reconhece que os padrões de pensamentos, ideias, hipóteses e esquemas advêm das nossas experiências com o ambiente social e afetam o modo como vemos o mundo.

Knapp (2004) traz que as pessoas pensam, sentem e reagem diferentemente, se pensarmos que cada pessoa formula para si, conclusões em relação a ela mesma, do mundo, dos outros e do futuro podemos afirmar que a pessoa é um construto único, não acabado e em constante movimento, tal fato propicia potencialmente reestruturações propostas nas terapias Cognitivo-Comportamentais.

O modelo Cognitivo-Comportamental propõe que o pensamento gera o sentimento que desencadeia um comportamento correspondente, e que os processamentos de informação podem se dar de forma funcional ou disfuncional, no caso dos transtornos psicológicos de forma disfuncional. Desse modo, o objetivo é trabalhar em níveis as cognições disfuncionais, a partir do nível mais superficial que são os pensamentos automáticos.

Os pensamentos automáticos: são abruptos aos acontecimentos disparadores ou gatilhos, que não passam por uma avaliação consciente, comumente irrealistas e equivocados. Esses correspondem a algo mais profundo que chamamos de sistema de crenças

A crença subjacente ou crença-regra; tem como função proteger e manter uma outra crença, está muito mais “arraigada” adquirida geralmente na infância, a Crença Central ou Nuclear. As crenças subjacentes atuam como uma condição, pode ser pensada como se...então... como o exemplo abaixo:

“Se eu ficar calado então me chamarão de bom garoto”

“Preciso ser submisso ao chefe senão serei trocado”

A Crença Central ou Nuclear; são constatações, verdades absolutas, rígidas construídas em tenra idade e que se mantêm em construção ao longo da vida. As crenças nucleares são as lentes pelas quais as pessoas enxergam, entendem e agem no mundo, consigo e com o outro. São rígidas pela dificuldade de flexibilizá-las no processo psicoterápico, pois estas são a forma de ser daquela pessoa.

A forma de ser da cada pessoa é abarcada de forma estruturada pela Teoria Cognitivo-Comportamental na Psicoterapia por meio de uma conceitualização cognitiva de caso, que objetiva o engajamento do cliente, garantindo que o melhor do conhecimento disponível ajudará a definir técnicas indicadas para cada caso.

Sobre a conceitualização cognitiva:

Conceitualização de caso é um processo em que terapeuta e cliente trabalham em colaboração para primeiro descrever e depois explicar os problemas que o cliente apresenta na terapia. A sua função primária é guiar a terapia de modo a aliviar o sofrimento do cliente e a desenvolver a sua resiliência (KUYKEN, WILLEM, 2010).

Segundo Kuyken (2010) as dez funções da Conceitualização de Caso na TCC possibilitam que a estratégia da intervenção passe a ser mais fidedigna, com reais possibilidades de sucesso com aplicação das técnicas psicoterápicas Cognitivas-Comportamentais, uso dos pontos fortes do cliente e resiliência, como também:

1. Sintetiza a experiência do cliente, a teoria e a pesquisa em TCC.
2. Normaliza os problemas apresentados e é validante.
3. Promove o engajamento do cliente.
4. Torna inúmeros problemas complexos mais manejáveis.
5. Orienta a escolha, o foco e a sequência das intervenções.
6. Identifica os pontos fortes do cliente e sugere formas de desenvolver a resiliência.
7. Sugere intervenções mais simples e com maior custo-benefício.
8. Antecipa e aborda os problemas na terapia.
9. Ajuda a entender a não resposta em terapia e sugere rotas alternativas para a mudança.
10. Possibilita uma supervisão de alta qualidade.

2.4 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

Na quinta edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (AMERICAN..., 2014, p. 237), o TOC se caracteriza por obsessões e/ou compulsões recorrentes que prejudicam substancialmente o funcionamento cotidiano. As obsessões são “pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento”. Entre as obsessões mais comuns, estão: pensar repetidas vezes sobre ter prejudicado os outros, preocupações com contaminações ou duvidar sobre ter fechado a porta de casa.

As compulsões são “comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas” (AMERICAN..., 2014, p. 237). No DSM-5, o TOC é classificado na categoria “transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados” que destacam a semelhança formal e funcional entre o TOC e várias outras doenças que envolvem ansiedade intensa e compulsões associadas, bem como os que envolvem comportamentos repetitivos que parecem ser conduzidos por impulsos de apetência (p. ex., tricotilomania [arrancar o cabelo], escoriação [skin-picking] (AMERICAN..., 2014). No DSM V, a relação funcional entre obsessões e compulsões é reforçada, já que as obsessões são definidas como pensamentos, imagens ou impulsos que causem ansiedade ou aflição intensos, e as compulsões são definidas como ações explícitas (comportamentais) ou implícitas (mentais) realizadas como tentativa de reduzir a aflição causada por obsessões ou por regras rígidas. Essa modificação é sustentada por conclusões do estudo de campo do DSM-IV sobre TOC, na qual 90% dos participantes informaram que o objetivo de suas compulsões era impedir os problemas associados a suas obsessões ou reduzir a aflição causada por elas (FOA et al., 1995)

O DSM-V traz que os indivíduos com TOC podem ter associação com transtorno bipolar ou depressivo em 63% dos casos (DSM V).

2.4.1 Visão cognitiva do TOC

Pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) funcionam de forma que pensamentos automáticos negativos catastróficos influenciam e mantêm os rituais compulsivos. Segundo McFall Wollersheim (1979) o conteúdo cognitivo das crenças regras sobre certo e errado, levam os portadores de TOC evitarem experiências, pois: “errar é fracassar”, “quem erra deve ser criticado”, “devo controlar todo o ambiente que me circunda”. Até mesmo achar que poderes mágicos e ruminações mentais podem evitar ou neutralizar catástrofes.

Cordioli (2014) diz que tal comportamento indica que há responsabilidade em provocar ou prevenir eventos importantes, trazendo inclusive a culpa por não evitá-lo. Ao subestimar um acontecimento, a pessoa com TOC subestima também a sua capacidade de enfrentamento, muito pelo pensamento de perfeição, simetria, certeza e controle de pensamentos, causando rigidez que leva a determinação de seguir a risca o que pensa, sem flexibilidade. Ao supervalorizar os pensamentos obsessivos, o sujeito antecipa emoções desagradáveis que geram esquiva e evitações. Dessa forma, se torna mais difícil que a pessoa que tem TOC a possa questionar crenças de que poderá perder o controle, morrer e causar danos aos outros, perpetuando o transtorno. Algumas crenças relevantes no TOC são: necessidade de hipervigilância dos eventos mentais, crenças moralistas de que controlar os pensamentos é uma virtude, crença de que falta de controle resulta em consequências graves tanto psíquicas quanto comportamentais, crenças sobre a eficiência imediata e o sucesso futuro no controle dos pensamentos.

3 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O uso de medicamentos serotoninérgicos no tratamento de TOC recebeu muita atenção entre os antidepressivos tricíclicos, a clomipramina (CMI) foi o mais estudado. Em estudos controlados, foi considerada repetidas vezes superior ao placebo (p. ex., De Veugh-Geiss, Landau e Katz, 1989). Resultados semelhantes foram obtidos com inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs), fluoxetina, fluvoxamina e sertralina. Cada uma dessas medicações foi aprovada pela U.S. Food and Drug Administration (FDA) como tratamento para TOC em adultos. Como um todo, esses estudos sugerem que até 60% dos pacientes apresentam alguma resposta ao tratamento com ISRSs. (AMERICAN..., 2014).

4 PRINCIPAIS TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

4.1 PSICOEDUCAÇÃO

Elemento crucial da TCC estratégia importante para instruir e motivar o paciente no intuito de conseguir a sua adesão a um tratamento que no início será de muita ansiedade, prevendo tais sentimentos, o paciente se sentirá mais bem assistido, e presente, evitando sobressaltos no decorrer das dificuldades inerentes ao processo terapêutico, Knapp (2004).

4.1.1 Descoberta guiada

Descobrir através de perguntas é a finalidade desta técnica, fazer com que o paciente identifique soluções, evidencias para que recursos sejam percebidos em direção a algo mais próximo de um significado que pode ser verdadeiro ou não, verificar evidencias, Knapp (2004).

4.1.2 Registro de pensamentos disfuncionais

Ao registrar os pensamentos disfuncionais logo quando estes acontecem no decorrer do dia, tais alterações tanto emocionais quanto fisiológicas fora do ambiente terapêutico poderão ser verificados de forma mais fidedigna em comparação a um simples relato solicitado pelo terapeuta, Knapp (2004).

4.1.3 Exposição com prevenção da resposta

Trata de colocar o paciente em contato com a situação temida, que seja o desencadeador do transtorno, com o objetivo de promover uma reavaliação da validade, agora por uma nova vivência mais coerente com a realidade (Knapp, 2004).

5 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

A partir de um desejo de apresentar uma Psicologia comprovável, o homem aprimorou pesquisas anteriores, iniciadas por Freud, sempre com o objetivo da remissão do sofrimento. Surge a Teoria Cognitivo-Comportamental na qual percebe que interpretações de certas experiências da vida podem estar distorcidas, gerando emoções e comportamentos também distorcidos. Ao questionar tais interpretações, usando evidências mais realistas tais interpretações eram desmistificadas gerando emoções e comportamentos funcionais, sendo estas eficazes propiciando ao paciente uma genuína reestruturação.

A teoria Cognitivo-Comportamental prestigia diversos tipos de pacientes, crianças, adultos, idosos, com diversos níveis de escolaridade e de renda, de maneira individual, grupal, como terapia de casal ou familiar. As sessões costumam durar em torno de 50 a 60 minutos, com variantes de acordo com a demanda do paciente.

Sob a orientação e supervisão da professora Marianna Carla Maia Dantas de Lucena, os atendimentos foram realizados ao longo de 2017 nas Clínicas Integradas de Saúde do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN), com o objetivo de acolher o paciente, possibilitar a reavaliação de pensamentos apresentados como disfuncionais, utilizar técnicas relativas a TCC e propiciar melhora de sua qualidade de vida, em um ambiente seguro.

As Clínicas Integradas, que ocupam o espaço construído em 1.542,80m², disponibiliza 64 consultórios confortáveis com equipamentos modernos. As práticas são supervisionadas pelos docentes de cada especialidade, contribuindo para o amadurecimento profissional e postura humanizada no atendimento ao cliente. São oferecidos os serviços de atendimentos em grupo e individual, ludoterapia, hidroterapia (piscina térmica), fisioterapia em neurológica, ortopedia e traumatologia, reumatologia, pediatria, angiologia, ginecologia, cardiorrespiratória e dermatofuncional, e procedimentos básicos de Enfermagem como troca de curativos, entre outros serviços em Saúde. Toda a acessibilidade necessária para as pessoas com dificuldade de locomoção é garantida no espaço, que possui ainda um elevador adaptado.

6 RELATO DE CASO

6.1 PRIMEIRA SESSÃO

O paciente, que aqui vamos chamar de Paulo, é adulto do sexo masculino com a faixa etária entre 27 e 30 anos, é natural de Natal, Rio Grande do Norte, tem nível superior de escolaridade, cursou Marketing, é evangélico, casado e está a esperando seu primeiro filho para outubro deste ano. Trabalha em uma grande empresa e ocupa um cargo de muita responsabilidade, comandando mais de cem pessoas. Procurou auxílio psicológico sob recomendação do seu Psiquiatra que o diagnosticou com Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno Bipolar devido às queixas que apresentou ao especialista. Está em uso de CARBAMAZEPINA 200mg. 1 vez ao dia à noite, STAVIGILE (MODAFINILA) 100mg. 1 vez ao dia pela manhã.

Relatou sempre ter sido chamado de ansioso e instável durante toda a sua vida, sempre passou por uma gangorra de sentimentos, ora estava muito estimulado, traçando planos, ora estava totalmente sem energia e sem esperança em qualquer que fosse a atividade que começara. Ultimamente a cerca de quatro meses alguns novos elementos foram aparecendo muito lentamente, e agora sente que precisa urgentemente de ajuda. Paulo começou a perceber os sintomas de TOC quando estava lendo e-mails em seu escritório, quando abruptamente um dos seus subordinados fez uma pergunta classificada por Paulo como “óbvia demais”, principalmente para tal subordinado, haja visto a sua experiência. Paulo lembra que ficou extremamente irritado com a natureza da pergunta, e que desde aquele momento não conseguia deixar de ler e reler o e-mail durante horas, e assim tem sido há quatro meses. O paciente apresentou um alto grau de ansiedade, ficava inquieto, mexendo as pernas e os dedos, falou sobre a possibilidade de ficar incapacitado para o trabalho e que isso seria horrível para ele. Por essa razão Paulo definiu sua meta em: “Gostaria de poder ler só por prazer”, estabelecendo como foco inicial de seu acompanhamento o controle dos seus sintomas de TOC, e pela sua desistência ao processo não foi possível abordar os demais.

Realizei a escuta terapêutica, fiz psicoeducação acerca do TOC, pois havia questões relativas a uma incapacidade determinada para os portadores do TOC. Foi passado o modelo cognitivo e como seria o processo da psicoterapia e a colaboração e empenho dos envolvidos. Ao solicitar um *feedback* com um breve

resumo da sessão pude verificar que havia grande interesse, compreensão e o início de um bom vínculo terapêutico por parte de Paulo.

6.2 SEGUNDA SESSÃO

Paulo chegou para a sessão se sentindo esperançoso, com um humor classificado por ele como ótimo. Aproveitei para saber mais sobre o que é humor ótimo para ele, que respondeu ser o fato de que está fazendo algo para o seu bem-estar e ver que está funcionando, o parabeneizei por isso. Em relação à sessão anterior Paulo conseguiu relatar bem os sintomas, nesse momento expliquei melhor a estrutura das sessões e o modelo cognitivo do TOC. Em seguida, iniciamos uma conversa sobre a sua família, infância e adolescência, trabalhamos memórias mais anteriores que indicaram que sua família era rígida em relação ao conhecimento bíblico, solicitando a ele que citasse trechos completos do que ele chama de Escrituras sagradas. Ao questioná-lo sobre algum possível pensamento mais recorrente daquela época, Paulo disse não lembrar.

Na psicoeducação sobre os pensamentos automáticos reforcei o modelo cognitivo com os seus próprios exemplos. Ao pedir o *feedback* sobre a sessão, Paulo pontuou fazer muito sentido a forma de como interpretamos as coisas que sentimos e a forma que nos comportamos sob este prisma singular de cada pessoa. Como o nosso primeiro plano de ação sugeri que Paulo procurasse escrever os seus pensamentos antes das leituras compulsivas, utilizando a técnica ABC, na qual o paciente registra as situações, pensamentos e crenças e por fim as reações emocionais e comportamentais.

6.3 TERCEIRA SESSÃO

Paulo chegou pontuando o que ele chamou de “cansaço mental”, que acontecia logo ao acordar, quando pensava no quanto era difícil controlar a compulsão de ler para memorizar, por isso nesta sessão o seu humor estava “péssimo”, que para Paulo significava “tristeza e frustração”. Nesse momento, colaborativamente sugeri que classificássemos o humor de forma gradativa de zero a dez; sendo zero o humor péssimo e o dez o humor ótimo. Ao escutar o relato de Paulo, indaguei sobre as horas de sono, que variavam entre oito e dez, como

também a tomada da medicação, ambas estavam dentro do padrão da vida e recomendações médicas. Passamos então a tentar buscar pensamentos que veem a mente no momento posterior ao despertar, no entanto não houve êxito, que segundo Paulo, pela falta de energia que o acometia não conseguia “funcionar bem” (palavras de Paulo). Esse momento foi propício para pontuar a importância do registro dos pensamentos logo que ocorrem, sobre isso, Paulo reconheceu o quão importante é para o processo psicoterápico tal registro. Sugeri que Paulo persistisse com o treino com o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RDP) e colaborativamente Paulo concordou. Pontuei o quanto é importante ele solicitar ajuda caso precise, que algumas vezes o processo terapêutico vai requerer algum esforço. Senti que isso era necessário pois o vínculo terapêutico ainda era frágil e carecia de mais tempo para se consolidar. Encerramos a sessão com o plano de ação de registrar os pensamentos no decorrer da semana, e caso não seja possível treinaríamos mais no decorrer a sessão.

6.4 QUARTA SESSÃO

Nesta sessão, Paulo relatou seu humor relacionado de como ele acorda, como sete, durante essa semana retornou ao psiquiatra e retirou a medicação STAVIGILE (MODAFINILA) 100mg e em dois dias já conseguia se ver “menos cansado mentalmente” (palavras de Paulo.) Neste momento, investiguei sobre como podíamos potencializar a identificação de pensamentos desadaptativos antes da compulsão, em resposta Paulo apresentou o formulário de RPD com diversos pensamentos automáticos: “Não acredito que eu vou passar por isso novamente”, “mais um dia de prova”, “meu Deus, quando isso vai parar”? “. Paulo percebeu que após a identificação destes pensamentos relacionados ao modelo cognitivo podia reconhecer que “já havia algo para comemorar”, (palavras de Paulo). No decorrer da sessão, ~~indaguei~~ procurei saber mais sobre as questões de como ele poderia dar mais um passo em direção a sua meta, em resposta Paulo, sugeriu que ele devesse escolher o que poderia ler no decorrer do dia, completei o que ele acharia de relacionar suas leituras e depois hierarquizá-las por interesse e relação com sua vida, ou o que seria realmente relevante saber em concordância, Paulo ficou de trazer na próxima sessão tal lista.

6.5 QUINTA SESSÃO

Infelizmente se passaram duas semanas para que acontecesse a quinta sessão, a esposa de Paulo estava grávida e teve algumas complicações. Na classificação de humor, Paulo relatou que apesar de algumas adversidades pode dizer que está em sete. Desde a última sessão, Paulo disse ter se dedicado a escolher os sites de maior interesse para leitura, mesmo assim trouxe uma lista com vinte e nove opções de leitura, fruto de uma seleção de mais de cinquenta sites, de diversas áreas do conhecimento. Em consultório, pelo critério: “muito interesse, pois estou doente” (escolhido por Paulo), fora escolhido somente dez por serem leituras mais interessantes para Paulo.

Pelo fato de Paulo não ter comparecido a duas sessões consecutivas, decidimos recapitular pontos importantes da psicoterapia como: TCC, TOC, RPD e metas, como também psicoeducar sobre a Exposição com Prevenção de Recaída (E.P.R.).

6.6 SEXTA SESSÃO

Nesta sessão, Paulo relatou que seu humor nunca estivera tão alto, disse estar em nove, disse que o fato de ter pensado sobre os tantos sites que visitava diariamente lhe deu um grande alívio, pois os selecionados supriram bem a sua necessidade de estar informado. Durante o processo, Paulo ainda não havia mencionado diretamente essa necessidade de estar informado, por isso quis investigar um pouco mais sobre tal necessidade. Ao indagar sobre tal aspecto, Paulo mencionou que na sua adolescência jogava RPG e gostava muito de ser o “mestre”, aquele que comanda o jogo, sabe o que todos podem ou não fazer, “detém o conhecimento” pois tem em mãos o “manual”, perguntei como era isso para ele, em resposta Paulo disse que a sensação era de “total controle e de total prazer”, que não conseguia sentir mais tal sensação. Essa passagem sugere uma regra estabelecida por pelo paciente, no sentido de que “Tenho que ter o controle de tudo” (sic), dando indicativos de uma provável crença intermediária. Neste caso, o questionamento socrático possibilitou a Paulo uma real noção de que o que ele tanto temia: “não ter mais o controle”, “no jogo eu sabia de tudo” (sic.) Ao solicitar o

feedback de que: “Então eu posso dizer que você busca na sua vida (terapeuta) ... saber de tudo como no jogo”, (completa Paulo com suas próprias palavras).

No diálogo, propus a reflexão sobre se é possível ser o “mestre” na vida real, se há a mesma quantidade de solicitações se comparado ao jogo. Em resposta, o paciente afirmou não ser possível, essa nova forma de pensamento o deixou mais aliviado. Questionei sobre se poderíamos falar mais sobre esse alívio, notei uma mudança na expressão de Paulo, aproveitei para acolhê-lo, normalizei essa situação como algo importante no processo terapêutico, houve choro e silêncio, muito calmamente com a voz modulada mediei um exercício breve de relaxamento respiratório. Aos poucos Paulo indicava mais tranquilidade, e então um sorriso, solicitei um feedback: “estou bem agora”(palavras de Paulo). Nesse sentido, relembrei a psicoeducação acerca das mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais e então indaguei sobre o que se passou naquele momento; em resposta Paulo disse que só responderia quando os seus sentimentos se confirmassem durante a semana. Em respeito e colaboração com Paulo o acolhi mais uma vez e finalizamos a sessão.

6.7 SÉTIMA SESSÃO

Nesta sessão Paulo chegou com vinte minutos de atraso, de antemão justificou: “calma que eu explico! Foi coisa boa” (palavras de Paulo) no seguimento, Paulo explicou que há alguns meses não participava dos balanços de mercadoria da empresa onde trabalha devido a necessidade de ter que decorar os números de entradas e saídas de mercadorias, esse comportamento evitativo o incomodava muito, pois por muitas vezes se negara a encontrar o seu chefe temendo ter que repassar os números. Contudo, na última semana não sentiu mais a vontade de evitar participar do balanço, pois não via lógica em seu chefe cobrar tal comportamento, o único inconveniente segundo Paulo era que o balanço se daria no dia da psicoterapia. O humor de Paulo estava em dez, pois as leituras não eram mais tão importantes, não sentia mais tristeza ao acordar, já estava selecionando automaticamente suas leituras e o mais importante segundo Paulo: “me pego conversando sobre vários assuntos e consigo dizer que não sei de nada sobre isso...e caio na gargalhada”, (palavras de Paulo). Diante deste relato, solicitei que Paulo escrevesse imediatamente algumas das novas conclusões. Apliquei a

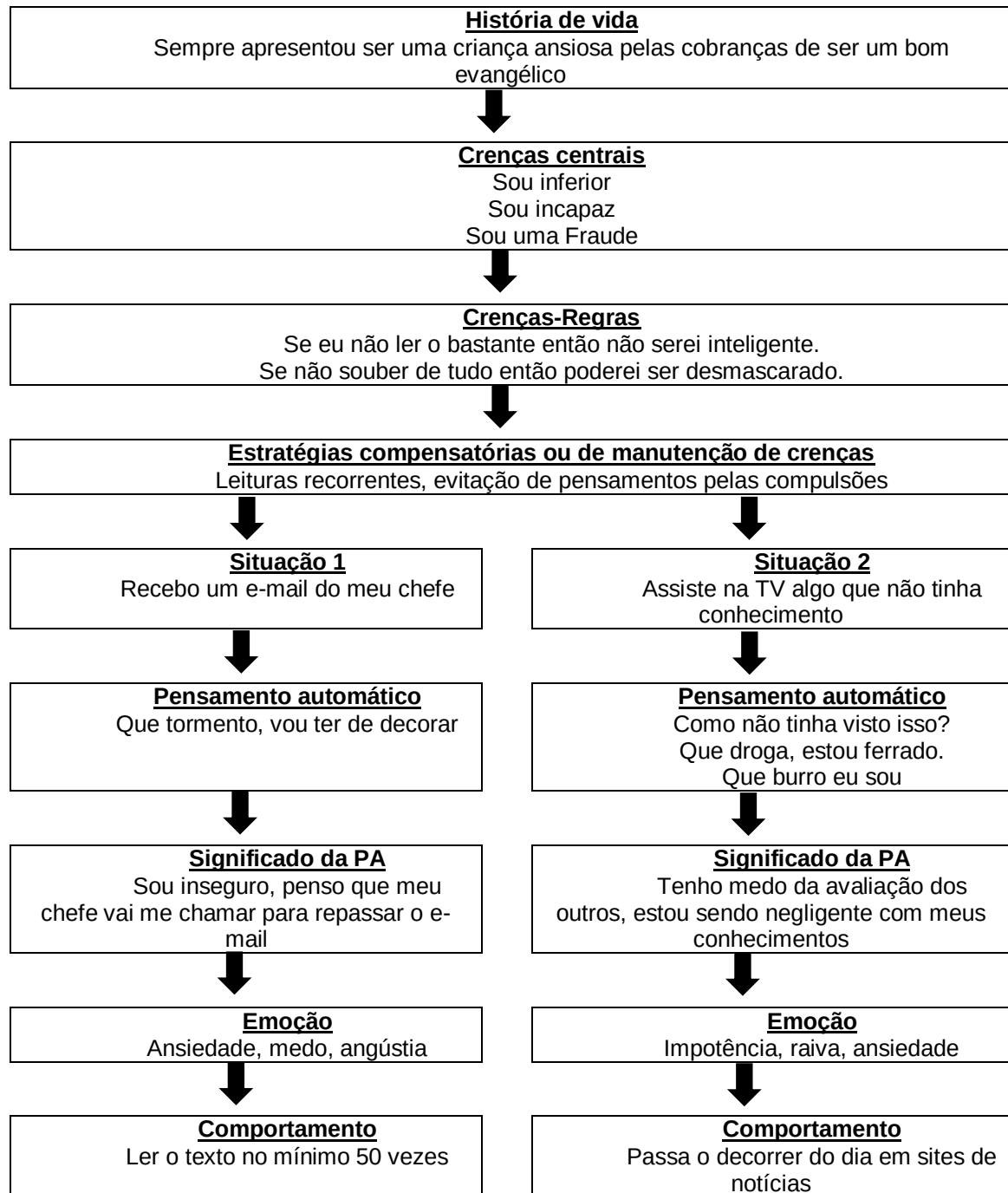
psicoeducação acerca da estruturação de pensamentos, pontuando que suas “novas informações” na realidade eram pensamentos reestruturados. Algumas destas novas informações são: “não preciso saber de tudo”, “ninguém sabe de tudo” “posso ler tudo, uma ou duas vezes e falar o que eu entendi e pronto”, (sic).

Paulo então sugere que as sessões fiquem quinzenais, também solicitou orientação sobre o desmame da medicação, orientei que ele procurasse de informar melhor com o psiquiatra. Definitivamente Paulo consegue entender por meio do modelo cognitivo, o empirismo colaborativo que a reestruturação cognitiva é possível, ele foi colaborativo ao processo e obteve ganhos perceptíveis, no entanto, para que o espaçamento das sessões ocorra, é necessário que seja trabalhado a prevenção de recaída, como também uma ação colaborativa com o seu psiquiatra para a descontinuação adequada e segura da medicação.

6.8 OITAVA SESSÃO

Nesta sessão, notei Paulo mais tranquilo, a avaliação de humor em relação a tristeza, ansiedade nota dez, considerando 10 como um humor agradável. Também referiu estar com as leituras controladas, sem sofrimento, relatos de eventos prazerosos entre ele e a sua esposa, planos para o nascimento do seu filho. Relembrei algumas técnicas da terapia. Questionei acerca de situações que por ventura poderiam propiciar o retorno dos sintomas de TOC, em resposta Paulo não conseguiu ver nenhuma possível situação gatilho. Relatou que algo acontecera de muito forte, que não encontra mais a lógica para tal comportamento, que até mesmo o processo de descontinuação da medicação não lhe traz receio algum. Neste momento, pontuei a importância de uma avaliação junto ao Psiquiatra, com o objetivo de obtenção de controle da medicação, e de como será importante seguir suas orientações sobre possíveis consequências de parar abruptamente medicamentos. Muito respeitosamente Paulo agradeceu pelo auxílio em todo o processo, mas estava informando que não viria mais às sessões por achar que deveria seguir na sua jornada livre do TOC.

Diante disto me dispus a ajudá-lo, caso precise. Finalizamos o processo terapêutico em oito sessões, conforme solicitado pelo paciente.

Diagrama 1 – Conceitualização Cognitiva e Afetiva.

Fonte: Beck (2013) Copyright Beck JS

7 PROJETO DE INTERVENÇÃO

- Estabelecer Metas; Cognitivas, Afetivas e Comportamentais.
- Trabalhar colaborativamente com o seu Psiquiatra.
- Psicoeducação acerca do seu pensamento de incapacitação devido ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo.
- Apresentar o método Cognitivo utilizando o Empirismo Colaborativo.
- Psicoeducação e aplicação da Técnica de Exposição com Prevenção de Resposta.
- Utilizar o tempo da psicoterapia para fazer treinos comportamentais e técnicas de respiração.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se observar que o processo terapêutico com a Terapia Cognitivo-Comportamental mostrou-se eficaz no tratamento do paciente com sintomas de Transtorno Obsessivo-Compulsivo, causador de sofrimento e prejuízo em diversas áreas de sua vida. A compulsão por leitura visava compensar um pensamento obsessivo de que Paulo deveria saber tudo para não ser desmascarado, apontado como alguém incompetente, incapaz ou uma fraude.

A intervenção visou reduzir a ansiedade, levando-o a identificação, avaliação e o controle no intuito de modificar padrões de pensamentos arraigados, rígidos, identificados como crenças centrais a partir de pensamentos automáticos. Ao utilizar as técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental o paciente alcançou o controle do transtorno, utilizando sobre tudo as técnicas de Exposição e Previsão de Resposta, psicoeducação, questionamento socrático, treinamento de respiração, bem como uma escuta acurada, acolhimento em ambiente seguro e sem julgamentos. Tais elementos contribuíram para que crenças arraigadas trazidas de modelos familiares religiosos passassem a ser questionadas e ressignificadas, proporcionando uma reestruturação cognitiva efetiva, levando em consideração a unidade do sujeito em todos os aspectos. Durante o processo, Paulo pôde ser escutado e levado a descobrir estratégias derivadas dos questionamentos **que o reposiciona**, fomentando vontades libertadoras, causadoras de alívio que há tempos não experienciava. Ressalto aqui os vários insights que gradativamente o paciente obteve durante o processo, levando a falta de sentido tanto na obsessão quanto na compulsão, propiciando a extinção da distorção cognitiva e conseqüentemente desconsiderar o comportamento de ler compulsivamente, devolvendo a Paulo. o real sentido do seu percurso de vida, inclusive nos aspectos religiosos apontados como possíveis causadores do transtorno, agora como uma lição edificadora.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARRETO, Eliza Martha de Paiva; ELKIS, Hélio. Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, supl. 2, p. 204-207, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000800011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Mar. 2017.

BECK, A.T. **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York:International Universities Press, 1964.

BECK, J.S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes médicas, 2014.

BECK, J.S. **Terapia Cognitivo Comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CABALLO, V. E. **Manual para o transtorno cognitivo comportamental**. São Paulo: Santos, 2006.

CARR, A. T. Compulsive neurosis: a review of the literature. **Psychol Bull**, v. 81, p. 311-318, 1974.

DOBSON, D.; DOBSON, K. S. A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DOZOIS, D. J. A., & Dobson, K. S. (2001). A longitudinal investigation of information processing and cognitive organization in clinical depression: Stability of schematic interconnectedness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 914-925

FOA, EB, Reid W. Stop obsessing! How to overcome your obsessions and compulsions. New York: Bantam Books; 2001.

ITO, Lígia M et al . Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 30, supl. 2, p. s96-s101, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 mar. 2017.

KNAPP, Paulo. et al. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s54-s64, out. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2017.

KUYKEN, W.; PADESKY, C. A.; DUDLEY, R. **Conceitualização de casos colaborativa**: o trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LEAHY, Robert L. **Técnicas de terapia cognitiva**: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2006.

McFall, M. E., Marks, I M., & Wollersheim J. P. (1979). Obsessive-compulsive neuroses: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3,33-348.

NEUFELD, Carmem Beatriz; CAVENAGE, Carla Cristina. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 2, p. 3-36, dez. 2010. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 29 mar. 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. 1993.

CORDIOLI, Volpato (Org.). **TOC**: manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SILVA, Marlene Alves da. Terapia Cognitiva-Comportamental: da teoria a prática.

Psico-USF, Itatiba, v. 19, n. 1, p. 167-168, abr. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712014000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2017.

SOUZA, Erika Leonardo de et al . Terapia cognitivo-comportamental na prevenção de psicose em populações em risco. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, p. 19-25, jun. 2013. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872013000100004&lng=pt&nrm=iso>. Aceso em: 3 mar. 2017.

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

WRITE, Jesse H. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental:** um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.