

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
PSICOLOGIA

CLÁUDIA HINGLIDE GOMES DE ARAÚJO

**A IMPLICAÇÃO DA DEPRESSÃO NA TOMADA DE DECISÃO
E O DESEMPENHO DA TCC EM SEU TRATAMENTO**

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
PSICOLOGIA

NATAL/RN

2017

CLÁUDIA HINGLIDE GOMES DE ARAÚJO

**A IMPLICAÇÃO DA DEPRESSÃO NA TOMADA DE DECISÃO
E O DESEMPENHO DA TCC EM SEU TRATAMENTO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), como requisito para obtenção do título de bacharel em Psicologia. — Área de atuação: Terapia Cognitivo comportamental.

Orientação: Prof. Me. Marianna Carla Dantas de Lucena.

CLÁUDIA HINGLIDE GOMES DE ARAÚJO

**A IMPLICAÇÃO DA DEPRESSÃO NA TOMADA DE DECISÃO
E O DESEMPENHO DA TCC EM SEU TRATAMENTO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à disciplina TCC II como
requisito para obtenção de nota da
segunda unidade.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof; Marianna Carla Maia Dantas de Lucena

Docente do curso de Psicologia UNI-RN

Martina Simonetti Galvão Pereira

Professor Leitor

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo abordar sobre a terapia cognitivo-comportamental, a abordagem escolhida pela aluna e seu desempenho a partir de um paciente com depressão, a depressão vem crescendo de forma alarmante, nos consultórios nos deparamos com diversos casos, esta doença cresce desordenadamente não só no Brasil, mas por todo o mundo, sendo assim a proposta deste trabalho é apresentar um estudo de caso com ênfase na abordagem da terapia Cognitivo-Comportamental, as sessões têm como objetivo prevenir e tratar o quadro disfuncional, identificar disfuncionalidades no pensamento e comportamento, promovendo melhora significativa das mesmas, a partir da remissão dos sintomas, adequar a metodologia sempre que necessário através de utilização de técnicas apropriadas para a demanda, contribuindo assim para a criação de uma perspectiva autônoma do paciente aprendendo habilidades de solução de problemas, pensamento e comportamento que ele pode utilizar não só durante o tratamento, mas também no futuro, para permanecer bem.

Palavras chaves: Terapia cognitivo-comportamental, depressão, estudo de caso, técnicas.

ABSTRACT

This work aims to address cognitive behavioral therapy, the approach chosen by the student and her performance from a patient with depression, depression has been growing at an alarming rate and in the offices we are faced with several cases, this disease grows disorderly not Only in Brazil, but all over the world, so the proposal of this work is to present a case study carried with an emphasis on the approach of Cognitive-Behavioral therapy, the sessions Aims to prevent and treat the dysfunctional condition, identify dysfunctionalities in thinking and behavior, promoting a significant improvement in them, from the remission of symptoms, adjusting the methodology whenever necessary through the use of appropriate techniques for the demands, thus contributing to the Creation of an autonomous perspective of the patient Problem solving, thinking and behavior that he uses not only during treatment, but also in the future, to remain well.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, depression, case study, techniques.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 O QUE É A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL?	10
3 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS: CONCEITUAÇÃO COGNITIVA	12
3.1 O MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	13
3.2 CRENÇAS	14
3.3 RELAÇÕES ENTRE COMPORTAMENTO E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS	15
4 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO	16
5 MÉTODO	18
6 DESCRIÇÃO DO CASO	19
6.1 HISTÓRIA DE VIDA DO PACIENTE	19
6.2 HISTÓRIA FAMILIAR	19
6.3 HISTÓRIA MÉDICA	20
7 TCC APLICADA AO CASO: PRINCIPAIS TÉCNICAS UTILIZADAS	21
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
9 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXO	32

1 INTRODUÇÃO

Segundo Schuyler e Katz (1973) “Algumas autoridades estimaram que ao menos 12% da população adulta tiveram ou terão um episódio de depressão de suficiente gravidade clínica para justificar um tratamento” (Schuyler e Katz, 1973). O número de pessoas com a doença não diminuiu com o passar dos anos, a depressão afeta 322 milhões de pessoas no mundo, segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) referente a 2015. Em 10 anos, de 2005 a 2015, esse número cresceu 18,4%, a prevalência do transtorno na população mundial é de 4,4%.

Já no Brasil, 5,8% da população sofre com esse problema, que afeta um total de 11,5 milhões de brasileiros, segundo os dados da OMS, o Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo com maior prevalência nas Américas, ficando atrás somente dos Estados Unidos, que têm 5,9% de depressivos. Com esse crescimento, novos estudos sobre a depressão e seu tratamento fizeram e fazem parte do mundo científico e embora as drogas antidepressivas sejam obviamente menos dispendiosas do que a psicoterapia, nem todos os pacientes deprimidos respondem a essa medicação, por isso é necessário que se tenha um olhar diferenciado para cada indivíduo observando sua subjetividade.

As melhores estimativas, baseadas em um exame detido de numerosos estudos controlados da quimioterapia da depressão, indicam que apenas 60 a 65% dos pacientes mostram uma nítida melhora como resultado de tratamento com uma droga tricíclica comum (ver Beck, 1973, p. 86).

Sendo assim, é preciso desenvolver métodos para auxiliar os 35% a 40% de pessoas deprimidas que não tem resultados eficazes apenas com o uso de antidepressivos.

É necessário que também seja analisado que por estarem sendo medicados é possível que os pacientes reduzam a utilização de seus próprios recursos psicológicos para lidar com a depressão, ou seja, se cria uma dependência ao medicamento.

Segundo Shapiro e Morris (1978) “A vasta bibliografia sobre a "atribuição" sugere a possibilidade de que pacientes tratados com drogas atribuirão seus problemas a uma descompensação química, e atribuirão sua melhora aos efeitos da droga” (Shapiro e Morris, 1978), ou seja, esses pacientes se tornam

menos inclinados a utilizar ou desenvolver seus próprios mecanismos de enfrentamento para lidar com a depressão. Pesquisas revelam que a taxa de recaída, em pacientes previamente tratados com drogas chega a atingir 50% no ano seguinte à interrupção do tratamento.

Por isso, o tratamento medicamentoso e a psicoterapia, juntos, são mais benéficos para o paciente do que o uso de um dos dois tratamentos isolados, isso em longo prazo, visto que o paciente pode aprender com sua experiência psicoterapêutica, sabendo, porém, os benefícios que os antidepressivos trazem ao paciente.

O fato de que o índice de suicídios não declinou, a despeito do uso amplamente disseminado de antidepressivos, sugere que, apesar de o uso de medicamento resolver temporariamente as crises suicidas, ele não tem um efeito mantenedor que imunize o paciente contra novas tentativas de suicídio no futuro. A pesquisa indica que existe um núcleo psicológico central no paciente suicida a desesperança ou "expectativas negativistas generalizadas". Resultados positivos do uso de uma abordagem direta da desesperança em pacientes deprimidos sugerem que a terapia cognitiva pode ter "efeitos anti-suicidas" mais prolongados que o uso da quimioterapia. AARON T. Beck, **Terapia Cognitiva da Depressão**. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Isso significa que se pode esperar de tais pacientes que sejam capazes de lidar mais eficazmente com suas depressões posteriores, abortar depressões incipientes, e, possivelmente, tornarem-se até mesmo capazes de prevenir novas depressões.

Neste trabalho, pretendo apresentar o uso da terapia cognitivo-comportamental (TCC) em um paciente com depressão, descrevendo e analisando as características do transtorno, as técnicas empregadas e a eficácia deste modelo de tratamento. Para isto, foi realizada uma busca dos principais estudos clínicos por meio de revisão bibliográfica via Medline, SciELO e PsychInfo, e complementada com livros-texto de referência sobre o tema. A apresentação do modelo cognitivo e do tratamento é seguida por uma discussão sobre seus principais pontos.

Segundo KNAPP e BECK(2008) "O termo "TCC" (Terapia Cognitivo-Comportamental) é, com frequência, utilizado para se referir ao conjunto de técnicas que unem as teorias cognitivas aos procedimentos práticos oriundos do comportamentalismo". (KNAPP e BECK, 2008).

2 O QUE É A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Terapia Cognitivo Comportamental é um termo abrangente para uma variedade de terapias que utilizam algumas combinações de técnicas cognitivas e comportamentais, sua base é o Modelo Cognitivo de que crenças e pensamentos de uma pessoa influenciam suas emoções, ações e sintomas físicos, e que as técnicas específicas que o terapeuta escolhe para usar com cada paciente devem ser individualizadas, acolhendo sua subjetividade, assim ao longo do tempo foram feitas algumas modificações para se adequar ao paciente e a demanda trazida pelo mesmo, essas adaptações mudaram o foco, a tecnologia e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos em si permaneceram constantes. Rev. bras.ter. Cogn. v.2 n.2 Rio de Janeiro dez .2006. **Ogliari , Entrevista com Judith Beck .**

Resumidamente, o modelo cognitivo propõe que o pensamento distorcido ou disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do paciente) seja comum a todos os distúrbios psicológicos. A avaliação realista e a modificação no pensamento produzem uma melhora no humor e no comportamento. A melhora duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais básicas dos pacientes.

Terapia Cognitiva baseia-se na ideia que pessoas com estresse têm frequentemente o pensamento distorcido e/ou disfuncional. Este pensamento negativo tem um impacto negativo em seu humor, em seu comportamento e, frequentemente, em sua fisiologia. As sessões de terapia cognitiva são habitualmente estruturadas e direcionadas para auxiliar o paciente a solucionar seus problemas atuais. Neste contexto, o paciente aprende habilidades de solução de problemas, pensamento e comportamento que ele utiliza não só durante o tratamento, mas também no futuro, para permanecer bem. Uma importante parte do tratamento é auxiliar pacientes a aprender como avaliar a validade e a utilidade de seus pensamentos negativos e como responder a eles de uma forma realista. Os pacientes, quando aprendem a fazer isso, se sentem melhor e tornam-se capazes de comportar-se mais funcionalmente. O tratamento é sensível em relação ao tempo de duração e é frequentemente mais curto do que outras psicoterapias, devido ao fato de que um dos objetivos principais do tratamento é ensinar os pacientes a serem seus próprios terapeutas. Esta é a razão pela qual a Terapia Cognitiva não só ajuda os pacientes a ficarem melhor, mas também a permanecerem melhores. Rev. bras.ter. Cogn. v.2 n.2 Rio de Janeiro dez .2006. **Ogliari , Entrevista com Judith Beck .**

A Terapia Comportamental é baseada nos princípios de condicionamento clássico e operante. Ela assume que comportamentos são respostas apreendidas a estímulos e que novas respostas podem ser aprendidas. Ela é singular no sentido de que é um sistema de psicoterapia com uma teoria da personalidade e da psicopatologia unificadas, apoiadas por evidências empíricas substanciais. Ela tem uma terapia operacionalizada com uma ampla gama de aplicações também apoiadas por dados empíricos, que são prontamente derivados da teoria.

Persons, Burns e Perloff (1988) verificaram que a terapia cognitiva é efetiva para pacientes com diferentes níveis de educação, renda e background. Ela foi adaptada para trabalho com pacientes de todas as idades, da pré-escola (Knell, 1993) até os idosos (Casey & Grant, 1993; Thompson, Davies, Gallagher & Krantz, 1986). A terapia cognitiva também foi modificada para terapia de grupo (Beutler et al., 1987; Freeman, Schrodtt, Gilson, & Ludgate, 1993), para problemas de casais (Baucom & Epstein, 1990; Dattilio & Padesky, 1990) e para a terapia familiar (Bedrosian & Bozicas, 1994; Epstein, Schlesinger & Dryden, 1988).

3 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS: CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

Podemos elencar como princípios fundamentais da terapia cognitivo-comportamental:

- A terapia cognitivo-comportamental se baseia em uma formulação em contínuo desenvolvimento dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos, ou seja, Processo contínuo, individual, revisado e alterado, se necessário.
- A terapia cognitivo-comportamental requer uma aliança terapêutica segura, ou seja, confiança, empatia, liberdade, atenção e respeito.
- A terapia cognitivo-comportamental enfatiza a colaboração e participação ativa, ou seja, juntos decidem o conteúdo a ser trabalhado, lição de casa, periodicidade.
- A terapia cognitivo-comportamental é orientada para objetivos e focada nos problemas, ou seja, diretiva, linhas traçadas e com a possibilidade de saber tudo que foi feito quando a sessão acabar.
- A terapia cognitivo-comportamental enfatiza inicialmente o presente, ou seja, ênfase no momento atual, no enfrentamento da realidade, mas sem desconsiderar a história de vida do paciente.
- A terapia cognitivo-comportamental é educativa, tem como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza prevenção da recaída, ou seja, suporte educativo do problema, da sua forma de pensar e de como mudar.
- A terapia cognitivo-comportamental visa ser limitada no tempo, ou seja, de acordo com o problema do paciente é possível ter uma previsão de tempo de tratamento.
- As sessões de terapia cognitivo-comportamental são estruturadas, ou seja, independente do problema do paciente, há uma estrutura a ser seguida, como: avaliação do humor, última semana, definição da sessão atual e tarefa.
- A terapia cognitivo-comportamental ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder os seus pensamentos e crenças disfuncionais, ou seja, o paciente passa a identificar seus pensamentos e modificá-los, mesmo com suas próprias dificuldades.

- A terapia cognitivo-comportamental usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento, ou seja, não basta conhecer diversas técnicas, têm que saber utilizá-las no melhor momento.

“Não é uma situação por si só que determina o que as pessoas sentem, mas, antes o modo como elas interpretam uma situação” (Beck, 1964; Ellis, 1962), ou seja, a situação por si não determina como o indivíduo se sente, sua resposta emocional é intermediada por sua percepção da ação.

A psicologia cognitivo-comportamental observa e “trata” o modo como as pessoas vivem, percebem o seu mundo, aprendem, recordam, pensam sobre a informação e como isso tudo e muito mais influência em seu comportamento, sendo assim as emoções e comportamentos dos indivíduos são influenciadas por sua percepção dos eventos, com base na Conceituação Cognitiva deste paciente (a compreensão do terapeuta, confirmada pelo paciente, de quais são as crenças subjacentes do paciente; os padrões não adaptativos que ele desenvolveu para “lidar” com estas crenças; e os pensamentos, emoções e comportamentos diários que aparecem como resultado destas crenças) levaram a uma conduta positiva do tratamento.

3.1 O MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O terapeuta constrói uma conceituação cognitiva desde a primeira entrevista ou sessão até a última, ou seja, a alta do paciente. “Uma conceitualização cognitiva fornece estrutura para que o terapeuta atenda seu paciente. Segundo Persons, (1989) Essa formulação orgânica em evolução o ajuda a planejar uma terapia eficiente e efetiva” (Persons, 1989). É necessário que o terapeuta saiba qual é a queixa do paciente e se já chega à primeira sessão com um “diagnóstico” fechado, como sua demanda ou problema se desenvolveu e como ele lida com esse problema no presente, assim como quais são seus pensamentos e crenças disfuncionais e como estão associados aos problemas, quais reações emocionais, fisiológicas e comportamentais estão associados ao seu problema, assim o terapeuta poderá levantar hipóteses sobre como o paciente desenvolveu desordens psicológicas.

3.2 CRENÇAS

A partir da infância, as pessoas desenvolvem determinadas crenças sobre si mesmas, os outros e o seu mundo pessoal que dão lugar a pensamentos

automáticos específicos e como passar do tempo cada um terá uma história de vida, com aspectos individuais e incomparáveis, estes, permeiam ainda a vida de todos os indivíduos, os conteúdos relacionados ao self, ao contexto ambiental e ao futuro. Nesse interim, as distorções cognitivas vão sendo construídas com base nesses três aspectos, os quais, juntos, são chamados de Tríade Cognitiva, que podem vir a serem consideradas verdades absolutas chamadas assim de crenças centrais, elas são entendidas como tão fundamentais e profundos que as pessoas frequentemente não os articulam, nem para si mesmas.

As crenças são uma forma que a criança tem de extrair sentido do seu ambiente. Essas ideias geralmente, não são expressadas antes da terapia, mas podem facilmente ser extraídas do paciente e testadas, quando questionadas frequentemente se valem dos ditos “sempre foi assim” ou “eu sempre fui assim”.

Podem ser classificadas em crenças intermediárias (compostas por regras, atitudes, e suposições) e crenças centrais (ideias absolutistas, rígidas e globais sobre si próprio e o outro). As crenças intermediárias, embora não seja tão facilmente modificáveis quanto os pensamentos automáticos, são ainda mais maleáveis do que as crenças centrais.

Segundo Judith Beck (1995) as crenças centrais podem ser agrupadas em:

- Desamparo: impotente, frágil, vulnerável, carente, desamparado, necessitado.
- Desamor: indesejável, incapaz de ser gostado, de ser amado, sem atrativos, imperfeito, rejeitado, abandonado, sozinho.
- Desvalor: incapaz, incompetente, inadequado, ineficiente, falho, defeituoso, enganador, fracassado, sem valor.

3.3 RELAÇÕES ENTRE COMPORTAMENTO E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Segundo a TCC, as emoções e os comportamentos das pessoas são influenciados por sua percepção e interpretação dos eventos e não somente de uma situação por si só, isoladamente, ou seja, o modo como as pessoas sentem está associado ao modo como elas interpretam e pensam sobre uma situação, sendo

suas respostas emocionais intermediadas por sua percepção da mesma. Esses pensamentos são relacionados aos tipos de crenças que cada pessoa tem.

A psicologia cognitiva afirma que o pensamento controla o comportamento e influencia o modo como o indivíduo percebe o mundo e lida com os acontecimentos, ele então exerce o principal papel na regulação do comportamento, podendo ser tão poderoso que conduz as pessoas a psicopatologias.

Nesta afirmação está implícita a ideia de que pensamentos e comportamentos são de diferentes naturezas, no caso, de que o pensamento é de natureza mais nobre do que o comportamento. Essa perspectiva se chama dualista, pois afirma que o homem é dividido em duas partes: mente e corpo.

O problema dessa perspectiva é que ela conduz os cientistas a enfatizarem o pensamento no controle sobre o indivíduo, e a deixarem a influência do ambiente em segundo plano, porém, alguns psicólogos cognitivos afirmam não separar corpo e mente, ainda que não os separem filosoficamente, inevitavelmente os separam teoricamente.

Para os psicólogos cognitivos, o controle do comportamento funciona como eventos ambientais — pensamento — comportamento, sendo assim, o objetivo do terapeuta cognitivo é modificar os pensamentos disfuncionais do paciente, de modo que as situações sejam interpretadas sem distorções e o indivíduo possa levar uma vida saudável.

4 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

A prática clínica da TCC se baseia em um conjunto de teorias bem desenvolvidas que são utilizadas para ajudar o terapeuta a formular planos e estratégias de tratamento e orientação. A TCC se baseia em dois princípios fundamentais: a cognição que tem influência sobre emoções e consequentemente sobre seu comportamento e o comportar-se que pode afetar os padrões de pensamento e emoções. Um pensamento saudável pode reduzir a angústia ou dar uma maior sensação de bem estar e isso reforça um comportamento mais saudável. “Aaron T. Beck foi a primeira pessoa a desenvolver completamente teorias e métodos para aplicar as intervenções cognitivas e comportamentais a transtornos emocionais” (Beck, 1963, 1964).

O estágio acontecerá no Núcleo de Psicologia Aplicada (UNI-RN), clínica integrada com a supervisão da Profa. Marianna Carla Maia Dantas de Lucena. A Clínica oferece atendimento humanizado à população em geral nas áreas de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. A unidade é uma alternativa para aqueles que dependem do sistema público de saúde, com atendimento interdisciplinar em prevenção, reabilitação e tratamento.

O paciente pode buscar os serviços espontaneamente ou ser encaminhado por médicos, escolas e empresas. Primeiro ele passa por um acolhimento, para, em seguida, ser encaminhado ao setor especializado. Além de disponibilizar um serviço de saúde de qualidade, as Clínicas Integradas do UNI-RN capacitam os estudantes para o mercado de trabalho. A partir de práticas supervisionadas por um docente da área, que define a proposta terapêutica e acompanha a aplicação da conduta, o estudante vivencia a realidade profissional.

Funcionamento: segunda a sexta, das 7h30 às 21h, 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, uroginecologia, cardiorrespiratória e dermato-

funcional, e procedimentos básicos de Enfermagem, 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.

5 MÉTODO

Este estudo de caso tem como objetivo captar e analisar as características dos vários métodos indispensáveis para conduzir as sessões, avaliar aquilo que o paciente traz, assim como suas capacidades, potencialidades, limitações ou distorções e desenvolver possíveis intervenções para mudanças de padrões de pensamento e comportamento, será também verificada de forma minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no caminho do processo terapêutico a partir das supervisões feitas pela professora da mesma abordagem escolhida pelo aluno, é um método qualitativo que consiste em uma forma de aprofundar e compreender melhor os fenômenos individuais trazidos pelo paciente. Busca testar a Terapia Cognitivo-Comportamental e tem como uma das fontes de informações mais importantes a fala do paciente como ator principal do caso que contribuirá ou não para a eficácia da abordagem, utilizando assim múltiplas fontes de evidências trazidas nos livros pesquisados, por isso para este estudo de caso fez-se necessário a utilização de revisão bibliográfica.

O estudo de caso apresentado a baixo tem um nome fictício para a preservação da identidade do paciente, as sessões duram em média 50 minutos podendo terminar antes se assim o paciente desejar, mas nunca ultrapassando o tempo estipulado tendo em vista que é uma clínica escola onde as salas são compartilhadas com outros alunos.

6 DESCRIÇÃO DO CASO

João (pseudônimo utilizado para manter a confidencialidade), sexo masculino, adulto, 50 anos, empresário. Buscou atendimento psicológico nas Clínicas Integradas do UNI-RN apresentava como queixa principal uma depressão descoberta há sete meses, passou pelo psiquiatra que por sua vez o medicou e indicou a terapia, diz que chegou a pensar em cometer suicídio, mas que atualmente já não tem mais este pensamento e está bem depois de ter dado início a medicação (Alentos e Rivotril) tomando-a regularmente, no decorrer da sessão trouxe em fala o medo de crescer em sua profissão e começar a ter sucesso e fracassar, ao mesmo tempo sente-se frustrado por estar com 50 anos e ainda não está estabilizado financeiramente como deseja e nem vive de forma confortável como esperava viver quando chegasse a essa idade, está incomodado e isso lhe causa grande angústia.

6.1 HISTÓRIA DE VIDA DO PACIENTE

O paciente demorou a trazer em sua fala sobre sua infância e adolescência verificando assim barreiras em demonstrar possíveis sentimentos e emoções do passado. Relatou que em sua infância foi muito mimado, não por sua mãe, mas sua irmã mais velha que era pra ele como uma mãe, era quem cuidava de fato dele, fazia o que queria e que sua educação foi diferente das dos outros irmãos, eles por sua vez “sofreram mais que eu, eles apanhavam muito”, senti que seus pais deveriam ter insistido mais em seus estudos, mas não fizeram, conta que lembra de uma frase que sua mãe o dizia “você não pode fazer, se fizer apanha” e isso lhe causava um grande medo, saiu de casa aos 15 anos do interior onde morava para viver com seu irmão em Natal/RN onde começou a trabalhar o ajudando no negócio que hoje é dele e que por um desentendimento acharam melhor terminar o vínculo de sócios.

6.2 HISTÓRIA FAMILIAR

Seu pai sempre foi passivo e ficou por muito tempo casado por meio de ameaças de sua esposa que dizia que iria se matar se ele separasse atualmente seu relacionamento com o pai é bom, o visita quando dá e gosta de está com ele já com sua mãe relata que hoje o amor de filho e mãe não existe, uma semana antes de iniciar o processo terapêutico discutiu com sua mãe e até o presente momento não reatou o dialogo, fala que sua mãe não o acolhe como filho e que quando está perto precisa sempre ouvir seus problemas, mas que ela nunca está pronta para escuta-lo, tem um bom relacionamento com seus irmãos e faz o possível para vê-los

bem exceto um irmão que não fala com ele desde que pediu apoio emocional no auge de sua depressão e ao invés de se aproximar o irmão se afastou dele.

6.3 HISTÓRIA MÉDICA

O paciente chegou a terapia relatando tomar Alentos e Rivotril, começou a tomar essas medicações por causa da depressão e que foi receitada pelo psiquiatra, na metade do processo terapêutico iniciou o desmame e atualmente não faz uso dessas medicações, a partir de alguns exames e consultas durante o processo foi diagnosticado vitiligo, passou então a usar pomadas para o tratamento do mesmo, segundo o médico a consequência dessa doença foi o stress, até o presente momento continua em tratamento apesar de já perceber uma grande melhora.

7 TCC APLICADA AO CASO: PRINCIPAIS TÉCNICAS UTILIZADAS

O estudo de caso tem sua origem na pesquisa médica e na pesquisa psicológica, em função dessas características, o caso é considerado um valioso instrumento pedagógico, que desafia o aluno a raciocinar, argumentar, negociar e refletir habilidades bastante demandantes do ponto de vista cognitivo e social, já que é analisado um caso individual que explica a dinâmica e a sintomatologia de um problema mal estruturado de um indivíduo com toda a sua subjetividade, ou seja, não tem uma solução pré-definida, exigindo empenho do aluno para identificar o problema, analisar evidências, desenvolver argumentos lógicos, avaliar e propor intervenções para solucioná-lo. Através do estudo de caso é possível explorar de maneira ampla um fenômeno e desenvolver um modelo de intervenção eficiente para resolvê-lo.

A psicoterapia cognitiva consiste de várias técnicas específicas de tratamento, cada uma das quais é empregada de modo planejado e lógico e talhada para cada paciente individualmente. Como nas outras psicoterapias, o terapeuta cognitivo emprega técnicas específicas no contexto de um tipo especial da relação interpessoal. A maneira como emprega essas técnicas influi diretamente na natureza da relação terapeuta paciente e vice-versa. A baixo, a partir da colaboração paciente verso terapeuta, verificando sua implicação no tratamento cognitivo, e as características do indivíduo assim aquilo que ele traz consigo podem facilitar o emprego de técnicas específicas. Essas e outras informações facilitam um padrão no qual o terapeuta pode avaliar suas próprias atitudes e técnicas. Finalmente, são apresentados os detalhes específicos da preparação do paciente para o tratamento, a formulação de um plano de tratamento e técnicas de condução de sessões terapêuticas orientadas para o objetivo.

O tratamento psicoterapêutico do paciente foi conduzido por uma aluna de psicologia do 5º ano, a mesma realizou supervisões semanais em que foram abordadas questões técnicas, teóricas e práticas para a melhor condução do caso. Realizaram-se no total 21 sessões aproximadamente 50 minutos cada (sessões semanais), ao longo de 6 meses(de maio a novembro).

Sabendo que a primeira sessão é uma das portas de entrada para que o paciente continue o processo terapêutico foi estabelecido o vínculo terapêutico ou relação terapêutica a partir de um acolhimento da queixa inicial trazida pelo paciente e escuta ativa sem preconceitos.

A importância da confiança básica na relação terapêutica pode ser bem ilustrada na seguinte descrição, proposta por Chassell (1977):

“Um factor de perturbação é introduzido pela existência de confiança básica, pseudoconfiança básica ou desconfiança básica nos pacientes. Pacientes dotados de uma confiança básica genuína tendem a apresentar uma transferência positiva passível de ser trabalhada e favorecedora de progresso, porque desejam ter um objeto bom para auxiliá-los em suas dificuldades e usarão o terapeuta com grande tolerância, desde que ele não contradiga essa imagem de modo muito evidente [...]”.

A explicação do contrato terapêutico foi feito no final da sessão trazendo para o paciente alguns pontos cruciais para a terapia, assim como apresentando ao mesmo o termo de responsabilidade do uso de informações do seu caso para possíveis trabalhos. É aqui que se define como decorrerá a terapia, bem como o que é esperado do terapeuta e do paciente, a duração das sessões de terapia, a sua periodicidade, política de faltas, valor da sessão (que é realizado a partir de uma entrevista com a assistente social da clínica), anúncio de feriados e marcação de férias.

Este acordo tem como objetivo definir quais as bases de trabalho a realizar, de modo a que o paciente tenha uma ideia clara dos objetivos que se propõem a cumprir, das expectativas e também das dificuldades a que as compromete o tratamento psicoterapêutico.

A partir da explicação do contrato o paciente foi orientado a cerca da abordagem que a aluna desempenhará em todo o seu tratamento, assim como esclarecimentos de possíveis dúvidas sobre a mesma.

Para a Terapia Cognitivo-Comportamental é importante que o paciente entenda a abordagem na qual ele irá se implicar, por isso o paciente deve conhecer a natureza e a base racional do tratamento cognitivo, o terapeuta prepara o paciente para a terapia cognitiva durante a maior parte da primeira e parte da segunda sessão terapêutica, deixando o paciente livre para trazer suas demandas, mas esclarecendo sempre a proposta do tratamento e como é construído as sessões e deve estar preparado para lidar com flutuações em seu nível de depressão durante o tratamento.

É exposto o planejamento geral e a base do tratamento cognitivo, deixando claro que tudo é construído e nada é engessado na terapia, para tanto, Caminha e colaboradores (2003), afirmam ser fundamental que o paciente seja

informado quanto ao modelo de tratamento ao qual será submetido (Caminha e colaboradores, 2003).

A partir da segunda sessão sempre que se inicia é perguntado ao paciente a cerca de sua semana e é realizado o exame de evidência, foi pedido primeiramente para o paciente classificar seu humor em uma escala de 1 a 100, não obtendo resultado, tendo em vista que o paciente não conseguia classificar, a técnica foi alterada através da verificação de humor seguindo a classificação a seguir: Bom, regular ou ruim.

Está técnica auxilia o paciente e o terapeuta a monitorar de que forma o paciente está progredindo. Um exame cuidadoso desse teste pode realçar para o terapeuta problemas que o paciente pode não ter relatado verbalmente, pois sempre que ele relata, por exemplo, “bom, regular ou ruim” sempre vem a explicação esclarecendo o porquê e isso pode ajudar o terapeuta e o paciente.

A verificação ou avaliação do humor do paciente deve ser feito em todas as sessões. Além do relato subjetivo (Como você está se sentindo hoje?), deve-se monitorar de forma objetiva o estado afetivo do paciente. A verificação de humor pode ser realizada mais de uma vez na sessão, geralmente no início e no final de cada sessão. Logo após a exame de evidência é feito o feedback da sessão anterior, ligando a sessão passada com a atual, porém deixando o paciente livre para relatar algo que esqueceu de falar ou que o fez refletir sobre.

O *feedback* é uma técnica importante para manter o paciente consiga enxergar os passos que está dando e assim possa se implicar ainda mais no tratamento estabelecendo de inter-relações saudáveis e sustentáveis a longo prazo.

Geralmente as metas são estruturadas com o paciente já na segunda sessão podendo se estender no máximo até a terceira já que estas darão um norte para o tratamento, neste caso as metas foram construídas com o paciente deixando-o bem livre para colocar o que quisesse, a função do terapeuta neste momento é deixar as metas claras e possíveis de serem alcançadas evitando assim possíveis frustrações no paciente, as metas propostas pelo paciente foram: Estruturar a maneira de trabalhar, crescer profissionalmente e durante a terapia foi acrescentada a meta de iniciar a academia.

Segundo Dobson e Dobson (2010):

“O estabelecimento de metas é uma parte muito importante e crítica da terapia, o planejamento do tratamento é um processo contínuo que

oferece uma ponte entre a avaliação e a intervenção; comunicar-se com o cliente e chegar a um acordo com ele sobre a formulação e o planejamento do tratamento de seus problemas é uma intervenção em si mesmo, e ela leva diretamente para o estabelecimento de metas”.

Por ordem de prioridade é importante que o paciente esteja envolvido e comprometido tanto com o estabelecimento de metas quanto com o processo de trabalhar para atingir tais metas, podendo ele mudá-las sempre que sentir necessidade, isto tudo faz parte do processo terapêutico tendo em vista que o paciente pode solucioná-la alcançando o seu objetivo.

Foi conversado com o João a cerca do roteiro da sessão explicando a função e objetivo do mesmo e informando que a cada sessão será proposto um roteiro de sessão. Terapeuta e paciente propõem tópicos para a agenda de cada sessão terapêutica, ao início de cada encontro, é importante que a agenda inclua um breve resumo das experiências do paciente na sessão anterior, da última sessão, assim como "feedback" sobre suas várias tarefas. Ambos devem então concordar com os temas que serão abordados na sessão. Os tópicos específicos devem ser formulados em termos concretos e precisos, para focalizar a atenção do paciente na tarefa por executar, insight, feedback, tarefa de casa, entre outros.

A partir de uma das metas trazidas pelo paciente foi utilizado a técnica de vantagens e desvantagens, o paciente é auxiliado a tomar a decisão utilizando vantagens e desvantagens sobre pensar de determinada forma e ou vantagens e desvantagens de se comportar de tal maneira.

Questionado a cerca da mudança foi proposto ao paciente uma atividade para casa, o paciente deveria tirar um dia de sua semana para ir em busca de um possível local, iria imaginar-se neste local e traria para sessão seus sentimentos e emoções a cerca dessa atividade.

“A tarefa de casa é uma parte integral, não-opcional, da terapia cognitiva” (Beck et al., 1979). Em essência, o terapeuta busca estender as oportunidades para mudança cognitiva e comportamental ao longo da semana do paciente. As boas tarefas de casa proporcionam oportunidades para o paciente educar-se sozinho para que aos poucos sem ajuda do terapeuta ele possa começar a dar seus próprios passos. A tarefa de casa pode dar início na sessão e continuar ao longo da semana conduzindo o paciente a um aumento no sentimento de autoeficácia. “Alguns pesquisadores verificaram que os pacientes em terapia cognitiva que fazem as tarefas de casa progridem melhor na terapia do que os que não fazem” (Neimeyer & Feixas, 1990; Persons et al., 1988).

Muitos pacientes fazem as tarefas de casa com facilidade e boa vontade, outros poucos não, isso tudo faz parte do processo terapêutico, de como o paciente está implicado e como o transtorno ajuda ou atrapalha em suas decisões.

O terapeuta organiza as tarefas sob medida para o indivíduo, conforme o avançar do tratamento, para descobrir obstáculos potenciais e de modificar crenças relevantes para aumentar a probabilidade de resultados.

O terapeuta pode fortalecer a cooperação terapêutica engajando o paciente na proposição da tarefa para casa, cada tarefa é apresentada como um experimento uma oportunidade de descobrir algo novo sobre os assuntos com que o paciente se depara no presente. O terapeuta pode aumentar a cooperação explicando o objetivo e as razões para cada trabalho de casa. Se o paciente entender e tentar desempenhar a tarefa de casa entendendo de que maneira essa tentativa pode ser útil, terão uma probabilidade muito maior de encontrar a motivação para realizar a tarefa, lembrando que atribuição de trabalhos de casa influencia de modo crítico a cooperação terapêutica.

Observando certas falas trazidas pelo paciente a cerca de suas decisões e comportamento foi verificado por parte do terapeuta que o paciente tinha conhecimentos vagos a cerca da relação da depressão e de características apresentadas por ele, sendo assim foi levado ao paciente alguns esclarecimentos a cerca da depressão. A psicoeducação ferramenta ou procedimento usado pelo psicólogo com a função de simplificar a queixa do paciente, esclarecendo e relacionando características do paciente com a queixa apresentada.

“O psicólogo demonstra ao paciente a sua patologia em todo o contexto, a fim de que o paciente entenda e passe a colaborar ativamente com todo o processo terapêutico. A psicoeducação pode ser vista como o estabelecimento de um fluxo de informações de terapeuta para paciente e vice-versa” (Callahan & Bauer, 1999).

Como qualquer intervenção terapêutica, ela é baseada no bom senso. Seu objetivo é prover os pacientes com uma abordagem teórico-prática que lhes possibilite o entendimento do seu transtorno. Ela é parte fundamental para tratamento na modalidade de Terapia Cognitivo-Comportamental. Seu papel educativo aparece desde o início até o final o tratamento, sendo que a tarefa do terapeuta é educar e familiarizar o paciente em relação aos seus problemas e a sua patologia, esclarecendo-o acerca das implicações e consequências do diagnóstico estabelecido.

Segundo Justo & Calil (2004) “O objetivo primeiro é fazer do paciente um colaborador ativo, aliado dos profissionais de saúde envolvidos e,

conseqüentemente, tornar o procedimento terapêutico mais efetivo” (Justo & Calil, 2004).

A partir de uma das metas trazidas pelo paciente foi verificado a importância de se organizar a rotina do mesmo, já foi provado que ter uma rotina é a melhor forma de tornar a vida de um ser humano de qualquer idade mais tranquila, porque gostamos de um mínimo de previsibilidade.

Foi percebido que João já estava conseguindo encontrar na sessão alguns de seus pensamentos e emoções antes não percebidos por isso foi colocado uma atividade de identificação de pensamentos, quando o paciente: compreende a definição de cognição e reconhece a presença de pensamentos e imagens automáticos, o terapeuta deverá formular um projeto específico destinado a delinear suas cognições disfuncionais.

A tarefa específica dependerá do problema particular sob investigação. De modo característico, o paciente é instruído a "captar" tantas cognições quantas conseguir e a anotá-las por escrito. Dado que uma pessoa raramente ou nunca está "completamente em branco".

Objetivo: trazer informações a consciência do paciente. Correlacionar pensamento, emoção e comportamento. O questionamento socrático é um dos procedimentos mais utilizados para auxiliar o paciente a realizar descobertas sobre a estrutura do seu pensamento, para flexibilizá-los e mudar crenças rígidas sobre si mesmo, os outros e o ambiente.

Na Terapia Cognitiva, o terapeuta não tenta convencer o paciente de que os pensamentos estão incorretos, através de questionamentos, conduz o paciente para que ele mesmo faça esta descoberta, chamamos essa descoberta de descoberta guiada, buscando explorar os conceitos através dos quais a situação é interpretada bem como as evidências que apoiam e desconfirmam os conteúdos cognitivos.

Algumas das estratégias utilizadas para modificar as crenças são as mesmas que as usadas para modificar os pensamentos automáticos, o terapeuta utiliza os mesmos tipos de perguntas que ele usou para avaliar os pensamentos automáticos para examinar a crença do paciente. Mesmo quando identifica uma crença geral, ele ajuda a avaliar no contexto de situações específicas.

Nem sempre o roteiro proposto pelo terapeuta era alcançado, já que João trazia em algumas ocasiões uma demanda angustiante que tomava toda a

sessão mudando seu foco, o terapeuta por sua vez deixou o paciente livre trazendo uma empatia adequada, geralmente demonstra sua aceitação e calor humano em sua maneira de ser, tom de voz e modo de expressar suas palavras.

De acordo com Rogers, 1951, "A empatia adequada diz respeito a como o terapeuta penetra no mundo do paciente e experimenta a vida do mesmo modo que ele. Na verdade, até certo ponto o terapeuta vivência os sentimentos do paciente. Na medida em que sua empatia seja razoavelmente exata, será capaz de compreender como o paciente estrutura e reage a certas situações [...]".

João ao trazer o relacionamento com sua mãe e uma visita a sua casa para ajudar sua irmã que havia solicitado auxílio para manusear seu computador (sua irmã mora com sua mãe) em seu diálogo disse que não sabia se iria reconciliar-se com sua mãe naquele dia ou não e que não porque era orgulhoso, foi proposto então a técnica de role-play, técnica de role-play ou ensaio comportamental é sugerida sob o rótulo de "encenação" ou "simulação da situação-problema".

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se que João não tinha um relacionamento amoroso com seus pais em sua infância, atualmente não fala com sua mãe por uma discussão no início de maio e não visita frequentemente seu pai que mora em outra cidade. Em sua adolescência saiu da cidade onde morava para trabalhar e morar em Natal, onde vive até hoje.

A falta de diálogo com os pais e de esclarecimentos o fez reprimir muitos sentimentos e emoções, teve grandes responsabilidades ainda em sua adolescência onde teve que sobreviver a muitas crises financeiras em seu negócio, ficando no “vermelho” por muito tempo, estes, também podem ter sido fatores predisponentes ou etiológicos associados a depressão.

Na avaliação inicial, constatou-se que Daniel apresentava dificuldades em expressar suas emoções no consultório e para seus amigos e familiares, acha que a qualquer momento pode perder tudo que conquistou por isso tem medo de tomar decisões e de fazer escolhas erradas se acomodando por isso.

O paciente apresentou dois ataques de pânico, os dois foram referentes ao seu funcionário um, aconteceu antes da terapia, seu funcionário teve que se afastar por problemas de saúde e ele se vendo sozinho para fazer tudo entrou em desespero, a outra foi uma gripe trazida pelo funcionário que fez João pensar que a ausência do funcionário aconteceria novamente, desta vez ele conseguiu ficar calmo mais rápido resignificando seus pensamentos. Situações consideradas ansiogênicas pelo paciente, bem como os pensamentos automáticos (PAs), o significado dos PAs, a emoção e o comportamento associados a cada um deles podem ser visualizados na Figura 1. Verificou-se que seria essencial ao paciente desenvolver habilidades na tomada de decisão e superar crenças centrais disfuncionais. O indivíduo com depressão ativa crenças centrais de incapacidade ao se deparar com situações em que precisa tomar decisões, antes quase automáticas parecem agora custar esforços intransponíveis. Consequentemente, pacientes com esse diagnóstico tem uma redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis. As pessoas deprimidas podem relatar que já não se interessam pelos seus passatempos prediletos, no caso de João sua casa antes alugada, agora vazia. As atividades sociais são frequentemente negligenciadas, e tudo lhes parece agora ter o peso de terríveis “obrigações”.

Observou-se que Daniel era pouco eficaz ao avaliar suas próprias emoções e sentimentos quando proposto para a realização de atividade de casa e nas sessões presenciais.

Figura 1. Diagrama de Conceitualização Cognitiva e Afetiva (Diagram of Cognitive and Affective Conceptualization.)

História de Vida: Diz ser de sua infância a depressão, sempre guardou seus sentimentos para si.	
Dados relevantes da infância e adolescência: Diz que sua irmã cuidou dele mais do que sua mãe, veio do interior para trabalhar em Natal na sua adolescência.	
Crenças centrais: Desvalor: incapaz, incompetente, inadequado, ineficiente, falho, defeituoso, enganador, fracassado, sem valor. “Não acredito em mim”	
Estratégias compensatórias: Postergação, acomodação, pensa muito no que pode fazer, mas não consegue executar.	
Situação1: Procurar um imóvel pra alugar e assim sair da casa da sogra	Situação1: Contratar mais um funcionário
PA: “Eu vou precisar mudar, terei muitas coisas pra fazer”	PA: “Vou ter dor de cabeça, será que vai dar certo ?”
Significado do PA: “Sou muito inseguro”	Significado do PA: Não consigo arriscar
Emoção: Medo	Emoção: Insegurança
Comportamento: Postergação da atividade ao máximo.	Comportamento: Postergação da atividade.

Fonte:

9 CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo abordar um estudo de caso de um adulto com diagnóstico de depressão que recebeu tratamento psicoterapêutico da abordagem cognitivo-comportamental. Verificou-se que o tratamento realizado possibilitou o início de uma nova visão sobre si e sobre seus pensamentos.

Além das técnicas utilizadas, a relação terapêutica desenvolvida foi favorável, o que pôde se constatar quando o paciente passou a trazer vivenciais importantes de sua infância, adolescência e vida adulta não relatada no início do processo.

Tendo em vista que a depressão é uma doença que trás resultados a longo prazo e que acarreta prejuízos considerados na sua tomada de decisão, mas que com o tratamento adequado, tendo um olhar singular para cada indivíduo foi percebido uma melhora significativa levando em conta a reestruturação dos seus pensamentos e a ressignificação deles, assim como a decisão por voltar ao médico e dar início às consultas nutricionais retirando pensamentos disfuncionais sobre sua saúde e futuro e a extinção do uso do medicamento para depressão com o auxílio do psiquiatra. Mesmo havendo adesão por parte do mesmo nas sessões, as metas propostas não chegaram ao seu objetivo, contudo, houve passos na busca significado do medo de não mudar de local.

A partir, da meta de começar uma atividade física o paciente conseguiu iniciar a academia, indo de forma regular, a atividade física traz inegáveis ganhos para a saúde física e bem-estar, considerado importante pelo próprio paciente e terapeuta, como, se sentir mais disposto ao longo do dia para realizar suas atividades cotidianas, verificar resultados bons em seus exames médicos, olhar para o futuro sem ter medo de possíveis doenças provocadas pelo sedentarismo, outros ganhos, tão importantes quanto, são referentes à saúde psíquica, algumas alterações observadas mesmo que de forma progressiva foi a redução da ansiedade, melhora da autoestima, diminuição do estresse. Mas o benefício da atividade física vai além dos sentimentos e emoções, há a longo prazo ele ganhará em toda função cognitiva, ou seja, na atenção, memória e planejamento das atividades.

Concluo que não é o fim, mas uma continuação no seu processo de possibilidades para o autoconhecimento e tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

BECK, Aaron; ALFORD, Brad. **O Poder Integrador da Terapia Cognitiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECK, J.S. **Terapia Cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona**. Porto Alegre: Artemed, 2007.

BECK, J.S.; Rush, A.J; SHAW, B. F; Emery,G. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Terapia cognitivo-comportamental da depressão disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a04v30s2.pdf>>

KUYKEN, Willem; PADESKY, Christine A.; DUDLEY, Robert. **Conceituação de casos colaborativa: o trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental**. Porto alegre: Artemed, 2010.

ROBERT L. LEAHY **Técnicas de Terapia Cognitiva: manual do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-comportamental: Um Guia Ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ANEXOS**VANTAGENS E DESVANTAGENS DE ALUGAR UM LOCAL MAIOR PARA
TRABALHAR**

VANTAGEM	DESVANTAGEM
-----------------	--------------------

AVALIAÇÃO DOS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

SITUAÇÃO	ESTADO DE HUMOR	PENSAMENTO AUTOMÁTICO	AVALIE A IMPORTÂNCIA DE CADA PENSAMENTO

