



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE — UNI-RN
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

AMANDA DE AZEVEDO FRIZZA

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA À ANSIEDADE:
UM ESTUDO DE CASO**

NATAL – RN
2017

AMANDA DE AZEVEDO FRIZZA

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA À ANSIEDADE:
UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso, na modalidade monografia, apresentada 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: Marianna Carla Maia Dantas de Lucena.

NATAL – RN

2017

Catálogo na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos

Frizza, Amanda de Azevedo.

Terapia cognitivo-comportamental aplicada à ansiedade: um estudo de caso / Amanda de Azevedo Frizza. – Natal, 2017.
29 f.

Orientadora: Profa. Marianna Carla Maia Dantas de Lucena.
Monografia (Graduação em Psicologia) – Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

1. Terapia cognitivo comportamental – Monografia. 2. Pensamentos – Monografia. 3. Emoções – Monografia. 4. Comportamentos – Monografia. 5. Intervenções – Monografia. I. Lucena, Marianna Carla Maia Dantas de. II. Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 159.9

Larissa Inês da Costa (CRB 15/657)

AMANDA DE AZEVEDO FRIZZA

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA À ANSIEDADE:
UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso, na modalidade monografia, apresentada 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.

Natal, _____ de _____ de 2017

BANCA EXAMINADORA

Ms. Prof^a Marianna Carla Maia Dantas de Lucena
Docente do curso de Psicologia UNI-RN

Maihana Maira Cruz Dantas Fonseca
Leitora externa

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo a construção do conhecimento teórico a partir da prática da Terapia cognitivo-comportamental, bem como apresentar técnicas utilizadas e intervenções realizadas para a desconstrução de pensamentos, emoções e comportamentos desadaptativos e disfuncionais do paciente durante o estágio supervisionado nas Clínicas Integradas do UNI-RN. O caso de M. está relacionado com a distorção cognitiva de catastrofização e inferência arbitrária. As metas do caso foram devidamente trabalhadas e cumpridas com êxito por meio de técnicas diretivas e estruturadas. Este trabalho é um requisito obrigatório para a conclusão da graduação no curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

Palavras-chave: Terapia cognitivo comportamental. Pensamentos. Emoções. Comportamentos. Intervenções.

ABSTRACT

The present work aims to construct theoretical knowledge based on the practice of Cognitive Behavioral Therapy, as well as to present techniques used and interventions performed for the deconstruction of the patient's maladaptive and dysfunctional thoughts, emotions and behaviors during the supervised internship at the Integrated Clinics of UNI-RN. The case of M. is related to the cognitive distortion of catastrophization and arbitrary inference. The goals of the case were duly worked out and fulfilled successfully through directives and structured techniques. This work is a mandatory requirement for graduation in Psychology from the University Center of Rio Grande do Norte.

Keywords: Cognitive behavioral therapy. Thoughts. Emotions. Behaviors. Interventions.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 O QUE É A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	8
3 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS: CONCEITUAÇÃO COGNITIVA	11
3.1 MODELO COGNITIVO.....	11
3.2 CRENÇAS.....	13
3.3 RELAÇÕES ENTRE COMPORTAMENTO E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS ...	14
4 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO	17
5 MÉTODO: ESTUDO DE CASO CLÍNICO	18
6 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA AO ESTUDO DE CASO	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXOS	27

1 INTRODUÇÃO

A terapia cognitiva é focada no presente, possui uma estrutura direcionada para a solução de problemas atuais e para a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis). Em todas as outras formas de Terapia Cognitiva variantes do modelo inicial de Beck, o fundamento é o mesmo, isto é: que os pensamentos, crenças e estratégias comportamentais são responsáveis pela criação e manutenção do transtorno ou problema específico das pessoas (BECK, J., 2013). O termo Terapia Cognitivo-Comportamental (“TCC”) é, com frequência, utilizado para se referir ao conjunto de técnicas que unem as teorias cognitivas a procedimentos práticos oriundos do comportamentalismo (KNAPP; BECK, 2008).

Em 1979, Beck, Rush e Shaw apresentou um conceito sobre modelo cognitivo que denominou “tríade cognitiva”. A tríade trata-se das crenças e pensamentos que os pacientes apresentam sobre si mesmo, o outro e o futuro – e explicou também o papel dos esquemas, que são aglomerados de crenças com pontos semelhantes e que se unem para formar esquemas cognitivos – os esquemas de crenças funcionam distorcendo com maior ou menor intensidade a forma como o indivíduo processa as informações que caem sobre seus sentidos e percepção (CASTONGUAY, 2010). Apesar da ênfase na cognição, Beck defendeu desde as origens da terapia cognitiva a inclusão de métodos comportamentais nas estratégias de tratamento, pois acreditava que essas ferramentas auxiliam a reduzir os sintomas e a reforçar o novo padrão cognitivo a ser desenvolvido, denotando assim a estreita ligação entre pensamento e comportamento (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Compreendendo, então, a importância da fusão teórica da cognição e do comportamento, segue abaixo a tabela com exemplos de transtornos que a TCC é mais indicada.

Tabela 1 – Transtornos tratados pela TCC

Transtornos psiquiátricos	Problemas psicológicos	Problemas médicos com componentes psicológicos
Transtorno depressivo maior	Problemas conjugais	Dor lombar crônica
Depressão geriátrica	Problemas familiares	Crises de dor da anemia
Transtorno de ansiedade	Jogo patológico	Enxaqueca
generalizada	Luto complicado	<i>Tinnitus</i> (Zunido)
Ansiedade geriátrica	Angústia do cuidador	Dor do câncer
Transtorno de pânico	Raiva e hostilidade	Transtornos somatoformes
Agorafobia		Síndrome do intestino irritável
Fobia social		Síndrome da fadiga crônica
Transtorno obsessivo-compulsivo		Dor de cabeça reumática
Transtorno da conduta		Disfunção erétil
Abuso de substância		Insônia
Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade		Obesidade
Ansiedade pela saúde		Vulvodínea
Transtorno dismórfico corporal		Hipertensão
Transtornos da alimentação		Síndrome Guerra do Golfo
Transtornos da personalidade		
Agressores sexuais		
Transtornos de hábitos e dos impulsos		
Transtorno bipolar (com medicação)		
Esquizofrenia (com medicação)		

Fonte: Beck, J. (2013).

2 O QUE É A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Considerado um dos psicoterapeutas mais influentes do mundo, Aaron Beck transformou a psiquiatria e a psicologia em todo o mundo. Sua teoria cognitiva abriu espaço para mudanças na compreensão dos transtornos mentais e também promoveu avanços no tratamento de alguns transtornos como a depressão, ansiedade e transtorno de pânico. Aaron Beck nasceu em 18 de julho de 1921 nos Estados Unidos, é o criador da Escala de Ansiedade de Beck (BAI) e Escala de Depressão de Beck (BDI), um dos instrumentos mais utilizados de mensuração dos sintomas depressivos. Psiquiatra e psicanalista por formação, desenvolveu um tratamento para depressão baseado em auxiliar os pacientes a solucionar seus problemas atuais, mudar seus comportamentos disfuncionais e responder de forma adaptativa a eles.

Por volta da década de 1960, Aaron Beck instigou uma mudança no campo da saúde mental ao propor que as teorias deveriam ser empiricamente validadas para serem aceitas no mundo acadêmico. Beck iniciou algumas pesquisas para a comprovação de suas teorias, porém o inesperado ocorreu: suas teorias não foram validadas. Tal fato forçou Beck a procurar novas explicações em outros campos de conhecimento psicológico. Em sua prática clínica, percebeu que havia uma mescla entre dois tipos de pensamento: uma vertente de livre associação e outra de pensamentos rápidos de qualificações sobre si mesmos. Foi então que Beck percebeu que seus pacientes deprimidos tinham a recorrência de pensamentos automáticos negativos e também pensamentos intimamente ligados às emoções (BECK, J., 2013). A partir disso, notou que era possível ajudar seus pacientes a identificar, avaliar e responder ao seu pensamento irrealista e desadaptativo. O resultado foi uma melhora significativa de seus pacientes. Com base na criação da “terapia cognitiva”, todos os modelos de terapia criados a partir disso, incluindo a Terapia cognitivo-comportamental, têm formulação cognitiva.

A Terapia cognitivo-comportamental se baseia em dois princípios centrais que fundamentam toda a teoria: nossas cognições têm uma influência controladora sobre nossas emoções e comportamento; e o modo como agimos ou nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e nossas emoções (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Sendo assim, o modelo terapêutico foi construído para que o terapeuta tenha boa parte da sua atenção voltada para a

interação entre pensamento, emoções e comportamentos do paciente e assim consiga estruturar intervenções adequadas para o tratamento. Segundo Beck, Rush e Shaw (1979), o terapeuta deve incentivar o desenvolvimento de processos conscientes, bem como ajuda a reconhecer e transformar pensamentos patológicos (pensamentos automáticos e esquemas). Sendo assim, o terapeuta cognitivo-comportamental deve ensinar o paciente a “pensar sobre o pensamento” para que sua atenção se volte ao controle dos mesmos. Segundo Freeman e Fusco (2004):

Trabalhar com pacientes em crise não é novidade para os psicoterapeutas. As pessoas buscam terapia por causa dos quatro “d”s – desconforto, disfunção, descontrole e desorganização.

A TCC se orienta pelo aqui e agora, contudo não se pode deixar de considerar informações passadas do paciente como: desenvolvimento da primeira infância, histórico familiar, traumas, educação, influências sociais (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). É a partir desse conjunto de informações e a queixa trazida pelo paciente que o terapeuta poderá compreender melhor o paciente como um todo e delinear o tratamento adequado.

Assim como em todas as abordagens psicológicas, para que se atinja a terapia tenha êxito alguns requisitos precisam estar presentes na dinâmica paciente-terapeuta. No caso da Terapia cognitivo-comportamental, a relação terapêutica deve estar firmada sobre um alto grau de colaboração, sendo chamado por Beck de empirismo colaborativo. De acordo com Wright, Basco e Thase (2008), a principal função do relacionamento terapêutico é enxergar as distorções cognitivas e os padrões comportamentais improdutivos por meio de uma lente empírica que pode revelar oportunidades para o desenvolvimento de mais racionalidade, o alívio dos sintomas e a melhor eficácia pessoal. Outro aspecto de destaque dentro da TCC é o tipo de questionamento, pois esse tem o propósito de fazer com que o paciente identifique pensamentos, emoções e comportamentos desadaptativos e abra espaço para a modificação adequada deles. O objetivo do questionamento socrático é fazer com que o paciente reflita a respeito do ponto questionado através de perguntas que instiguem a descoberta de padrões disfuncionais.

A TCC é um tipo de terapia estruturada e que visa se desdobrar em um curto espaço de tempo. Um dos pontos principais dessa estruturação é tornar o processo mais claro e compreensível possível para o paciente, bem como garantir um maior

grau de eficiência e clareza na condução do terapeuta e com isso, conseguir um rápido alívio do sofrimento do paciente (BECK, J. 2013).

Em contraste com a terapia psicanalítica de longo prazo, a maioria das TCC's têm limite de tempo de tratamento, com manuais de tratamentos recomendando 12-16 sessões para depressão e ansiedade não complicadas. Transtornos de personalidade e outros transtornos crônicos levam mais tempo, talvez mais de 1-2 anos de tratamento (KNAPP; BECK, 2008).

Contudo não devemos permitir que o modelo terapêutico seja visto com rigidez, uma vez que cabe ao terapeuta se adequar às necessidades de acordo o surgimento delas, valendo-se de estratégias adequadas para que não se perca o foco do objetivo do tratamento. Uma das estratégias de foco é orientar-se para os objetivos e focar nos problemas. Enumerá-los e estabelecer objetivos específicos como metas é um posicionamento que deve ser tomado pelo paciente com a ajuda do terapeuta durante as primeiras sessões. Em seguida inicia-se um processo de validação de seus pensamentos por meio de evidências. O modelo cognitivo permite que o terapeuta enxergue mais organizadamente as disfunções cognitivo-comportamentais do paciente, facilitando também o delineamento do tratamento. De acordo com Beck, J. (1997), o modelo cognitivo que fornece os pensamentos disfuncionais ou distorcidos, e este influencia no humor e o comportamento do paciente, seja comum a todos os distúrbios psicológicos. Portanto, avaliar e modificar os pensamentos resulta em uma melhora no humor e no comportamento. Uma melhora duradoura tem como consequência a modificação das crenças disfuncionais básicas dos pacientes.

3 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS: CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

3.1 MODELO COGNITIVO

De acordo com Judith Beck (2013), “a conceituação cognitiva dá o enquadramento para compreender o paciente”. Ela propõe algumas perguntas que o terapeuta deve ter em mente para iniciar o processo terapêutico:

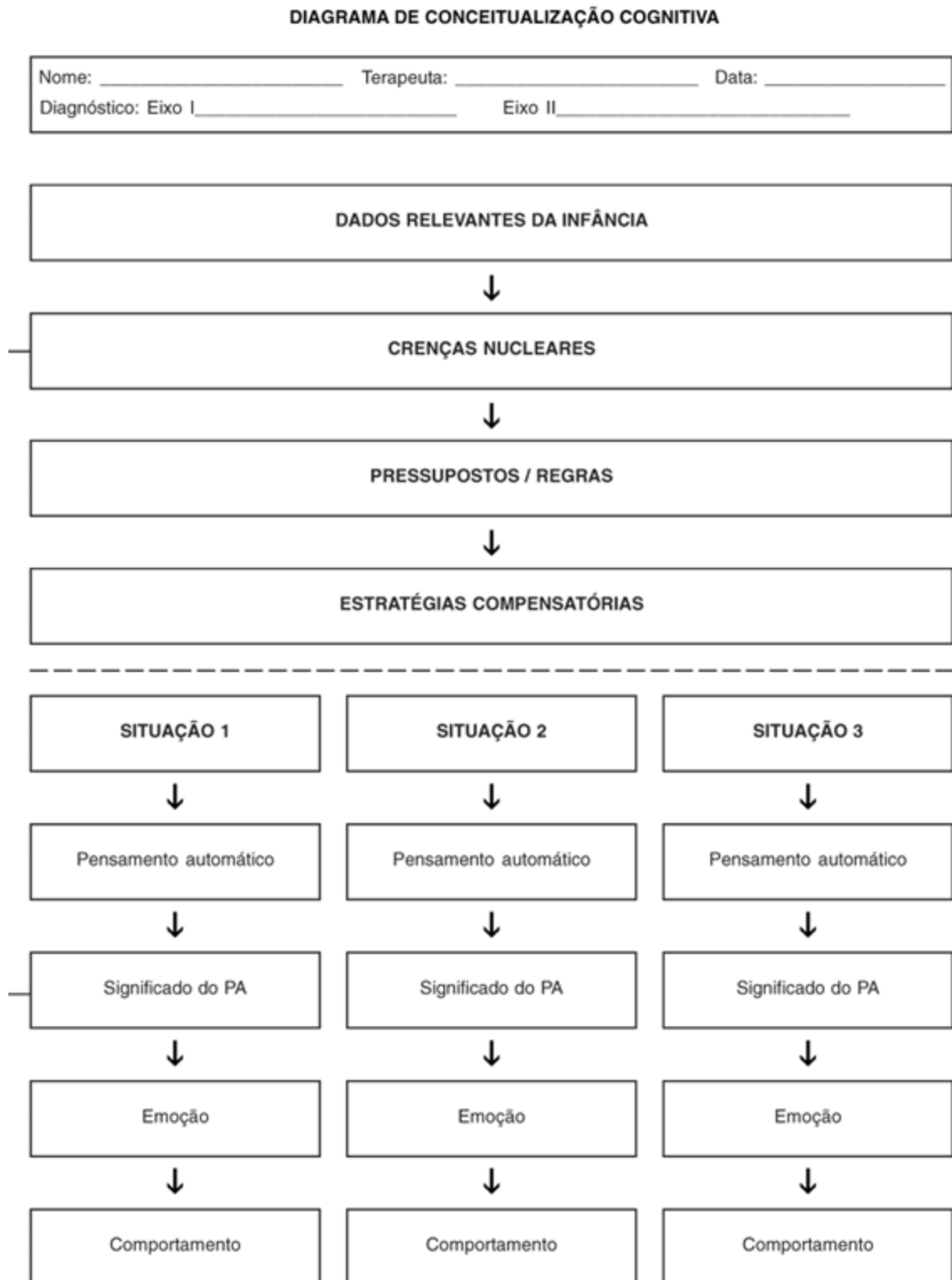
- “Qual é o diagnóstico do paciente? ”
- “Quais são seus problemas atuais? Como esses problemas se desenvolveram e como são mantidos? ”
- “Que pensamentos disfuncionais e crenças estão associados aos problemas? ”
- “Que reações (emocionais, fisiológicas e comportamentais) estão associados a esses pensamentos? ”

Em seguida, algumas hipóteses sobre o problema do paciente poderão ser geradas, a fim de compreender melhor sua cognição:

- “Como o paciente vê a si mesmo, os outros, seu mundo pessoal e o seu futuro?”
- “Quais são as crenças subjacentes do paciente (incluindo atitudes, expectativas e regras) e pensamentos?”
- “Como o paciente está enfrentando suas cognições disfuncionais?”
- “Que estressores (precipitantes) contribuíram para o desenvolvimento dos seus problemas psicológicos atuais ou interferem na resolução desses problemas?”

O terapeuta deve dar prioridade aos pensamentos e crenças mais flexíveis e suscetíveis a uma mudança cognitiva e então ir progredindo em direção aos esquemas de crenças e pensamentos mais rígidos e inflexíveis.

A seguir, o diagrama de um plano possível para elaborar o modelo cognitivo do paciente.

Tabela 2 – Modelo de conceitualização cognitiva

Fonte: Knapp e Beck (2008).

Segundo Beck, J. (1997), o modelo cognitivo sugere que o modo como as pessoas se sentem está intimamente associado à forma como elas interpretam e pensam sobre a situação. A situação em si não determina diretamente como eles se sentem; sua resposta emocional é determinada por sua percepção da situação (BECK, J., 1997).

3.2 CRENÇAS

Para se explicar crenças, é preciso antes explicar sua relação com os esquemas. Beck, A. (1964) diferencia sugerindo que os esquemas são estruturas cognitivas dentro do pensamento, cujo conteúdo específico são as crenças centrais. Modificar os esquemas diz respeito a trabalhar nos alicerces de autoconceito e modo de viver no mundo do paciente. As crenças centrais contêm as regras fundamentais para o processamento de informações das situações pelas quais o sujeito passa. Segundo Wright, Basco e Thase (2008), eles são uma matriz para compreender:

1. Selecionar e filtrar informações do meio ambiente;
2. Tomar decisões;
3. Direcionar os padrões característicos de comportamento.

As crenças centrais são o nível mais fundamental de pensamento. Elas são globais, rígidas, supercentralizadas e consideradas pelo sujeito como verdades absolutas. São ideais e conceitos fundamentais sobre nós mesmos, os outros e o mundo. Geralmente são formadas desde a infância e se fortalecem com o tempo, chegando a ser incondicionais. Predispõe a transtornos emocionais, impedem a realização de metas, está intimamente associada a emoções fortes e tem grande associação com a vulnerabilidade específica do sujeito. De acordo com Beck (1995), é possível agrupar alguns tipos de crenças centrais:

- **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.

As crenças centrais são cultivadas numa estrutura relativamente estável, os esquemas, que regem o comportamento e manifestam regras específicas que orientam o processamento da informação e do comportamento.

As crenças que estão camufladas em situações complexas e por trás de pensamentos automáticos tornam-se a parte principal do tratamento. Ainda que os esquemas desadaptativos possam parecer atuar fortemente sobre o sujeito, o investimento de trazer à tona e fortalecer crenças positivas pode ser bastante produtivo. Sendo assim, é importante explorar e lapidar os aspectos adaptativos das estruturas cognitivas básicas dos pacientes. A modificação profunda de crenças mais fundamentais torna os pacientes menos propensos a apresentar recaída no futuro.

O mais importante para o terapeuta cognitivo refere-se às crenças disfuncionais e às novas crenças mais embasadas na realidade e funcionais, que podem ser desenvolvidas e aprendidas através da terapia (BECK, J., 1997).

3.3 RELAÇÕES ENTRE COMPORTAMENTO E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Os pensamentos automáticos é uma experiência comum a todos os sujeitos, embora não estejamos necessariamente cientes de nossos pensamentos a maior parte do tempo. Entretanto, o propósito da terapia proposta pela TCC é dispor de ferramentas que permitam que esses pensamentos se tornem conscientes e possamos avaliar sua funcionalidade. Segundo Beck(1997), os pensamentos automáticos se compreendem em:

Embora os pensamentos automáticos pareçam surgir espontaneamente, eles se tornam bastante previsíveis, uma vez que as crenças subjacentes do paciente sejam identificadas. O terapeuta cognitivo está preocupado em identificar os pensamentos que são disfuncionais, ou seja, os que distorcem a realidade, que são emocionalmente aflitivos e/ou interferem com a habilidade do paciente de atingir suas metas.

Esses pensamentos disfuncionais são quase sempre negativos e bastante breves, e o sujeito está mais ciente da emoção que sente em decorrência do pensamento do que do pensamento em si. O modelo cognitivo preconiza que é a interpretação de uma situação qualquer, através do pensamento – e não o

fenômeno em si –, que influenciará nossas expressões emocionais, fisiológicas e comportamentais. Abaixo, segue a tabela de exemplos de distorções cognitivas.

Tabela 3 – Distorções cognitivas

1. **Catastrofização** – Pensar que o pior de uma situação irá acontecer, sem levar em consideração a possibilidade de outros desfechos. Acreditar que o que aconteceu ou irá acontecer será terrível ou insuportável. Exemplos: *“Perder o emprego será o fim da minha carreira”*. *“Eu não suportarei a separação da minha mulher”*. *“Se eu perder o controle será meu fim”*.
2. **Raciocínio emocional (emocionalização)** – Presumir que sentimentos são fatos. Pensar que algo é verdadeiro porque tem uma emoção (na verdade, um pensamento) muito forte a respeito. Deixar os sentimentos guiarem a interpretação da realidade. Presumir que as reações emocionais necessariamente refletem a situação verdadeira. Exemplos: *“Eu sinto que minha mulher não gosta mais de mim”*. *“Eu sinto que meus colegas estão rindo às minhas costas”*. *“Sinto-me desesperado, portanto a situação deve ser desesperadora”*.
3. **Polarização (pensamento tudo-ou-nada, dicotômico)** – Ver a situação em duas categorias apenas, mutuamente exclusivas, ao invés de um *continuum*. Perceber eventos ou pessoas em termos absolutos. Exemplos: *“Deu tudo errado na festa”*. *“Devo sempre tirar a nota máxima, ou serei um fracasso”*. *“Ou algo é perfeito, ou não vale a pena”*. *“Tudo foi uma perda de tempo total”*.
4. **Abstração seletiva (visão em túnel, filtro mental, filtro negativo)** – Um aspecto de uma situação complexa é o foco da atenção, enquanto outros aspectos relevantes da situação são ignorados. Uma parte negativa (ou mesmo neutra) de toda uma situação é realçada, e todo o restante positivo não é percebido. Exemplos: *“Veja todas as pessoas que não gostam de mim”*. *“A avaliação do meu chefe foi ruim”* (focando apenas um comentário negativo e negligenciando todos os comentários positivos).
5. **Leitura mental** – Presumir, sem evidências, que sabe o que os outros estão pensando, desconsiderando outras hipóteses possíveis. Exemplos: *“Ela não está gostando da minha conversa”*. *“Ele está me achando inoportuno”*. *“Ele não gostou do meu projeto”*.
6. **Rotulação** – Colocar um rótulo global, rígido em si mesmo, numa pessoa, ou situação, ao invés de rotular a situação ou comportamento específico. Exemplos: *“Sou incompetente”*. *“Ela é uma pessoa má”*. *“Ela é burra”*.
7. **Minimização e maximização** – Características e experiências positivas em si mesmo, no outro ou nas situações são minimizadas enquanto o negativo é magnificado. Exemplos: *“Eu tenho um ótimo emprego, mas todo mundo tem”*. *“Obter notas boas não quer dizer que eu sou inteligente, os outros obtêm notas melhores do que eu”*.
8. **Imperativos (“Deveria” e “Tenho que”)** – Interpretar eventos em termos de como as coisas deveriam ser, ao invés de simplesmente focar em como as coisas são. Afirmativas absolutistas na tentativa de prover motivação ou modificar um comportamento. Demandas feitas a si mesmo, aos outros e ao mundo para evitar as consequências do não cumprimento destas demandas. Exemplos: *“Eu tenho que ter controle sobre todas as coisas”*. *“Eu devo ser perfeito em tudo que faço”*. *“Eu não deveria ficar incomodado com minha esposa”*.

Fonte: Knapp e Beck (2008).

Uma ferramenta valiosa da TCC que ajuda o paciente a se tornar mais consciente de seus pensamentos e crenças disfuncionais é o exercício de registrar os pensamentos disfuncionais de acordo com as situações vivenciadas. Geralmente, uma tabela lhe é dada como tarefa de casa e cabe ao terapeuta fornecer ao paciente as devidas explicações de como proceder.

4 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

A prática no campo de estágio tem como base a abordagem Terapia Cognitivo-comportamental, a qual compreende que nossas cognições têm uma influência controladora sobre nossas emoções e comportamento; e o modo como agimos ou nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e nossas emoções. Sendo assim, a prática clínica permite que o sujeito reestruture a cognição e seus comportamentos a partir do acompanhamento psicológico. As Clínicas Integradas permitem práticas supervisionadas pelos docentes de cada área, facilitando, assim, o amadurecimento profissional e postura humanizada no atendimento ao paciente. A equipe que acompanha os estagiários de psicologia é composta pela coordenadora das Clínicas Integradas do UNI-RN, a professora Geórgia Filomena Baetta Neves, a coordenadora de estágios, a professora Mariana Cela, além da supervisora de área, a professora Marianna Carla.

5 MÉTODO: ESTUDO DE CASO

O estudo de caso é um instrumento pedagógico com o propósito de identificar o problema, analisar evidências, desenvolver argumentos lógicos, avaliar e propor soluções.

Os atendimentos ocorreram do dia 07/04/2017 ao dia 20/10/2017 e o estudo de caso a seguir é um relato do atendimento prestado a M., a fim de mostrar os principais dados do caso e a evolução progressiva atingida por meio de técnicas específicas para o seu caso.

M., 18 anos, procurou atendimento nas Clínicas Integradas do UNI-RN com queixa inicial de que descobriu alguns linfonodos no pescoço e acreditava que isso era um indicativo de que estava com câncer, somados às reações fisiológicas do seu corpo, como vômito excessivo, dores no estômago, fraqueza e perda de peso. O primeiro episódio ocorreu durante uma viagem, quando passou muito mal todos os dias e vomitou muitas vezes. Quando retornou, procurou ajuda médica, fez muitos exames e apenas gastrite foi detectada. Sempre que tem um tempo livre, começa a procurar novos nódulos no pescoço e, quando encontra, começa a pensar “porque não senti isso antes? Será que já está se desenvolvendo e eu não sei?” e isso o deixa nervoso. Não satisfeito com os resultados, M. insistia que havia algo de errado com seu corpo e procurou mais médicos, até que um deles sugeriu que buscasse atendimento psicológico, uma vez que nada expressivo foi encontrado nos exames. Posteriormente, atribuiu o mal-estar da viagem à ansiedade do momento, mas os indícios físicos não permitiam que ele se convencesse plenamente de que não havia nada de errado. Mesmo saudável, acreditava que poderia descobrir a qualquer momento que estava com câncer.

M. correlaciona este mal-estar à gastrite, recém-descoberta, porém também associa à ansiedade da viagem e também ao reencontro com a avó, pessoa a qual era bem próximo. Outro ponto que M. relaciona é o fato de seu namorado ter perdido recentemente um familiar para o câncer e ele acredita ter “absorvido” muito dessa história pra si. Seu relacionamento com os pais é tranquilo, mas é mais bem relacionado com a mãe, que o ajudou a buscar todos os atendimentos médicos e psicológicos. M. crê que, mesmo sabendo que está saudável, pode descobrir que tem câncer a qualquer momento por causa dos linfonódulos. M. estuda à tarde e, preocupado com sua saúde, chegou a procurar a enfermaria da escola para

conversar com mais um profissional e questionar se o que tinha era algum problema real. M. conta que as preocupações de saúde nunca são atendidas pelos médicos, por exemplo, que deseja fazer determinado exame ou não sanarem adequadamente suas dúvidas. Disse acreditar nos médicos, mas ainda tinha desconfiança e que tinha medo de parecer “louco” ao dizer essas coisas para qualquer pessoa. M. diz ter preocupação em, por não ter dinheiro, sempre se prevenir financeiramente para os problemas. E acha que ter câncer seria um grande problema financeiro para a família, pois eles não poderiam arcar com as despesas do tratamento.

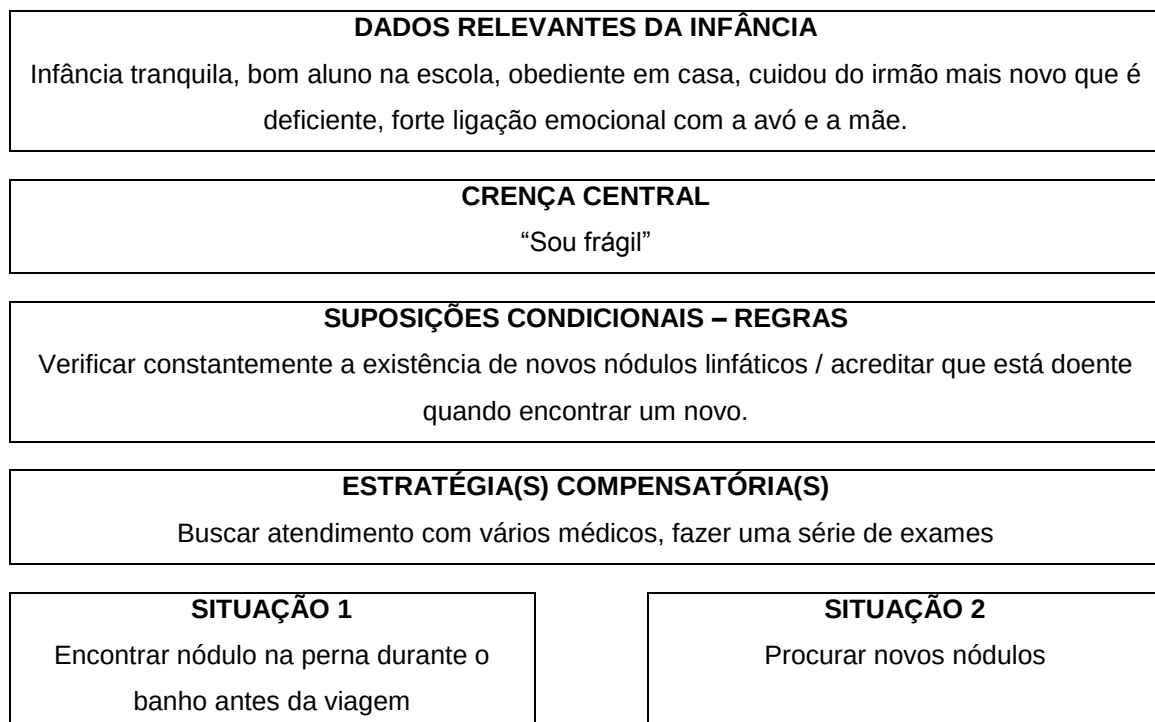
M. parece muito consciente dos seus desvios de pensamentos, tem noção da realidade, porém sabe que seus pensamentos ruins o controlam.

Outra questão central que surgiu foi se sentir perdido quanto ao que fazer da vida após o término do curso técnico. Diz que estuda todos os dias, mas ainda considera insuficiente, que devia se dedicar mais, mesmo não sabendo o que fazer e para qual curso se inscreverá no ENEM. Diz que não gosta da área de humanas, pois acredita que não tem habilidades sociais suficientes para isso. Diz ter interesse nas áreas de exatas pois gosta de números e funcionamento das coisas, mas as vezes não sabe se se interessa pelo funcionamento interno da máquina ou a função dela. Pensa na área de ciências biológicas porque tem o exemplo do irmão deficiente em casa e gostaria de ajudar. Mas também disse que tem medo de estudar sobre o corpo humano e se identificar com as doenças e se tornar paranoico. No geral, acredita gostar de praticamente tudo, mas não consegue se decidir.

6 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA AO ESTUDO DE CASO

O caso citado está relacionado com a distorção cognitiva de catastrofização e inferência arbitrária. Como exemplo, é possível citar quando o paciente encontra um novo nódulo no pescoço e automaticamente relaciona isso ao câncer, o sujeito apresenta uma distorção cognitiva como a catastrofização. A catastrofização, ou adivinhação, prevê negativamente o futuro sem levar em consideração outros resultados mais prováveis, e raciocínio emocional, que consiste em acreditar que algo é verdade apenas porque foi “sentido” intensamente, ignorando ou desvalorizando as evidências em contrário. Sabendo disso, o terapeuta cognitivo tem como objetivo ensinar o paciente a identificar, avaliar e modificar seus pensamentos, a fim de produzir alívio de sintomas, e as intervenções terapêuticas partiram do propósito de reestruturar esses erros cognitivos. A reestruturação cognitiva permite, através de estratégias diretas e efetivas, que o paciente estruture seu pensamento de forma que sua interpretação a respeito de si mesmo e do mundo se modifique e este foi o grande foco.

Tabela 4 – Modelo de conceitualização cognitiva aplicada ao caso
DIAGRAMA DE CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA DO PACIENTE



PENSAMENTO AUTOMÁTICO “Estou doente”	PENSAMENTO AUTOMÁTICO “Será que o médico viu esse também?”
SIGNIFICADO DO P.A. “Tenho câncer”	SIGNIFICADO DO P.A. “Tenho câncer”
EMOÇÃO Desespero/ansiedade	EMOÇÃO Desespero/ansiedade
COMPORTAMENTO Querer retornar à natal e procurar médicos	COMPORTAMENTO Buscar atendimento com médicos

A princípio foram traçadas as metas do paciente, que consistem em traçar pontos específicos que serão trabalhados para alcançar o objetivo e M. manifestou vontade de mudar o modo como pensava negativamente a respeito de sua saúde. As primeiras sessões dentro da TCC precisam ser mais estruturadas, uma vez que os pacientes chegam mais sintomáticos, podendo ter mais dificuldade de concentração e memória. Sendo assim, após coleta de dados da história e breves explicações sobre como funciona a TCC em sessões distintas, foi repassado para o paciente o formulário de registro de pensamentos (BECK, J., 2013) como tarefa de casa sempre que fosse necessário anotar um pensamento/emoção/comportamento identificado diante de determinada situação.

Como mesmo sugere Wright, Basco e Thase (2008), o questionamento socrático é a melhor técnica para modificar pensamentos automáticos, pois o processo de questionamento é a espinha dorsal das intervenções cognitivas para mudar pensamentos disfuncionais. Dentre os benefícios, estão: intensificação da relação terapêutica, melhor entendimento de cognições e comportamentos importantes e promoção do engajamento ativo do paciente na terapia. Sabendo disso, por meio do questionamento socrático, foi possível que M. passasse a perceber a disfuncionalidade de seus pensamentos, o quanto eles eram capazes de interferir em seu julgamento adequado da realidade, passando então a acreditar nos médicos que diziam não existir nada de errado com sua saúde. Ao atingirmos isso, foi sugerido que o paciente agisse de forma mais ativa durante a consulta, que questionasse mais as definições dos médicos, perguntasse mais sobre os resultados dos exames, que assim pudesse sanar todas as suas dúvidas e não restassem

brechas para que os pensamentos disfuncionais se instalassem. Após esta recomendação e devida realização, M. avaliou sua ansiedade em apenas “20%”, surtindo o efeito esperado da proposta. A intenção inicial era de que esta porcentagem fosse monitorada ao longo do acompanhamento, para assim evitar a regressão e consequente aumento no valor e procurar atingir o mínimo possível de ansiedade. Quanto a isso, em todas as sessões subsequentes foi perguntado como estava seu nível de ansiedade e, na maioria delas, estava inferior a 20%. Como estratégia de enfrentamento da ansiedade, foi sugerido que assistisse um filme que evitasse assistir há mais de 1 ano, pois acreditava que o filme falaria sobre algo que remetesse aos seus problemas de saúde. O paciente o fez, sentindo-se corajoso e aliviado pelo enfrentamento, e acabou percebendo que estava se sentindo preparado para o que as cenas do filme chegaram a fomentar. Desde esse momento, o paciente não relatou nenhum mal-estar ou pensamentos intrusos, considerando que ter assistido ao filme que evitava há mais de 1 ano como o ponto mais expressivo de sua melhora.

Em determinado momento, M. fez uma visita à instituição que cuida de crianças com câncer para a entrega de brinquedos no dia das crianças. Anterior à visita, M. estava apreensivo, incomodado com a possibilidade de se sentir emocionalmente afetado com as crianças enfermas, que elas o fizessem lembrar as preocupações com a saúde que tanto o incomodava antes e que agora acreditava ter superado. Além da retomada das discussões sobre sua saúde, as velhas e novas perspectivas, foi passado o exercício de respiração diafragmática, para que pudesse usá-lo caso se sentisse ansioso e desconfortável durante a visita. Após esse evento, M. contou que não foi necessário o uso da técnica, pois não se sentiu ansioso, na verdade se sentiu a vontade quando viu que nem todas as crianças da instituição tinham aparência abatida e característica de alguém que tenha câncer. O fato de muitas crianças terem aparência saudável, embora estivessem doentes, fez com que M. repensasse a sua perspectiva sobre o binômio saúde-doença, na crença de que a ausência de saúde é negativamente determinante na vida do sujeito, sinônimo de falta de perspectivas futuras. É possível perceber como essa visita foi um expoente da evolução de uma de suas metas iniciais, concretizando todos os aspectos trabalhados durante as sessões de terapia.

Quanto a outra demanda de descoberta profissional, foi aplicado o teste BPR-5 nos dias 02 e 09/06/2017, a fim de conhecer melhor as aptidões do paciente.

A Bateria de Provas de Raciocínio é composta por 5 provas que tem por objetivo apurar quantitativamente as aptidões para os raciocínios: numéricos, espacial, mecânico, abstrato e verbal. Após a bateria de provas e a correção devidamente feita, M. se destacou mais nas provas de raciocínio mecânico e raciocínio abstrato. Porém seu resultado nas demais provas também foi bastante satisfatório, alcançando percentis correspondentes com múltipla habilidade. A partir do resultado do BPR-5, foi possível concluir que M. possui aptidão para diversas áreas de conhecimento. Sendo assim, sabendo das vastas possibilidades, foi possível traçar uma estratégia que pudesse restringir mais suas possibilidades de escolhas: uma mostra de profissões. Foram pesquisados todos os cursos fornecidos pela UFRN, destacando as áreas de conhecimento necessárias para a profissão, bem como os campos de atuação de cada uma. Durante 3 sessões, levei uma caixinha fechada com os papéis dos cursos dentro, para que fizéssemos o sorteio e discutíssemos cada curso e assim descartar os que faltava de afinidade e separar os cursos que se interessasse. Dentre mais de 50 cursos, M. escolheu por fim apenas 2. A atividade proposta teve grande adesão do paciente, estando engajado e empolgado com as sessões, levando-o a pesquisar mais em casa e trazer novas possibilidades. Hoje, M. está convicto de qual curso escolherá e fará inscrição após o resultado da nota do ENEM.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo que a Teoria Cognitivo-comportamental tem como objetivo priorizar metas e trabalhá-las num espaço de tempo previamente estipulado, seu modelo prático para modificações de emoções, pensamentos e comportamentos desadaptativos torna-se eficaz devido à larga adesão a tratamentos de diferentes tipos de transtornos. A ansiedade é uma demanda frequente, mas que pode se apresentar de maneiras distintas em cada sujeito. No caso de M., a ansiedade provocou o surgimento de distorções cognitivas e, sendo assim, foi possível observar como seus pensamentos desadaptativos geravam problemas no seu dia a dia e acarretavam em comportamentos inadequados, muitas vezes exacerbados.

Haja visto o caso de M. acima descrito, é possível perceber que as metas foram devidamente trabalhadas e cumpridas com êxito. Êxito este que permanece consolidado, uma vez que as situações da vida cotidiana de M. reafirmam a consistência do trabalho realizado durante o período de terapia. Embora os resultados tenham aparecido, é necessário trabalhar com o paciente também a possibilidade de recaída, pois isso também faz parte do processo terapêutico.

Por fim, assim como Beck, J. (1997) afirma, o planejamento de um tratamento efetivo requer um diagnóstico preciso dentro da formulação cognitivo-comportamental e da consideração das características e problemas do paciente individual. É de fundamental importância jamais reduzir o paciente apenas à teoria e afirmá-lo também dentro das dimensões psicológicas.

REFERÊNCIAS

BECK, A. T. Thinking and depression: Theory and therapy. **Archives of General Psychiatry**, v. 10, p. 561-571, 1964.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F. et al: **Cognitive Therapy of Depression**. New York, Guilford, 1979.

BECK, A. T.; FREEMAN, A.; associates. **Cognitive Therapy of Personality disorders**. New York: Guilford Press, 1990.

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

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997(Original publicado em 1995)

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2001

CASTONGUAY, L. G. A. **Bringing Psychotherapy research to life: understanding change through the work of leading clinical researchers**. [S.l.: s.n.], 2010.

DATTILIO, Frank M.; FREEMAN, Arthur. **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situação de crise**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

EVANS, J. M. G. et al. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacology for depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 49, p. 802-808, 1992.

INSPER. **O que é um estudo de caso**. Disponível em: <<https://www.insper.edu.br/casos/estudo-caso/>>. Acesso em: 26 maio 2017.

KNAPP, P.; BECK, A. T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 30, n. Supl. 2, out. 2008.

KUYKEN, W., PADESKY, C. A., & DUDLEY, R. (2010). **Conceituação de casos colaborativa: O trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-**

comportamental (Mallmann da Rosa, trad.) Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 2009).

PSICOLOGADO ARTIGOS. **Aaron Beck e a Terapia Cognitiva**. Disponível em: <<https://psicologado.com/abordagens/psicologia-cognitiva/aaron-beck-e-a-terapia-cognitiva>>. Acesso em: 23 maio 2017.

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

ANEXOS

ANEXO A – FOLHA DE REGISTRO DE PENSAMENTOS

FOLHA DE EXERCÍCIOS 5.2: Identificando Pensamentos Automáticos

1. Situação	2. Estados de Humor	3. Pensamentos Automáticos (Imagens)
Com quem você estava? O que você estava fazendo? Quando foi? Onde você estava?	Descreva, com uma palavra, cada estado de humor. Avalie a intensidade do humor (0-100%).	Responda algumas ou todas as seguintes perguntas: O que estava passando em minha mente instantes antes de eu começar a me sentir deste modo? O que isso diz a meu respeito? O que isso significa em relação a mim, à minha vida e a meu futuro? O que temo que possa acontecer? O que de pior pode acontecer se isso for verdade? O que isso significa em termos do modo como a(s) outra(s) pessoa(s) sente(m)/pensa(m) a meu respeito? O que isso significa em relação à(s) outra(s) pessoa(s) ou às pessoas em geral? Quais imagens ou lembranças tenho nesta situação?

**ANEXO B – FOLHA DE REGISTRO DE PENSAMENTOS PREENCHIDA PELO
PACIENTE**

FOLHA DE EXERCÍCIOS 5.2: Identificando Pensamentos Automáticos		
1. Situação	2. Estados de Humor	3. Pensamentos Automáticos (Imagens)
1) 49/05 Prof. Biologia vai dar aula sobre vitaminas (inclui vitamina D)	Inibido/frustrado (60%)	"Será que TODA aula de biologia tem de ter algo?"