

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

KIMBERLLY LIRA DE CARVALHO

A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL ATUANDO SOBRE A ANSIEDADE

NATAL/RN

2017

KIMBERLLY LIRA DE CAVALHO

A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL ATUANDO SOBRE A ANSIEDADE

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Área de atuação: Terapia Cognitivo comportamental.

Orientadora: Prof^a. Me. Marianna Carla Dantas de Lucena.

NATAL/RN

2017

KIMBERLLY LIRA DE CAVALHO

A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL ATUANDO SOBRE A ANSIEDADE

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

Aprovado em: _____ de _____ 2017

BANCA EXAMINADORA

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

Dr^a Martina Simonetti Galvão Pereira
Leitora externa

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo a construção do conhecimento teórico e prático considerando a Terapia-Cognitiva-Comportamental, com a finalidade de apresentar não só as técnicas utilizadas no processo terapêutico, mas a evolução e desenvolvimento do caso sobre Transtorno de ansiedade. A ansiedade torna-se um transtorno quando o indivíduo comumente percebe os ativadores de seu medo como sendo perigosos de maneira irreal ou com potencial ameaçador. Além de gerar mal-estar físico, psíquico e social afetando toda sua funcionalidade. Os métodos utilizados foram revisão bibliográfica e um estudo de caso atendido nas Clínicas Integradas do UNI-RN. O estudo de caso foi composto por 13 sessões, justificando a desistência da paciente devido a uma mudança de cargo trabalhista onde a mesma precisaria residir em outra cidade. Algumas técnicas utilizadas foram questionamento socrático, organização de metas e respiração diafragmática com a finalidade de conscientização das crenças da paciente, organização da sua rotina além de atuar na redução dos sintomas da ansiedade. Os resultados foram o desenvolvimento de estratégias eficientes para lidar com os sintomas da ansiedade além de auxiliar a paciente na reestruturação cognitiva o que possibilitou a desconstrução de antigos padrões cognitivos, emoções e comportamentos que poderiam ser disfuncionais e que de certa forma afetariam sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental. Desconstruir. Estruturar. Qualidade de vida. intervenções.

ABSTRACT

This work aims to construct theoretical and practical knowledge, considering the Cognitive-Behavioral Therapy, with the purpose of presenting not only the techniques used in the therapeutic process but the evolution and development of the case on Anxiety Disorder. Anxiety becomes a disorder when the individual commonly perceives the activators of their fear as being unrealistically dangerous or potentially threatening. In addition to generating physical, psychic and social malaise affecting all its functionality. The methods used were a bibliographic review and a case study in the Integrated Clinics of UNI-RN. The case study was composed of 13 sessions, justifying the patient's withdrawal due to a change of job position where the same would need to reside in another city. Some techniques used were Socratic questioning, goal setting and diaphragmatic breathing with the purpose of raising awareness of the patient's beliefs, organizing her routine, and acting to reduce the symptoms of anxiety. The results were the development of efficient strategies to deal with the symptoms of anxiety, besides assisting the patient in the cognitive restructuring, which enabled the deconstruction of old cognitive patterns, emotions and behaviors that could be dysfunctional and that in a way would affect their quality of life.

Key-Words: Cognitive-behavioral therapy. Deconstruct. Interventions. Quality of life. Restructure.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 COMO SURTIU A TCC?	7
3 O QUE É TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL	8
4 CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA	11
4.1 MODELO COGNITIVO.....	11
4.2 CRENÇAS.....	12
4.3 RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS.....	13
5 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO	13
6 MÉTODO: ESTUDO DE CASO	145
6.1 DESCRIÇÃO DO CASO.....	15
6.2 TCC APLICADA AO CASO	18
7 ANALISE E DISCURSSÃO DE RESULTADOS	20
8 RESULTADOS ALCANÇADOS	21
9 CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS.....	24
ANEXOS	24

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente a terapia Cognitiva foi desenvolvida para o tratamento do transtorno depressivo (Beck,1967). E atualmente é aplicada para tratar uma gama de transtornos de ordem psiquiátrica em todo o mundo incluindo transtornos de ansiedade (BECK; EMERY; GREENBERG, 1985; CLARK, 1989; SALKOVSKIS; KIRK,1989), dependências químicas (BECK et al., 1993), Transtornos de personalidade (BECK et al.,1990), Transtornos alimentares (FAIRBURN,1997) e outros. A ideia principal da terapia cognitiva é identificar e corrigir padrões de pensamento de forma consciente e inconsciente (que não estão imediatamente acessíveis à consciência) para que isso não cause prejuízo emocional ao indivíduo.

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; BECK, 2008). Como a terapia-cognitivo-comportamental é um termo genérico que engloba uma variedade de mais de 20 abordagens dentro do modelo cognitivo e cognitivo comportamental (MAHONEY; LYDDONM,1988).

Na TCC há uma interação recíproca de pensamentos, sentimentos, comportamentos, fisiologia e ambiente. É possível perceber que as emoções podem influenciar os processos cognitivos e que os comportamentos também podem influenciar a avaliação de uma situação pela modificação da própria situação ou por evocar respostas de outras pessoas (FREEMAN et al.,1990). Ocorrendo mudanças em qualquer um desses fatores é possível desencadear mudanças nos demais por isso o trabalho realizado pela terapia cognitivo comportamental inicia-se com a avaliação e modificação dos pensamentos porque ao modificar seu modo de pensar conseqüentemente o comportamento também é modificado e a vida do paciente começa a ser saudável.

2 COMO SURTIU A TCC

O desenvolvimento a terapia cognitiva se deu em um momento histórico em que as “abordagens dominantes” eram a psicanálise, o behaviorismo e, em menor escala, o humanismo (DOBSON; BACKS-DERMOTT; DOZOIS, 2000). Em contrariedade a escola psicanalítica, por exemplo, o material trazido a consulta não é interpretado pelo terapeuta, mas elaborado em conjunto com o paciente num trabalho de examinar e corrigir as distorções do pensamento que causam sofrimento emocional ao indivíduo.

Os componentes comportamentais do modelo de terapia cognitivo-comportamental tiveram seu início nos anos 1950 e 1960, quando os pesquisadores começaram a aplicar as ideias de Pavlov, Skinner e outros Behavioristas experimentais (RACHMAN, 1977). Joseph Wolpe (1958) e Hans Eysemans (1966) foram pioneiros na exploração do potencial das intervenções comportamentais, como a dessensibilização (contato gradual com objetos e situações temidas) e treinamento de relaxamento. No entanto, muitas das abordagens que inicialmente se apropriavam dos princípios comportamentais para psicoterapia não observavam os processos cognitivos envolvidos nos transtornos psiquiátricos. Pelo contrário, o foco era moldar o comportamento mensurável com reforçadores e em eliminar as respostas de medo por meio da exposição. (KNAPP, 2003)

A medida que a terapia cognitiva comportamental se expandia, vários investigadores proeminentes, - como: Meichenbaum (1977) e Lewinsohn e colaboradores (1985) - começaram a incorporar as teorias e estratégias cognitivas a seus tratamentos. Eles observaram que a perspectiva cognitiva acrescentava contexto, profundidade e entendimento as intervenções comportamentais. Além disso, Beck defendeu a inclusão e métodos comportamentais desde o início de seu trabalho, pois reconhecia que essas ferramentas são eficientes para reduzir sintomas, e favoreceu um relacionamento estreito entre cognição e comportamento. Desde a década de 1960 houve uma unificação das formulações cognitivas e comportamentais na psicoterapia.

3 O QUE É TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL?

A terapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron Beck na década de 60 como psicoterapia breve, estruturada e direcionada no aqui-agora com o objetivo de solucionar problemas atuais e modificar os pensamentos e comportamentos disfuncionais do indivíduo.

Embora tenha partido de conceitos psicanalíticos, Beck observou que suas teorias cognitivas eram influenciadas pelos trabalhos de vários analistas pós-freudianos, como Adler, Horney e Sullivan. O foco destes nas autoimagens distorcidas antecedia o desenvolvimento de formulações comportamentais mais sistematizadas dos transtornos psiquiátricos e da estrutura da personalidade (CLARK et al.,1999). A teoria dos construtos pessoais (Crenças nucleares ou auto esquemas) de Kelly (1955) e a terapia racional-emotiva de Ellis também contribuíram para o desenvolvimento das teorias e dos métodos cognitivo-comportamentais (CLARK et al., 1999; RAIMY, 1975).

Construída através de uma tríade que considera a visão que o indivíduo possui sobre si mesmo, suas experiências e seu futuro.

A TCC é uma abordagem que se baseia em dois princípios centrais:

1. Nossas cognições têm uma influência controladora sobre nossas emoções e comportamento; e
2. O modo como agimos ou nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e nossas emoções.

Durante os séculos XIX e XX, filósofos europeus-incluindo Kant, Heidegger, Jaspers e Frankl – continuaram a desenvolver a ideia de que os processos cognitivos conscientes têm um papel fundamental na existência humana (CLARK et al.,1999; WRIGHT et al., 2003). FRANKL (1992), por exemplo, afirmou persuasivamente que encontrar uma sensação de sentido na vida ajudava a servir como um antídoto para o desespero e a desilusão.

As primeiras formulações de Beck centravam-se no papel do processamento disfuncional de informações em transtornos como depressão e ansiedade. Ele descreveu uma conceitualização cognitiva da depressão na qual os sintomas

estavam relacionados a um estilo negativo de pensamento em três domínios: si mesmo, mundo e futuro (a tríade negativa”) (BECK,1963/1964). Assim, a proposta de Beck de uma terapia cognitivamente orientada com o objetivo de reverter cognições disfuncionais e comportamentos relacionados foi então testada um grande número de pesquisas (BUTLER; BECK, 2000; DOBSON,1989; WRIGHT et al., 2003). Além de considerar os pensamentos e comportamentos disfuncionais do indivíduo na tentativa de modificá-los a terapia cognitiva atua também em um contínuo considerando o desenvolvimento do paciente, ou seja, sua história de vida e os padrões comportamentais e disfuncionais de pensamento que podem ter ocorridos em sua trajetória e que no presente está causando algum tipo de prejuízo para sua vida como um todo.

A terapia cognitiva requer uma aliança terapêutica positiva dentro de um formato mais estruturado de sessões. Uma aliança terapêutica positiva está correlacionada com os resultados positivos em psicoterapia (Horvath e Greenberg,1994). Nesse âmbito, a terapia cognitiva é psicoeducativa na medida em que ensina o paciente a ser seu próprio terapeuta, pois o mesmo vai conseguir compreender seu problema atual. Vale considerar também a ênfase dada a prevenção de recaídas, uma situação que pode ocorrer durante o processo terapêutico, e que se utiliza de uma gama de técnicas para reestruturar pensamentos, comportamentos e humor favorecendo qualidade de vida para o paciente durante o processo terapêutico e fora dele.

A TCC é comumente estruturada em sessões de 45 a 50 minutos. E terá os seguintes componentes: definição da agenda, revisão do aprendizado do cliente desde a sessão anterior, introdução de novos aprendizados e habilidades, aplicação de novas ideias as dificuldades atuais do cliente, formulação de exercícios para aprendizagem (p.ex., exercícios de casa) para a semana seguinte e *feedback* do cliente sobre a sessão (J.S. Beck,1995; Padesky e Greenberger,1995). O modelo da TCC pressupõe que as mudanças cognitivas e comportamentais são moduladas por meio de processos biológicos e que as medicações psicotrópicas e outros tratamentos biológicos influenciam as cognições (WRIGHT et al., 2003).

Para direcionar o tratamento, é extremamente recomendada uma formulação minuciosamente integrada, e detalhada, que inclua considerações cognitivo-comportamentais, biológicas, sociais e interpessoais.

A TCC enfatiza técnicas destinadas a ajudar os pacientes a detectar e modificar seus pensamentos profundos, especialmente aqueles associados aos sintomas emocionais, como depressão, ansiedade ou raiva. A TCC ensina os pacientes a “pensar sobre o pensamento” para atingir a meta de trazer às cognições autônomas a atenção e ao controle consciente (D. A. Clark et al. 1999). A terapia cognitiva baseia-se na premissa que a interrelação entre cognição, emoção e comportamento está implicada no funcionamento normal do ser humano. Não são os acontecimentos do nosso cotidiano em si que geram emoções e comportamentos, mas sim o que pensamos a respeito deles. Os eventos ativam os pensamentos, nos quais geram como consequência as emoções e os comportamentos.

Segundo Beck (1976), “quando o indivíduo é capaz de preencher o espaço faltante entre um evento ativador e as consequências emocionais e comportamentais então suas reações se tornam compreensíveis”.

4 CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA

Sintetiza a experiência do cliente relacionando com a teoria e a prática e a pesquisa pertinentes a TCC. O foco principal são os fatores cognitivo-comportamentais que mantêm o sofrimento dos pacientes e a capacidade de desenvolver a resiliência (Ehbers e Clark, 2000)

A conceitualização descreve os problemas de uma maneira construtiva auxiliando os clientes a compreender como esses problemas configuram-se favorecendo a uma relação colaborativa durante o tratamento. Tornando os inúmeros problemas que parecem complexos possíveis de serem resolvidos pelo paciente e terapeuta. Além disso, ajuda a escolher, focalizar e organizar as intervenções necessárias para a psicoterapia (J.S. Beck, 2005). Sem o entendimento cognitivo do paciente, todo tratamento será apenas a aplicação de um punhado de técnicas cognitivas e comportamentais com um resultado pobre, quando não ineficaz (KNAPP; ROCHA, 2003)

Portanto, o objetivo principal da formulação cognitiva é melhorar o resultado do tratamento, auxiliando o terapeuta e paciente na obtenção de uma concepção mais ampla e profunda dos mecanismos cognitivos e comportamentais do paciente, em vez de vê-lo como uma coleção de sintomas diagnósticos e psiquiátricos (PERSONS, 1989). No que diz respeito às intervenções a conceitualização vai favorecer uma maior relação custo-benefício, vai servir para auxiliar o terapeuta e o cliente a optarem pela maneira mais eficiente para trabalhar os objetivos em terapia. Reforça o entendimento e o trabalho produtivo da própria relação terapêutica, bem como ajuda a compreender o fracasso do processo terapêutico e sugere alternativas para mudança.

4.1 MODELO COGNITIVO

O modelo cognitivo na TCC é organizado dentro de três níveis de cognição: pensamentos automáticos, pressupostos subjacentes e crenças nucleares. Todos nós temos esses três níveis de cognição funcionando de maneira positiva ou negativa, mas quando falamos nesses conceitos estamos nos referindo aos pensamentos disfuncionais.

Pensamentos automáticos: São cognições que passam rapidamente por nossas mentes quando estamos em meio a situações (ou relembrando acontecimentos). Um dos indícios mais importantes de que os pensamentos automáticos podem estar ocorrendo é a presença de emoções fortes. Normalmente esses tipos de pensamentos não são analisados de maneira cuidadosa.

Pensamentos automáticos são fáceis de acessar e modificar, porém muitas vezes podem não ocorrer em forma de pensamentos e sim de imagens. Quando um indivíduo não consegue identificar seus pensamentos automáticos a maneira de evoca-los é pensar em imagens; por exemplo quando um indivíduo é convidado para uma palestra, tem a imagem de estar encolhido num canto, com o rosto vermelho, enquanto toda a plateia está rindo de alguma bobagem que ele imagina ter falado na palestra. (KNAPP,2013)

4.2 CRENÇAS

Crenças nucleares: São relacionadas a nós mesmos, aos outros e ao mundo. Esse tipo de crença é incondicional porque independentemente da situação que o indivíduo esteja vivendo ele vai pensar do mesmo modo de acordo como o que acredita. Elas vão se construindo de acordo com as experiências de aprendizado mais iniciais e se fortalecem ao longo da vida, moldando a percepção e a interpretação dos eventos, modelando nossa maneira de ser.

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.

Crenças intermediárias: São o segundo nível de cognição criado por Beck em seu modelo: são regras e pressupostos criados pelo indivíduo para que ele possa conviver com as ideias absolutas, negativas e não adaptativas que tem a seu respeito. Funcionam como mecanismo de sobrevivência para todo um sistema de

regras, padrões e atitudes que guiam nossa conduta em sociedade. Além de auxiliar a lidar e a proteger o indivíduo da ativação extremamente dolorosa das suas crenças nucleares.

Mesmo que o indivíduo construa e mantenha essas crenças intermediárias como uma maneira de reagir diante das crenças centrais disfuncionais, elas acabam confirmando e reforçando cada uma delas.

4.3 RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

As crenças intermediárias de uma pessoa influenciam sua percepção que é expressa por pensamentos automáticos específicos a situação. Esses pensamentos por sua vez influenciam as emoções do indivíduo.

Todos nós temos pensamentos automáticos; eles não ocorrem somente em pessoas com depressão, ansiedade e outros transtornos emocionais. A partir do momento em que o paciente consegue compreender seus próprios pensamentos automáticos o terapeuta pode auxiliar os pacientes a aprofundar a consciência sobre seus padrões cognitivos e comportamentais que poderiam influenciar seu cotidiano além de interferir também na relação terapêutica. (Judith Beck,1995).

5 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O estágio obrigatório foi realizado nas Clínicas Integradas do UNI-RN, que oferecem 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. Além disso, possibilita aos estudantes experiência mostrando na prática como funciona a sua área de atuação.

Os pacientes podem buscar os serviços espontaneamente ou por encaminhamentos de médicos, escolas e empresas. Primeiro ele passa por um acolhimento, para, em seguida, ser encaminhado ao setor especializado. O serviço de psicologia proporciona um atendimento de qualidade para os usuários afim de integrar esse serviço com os demais setores da clínica e tem como objetivo principal proporcionar o acolhimento ao indivíduo para que conseqüentemente sejam realizadas a escuta e intervenções necessárias de acordo com uma sustentação teórica.

Os atendimentos realizados nas Clínicas Integradas, com a abordagem da 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. A equipe que acompanha os discentes de psicologia no estágio psicologia é composta pela coordenadora das Clínicas Integradas do UNI-RN, a professora Geórgia Filomena Baetta Neves, a coordenadora de estágios, a professora Alessandra Martins, além da supervisora de campo, a professora Marianna Carla Maia Dantas de Lucena.

6 MÉTODO: ESTUDO DE CASO

O estudo de caso tem sua origem na pesquisa médica e na pesquisa psicológica com a finalidade de analisar de uma maneira mais detalhada um caso individual que explica a dinâmica e a sintomatologia de uma doença. Através do estudo de caso é possível explorar de maneira ampla um fenômeno e desenvolver um modelo de intervenção eficiente para resolvê-lo.

6.1 DESCRIÇÃO DO CASO

“Joana” (Pseudônimo para manter a confidencialidade), sexo feminino, possui formação em Design e Análise de Sistemas, 27 anos buscou atendimento psicológico nas Clínicas Integradas do UNI-RN com a queixa de que possui muitas expectativas em relação ao futuro profissional, apresentando auto cobrança significativa, a paciente não preenche critérios para um diagnóstico clínico de transtorno mental, como também não faz uso de medicamentos psiquiátricos ou tem histórico de psicoterapia anteriormente.

No que diz respeito a sua história de vida, seu desenvolvimento infantil foi dentro do esperado e desde criança vem sendo muito dedicada aos estudos. Durante o período da adolescência sempre sofreu dificuldades com o peso, mas demonstra não ter tido dificuldades em se aceitar. Chegando a fase adulta, decidiu realizar a cirurgia bariátrica por razões de saúde. Sempre passou por dificuldades financeiras e por isso suas tias ajudavam a custear os seus estudos em boas escolas, oferecendo mais oportunidades para o seu desenvolvimento profissional. Embora os pais sejam separados, respeitam-se e convivem de maneira saudável.

A principal motivação para buscar psicoterapia se deu pela auto cobrança e necessidade de controle em várias situações como alternativa de manter a “ansiedade sob controle”. É proprietária de uma empresa de mapas mentais para concursos, em sociedade com uma tia, que tem reforçado sua preocupação a respeito do seu desempenho profissional, o que acaba fortalecendo sua crença de incapacidade, essa situação acaba trazendo sentimento de frustração para Joana. Além disso, o fato das suas tias terem ajudado financeiramente a pagar seus estudos faz com que ela se sinta em dívida com ambas e procure se dedicar da melhor maneira, como forma de “pagar” essa “dívida”. Portanto, “Se algo foge do

meu controle, as consequências podem ser terríveis” ou “Eu preciso sempre ter o controle de tudo para evitar o pior” são citações da paciente durante as sessões que sugerem crenças intermediárias.

Durante esse processo a estagiária realizou supervisões semanais que foram abordadas questões técnicas, teóricas e práticas para uma melhor condução do caso. Realizaram-se no total 13 sessões ao longo de 3 meses (de março a junho de 2017) com duração de 50 minutos cada sessão. A paciente solicitou que ao invés de realizarmos sessões semanais espaçamos as sessões para serem realizadas quinzenalmente, pois já conseguia perceber resultados significativos a respeito da ansiedade e realizando as sessões de maneira quinzenal sua rotina de trabalho ficaria mais organizada também, porém mesmo atendendo sua solicitação por motivos profissionais e de mudança de cidade não foi possível manter o acompanhamento por mais tempo.

Nome do paciente JOANA BARBOSA DA SILVA data 29/03/2017

Dados relevantes da infância: A paciente sempre foi uma criança muito ativa em sua infância e seu desenvolvimento ocorreu dentro desta fase como esperado.

- Experiências no seu contexto de vida escolar tendo que sobressair-se devido ao investimento financeiro das tias.
- E no contexto profissional, onde a mesma cobrava-se muito para obter os melhores resultados.

Crenças nucleares

"Eu sou incapaz" e "Eu sou um fracasso"

Crenças / Regras condicionais

"Se algo foge do meu controle, as consequências podem ser terríveis" ou "Eu preciso sempre ter o controle de tudo para evitar o pior"

Estratégia(s) compensatória(s)/ de enfrentamento

- Organização de rotina para realizar atividades planejadas no seu trabalho, porque assim tudo estando organizado não geraria ansiedade.

Situação 3

Prepara-se para uma seleção de mestrado.

Pensamento automático

Será que consigo passar? O tempo é curto para estudar!

Significado do P.A

Sou desorganizada

Emoção

ansiedade

Comportamento

Acalmar-se e pensar em outras possibilidades além do mestrado se caso não fosse aprovada. Isso ela fez durante o processo terapêutico).

6.2 TCC APLICADA AO CASO

Nesse caso, é importante considerar dois aspectos para intervenção terapêutica: a preocupação excessiva e incontrolável e a hiperexcitabilidade persistente que faz parte das manifestações físicas incontroláveis que se referem à tensão. Uma pessoa ansiosa possui uma percepção exagerada de perigo ou ameaça, combinada a uma percepção diminuída de sua capacidade em lidar com eles (COSTELLO; BORKOVEC,1998). Sua avaliação antecipatória é de superestimação da probabilidade de sair algo errado. A chave para o entendimento e a intervenção terapêutica em TCC está na identificação dessa forma de interpretar o mundo como perigoso e a si mesmo como totalmente inábil.

Como a ansiedade pode ser compreendida de maneira multidimensional por envolver três sistemas de ansiedade: o fisiológico o cognitivo e o comportamental. A TCC vai atuar no processo de tratamento considerando os três sistemas de ansiedade:

- Cognitivo: Reestruturação cognitiva na qual serão propostas estratégias efetivas para que o paciente estruture seu pensamento de forma que sua interpretação a respeito de si mesmo e do mundo se modifique.

Comportamental: Prevenção a respeito do comportamento de preocupação, solução de problemas e manejo do tempo

Fisiológico: Respiração e relaxamento para amenizar os sintomas que se referem a tensão.

As principais técnicas utilizadas foram:

- Questionamento socrático: Sistemático e direcionado para descoberta, converte o sofrimento psíquico do paciente em auto exploração inquisitiva.
- Organização de metas: Assim o terapeuta juntamente com o paciente trabalha de forma efetiva em relação ao que desejam alcançar no tratamento.
- Ponte com a sessão anterior: Serve para dá sentido e continuidade do trabalho já que cada sessão é interligada umas com as outras.
- Feedback: O paciente explica como foi a sessão e como se sentiu durante o processo possibilitando o terapeuta a identificar se há algum problema em curso na relação terapêutica.

- **Análise de custo-benefício:** É importante, pois ajuda o paciente a fazer um levantamento dos custos e benefícios de manter um determinado pensamento ou comportamento.
- **Cartão de enfrentamento:** Serve para que o paciente ao realizar a leitura do cartão sempre que necessário internalize o que está presente nele como uma forma de realizar a reestruturação cognitiva.
- **Respiração diafragmática:** Além de ativar o sistema parassimpático e promover o relaxamento essa técnica é um excelente exercício de distração ajudando a paciente a se desvencilhar da hipervigilância aos sintomas físicos e cognitivos da ansiedade.

7 ANALISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

De acordo com a conceitualização realizada durante o processo psicoterapêutico da paciente a mesma em sua vida cotidiana e no seu contexto escolar sempre se cobrou muito e sempre buscou manter tudo sob controle, porque assim nada se desorganizaria e características de ansiedade não seriam apresentadas devido as suas demandas profissionais. Como o foco da terapia de acordo com a demanda da paciente foi ter uma redução significativa da ansiedade que a mesma apresentava devido às possibilidades de atuação profissional serem bem amplas para ela. A primeira sessão concentrou-se na realização da escuta, verificação das queixas principais e no estabelecimento da aliança terapêutica(rapport). No início de cada uma das sessões subsequentes a checagem de como foi a semana da paciente e seu humor afim de verificar como estava suas emoções numa escala de 0 a 10 sendo 10 o máximo de ansiedade e 0 para o mínimo. A segunda sessão teve como eixo a compreensão sobre a ansiedade e a verificação das emoções da paciente a respeito disso além de tentar compreender se o que ela trouxe de queixa tinha relação com a sua história de vida. Como ponto de partida o estabelecimento de metas terapêuticas bem delimitadas então foi solicitado para a paciente pensar sobre o que ser ansiosa e se cobrar bastante faz referência ao que ela é. Sendo que foi escolhido como meta encontrar mecanismos para tratar ansiedade, controlar os impulsos para não exagerar na alimentação e manter a calma diante das atividades da sua rotina. Nas sessões seguintes conversamos sobre as vantagens e desvantagens dela querer participar do processo de seleção para o mestrado levando em conta sua rotina atribulada e sua ansiedade a respeito disso. Dentre a quinta e a sexta sessão ela sugeriu que pudéssemos conversar sobre a dificuldade de fazer trabalhos em grupo e realizamos questionamento socrático sobre esse tema. A partir da oitava sessão retomamos a falar sobre sua ansiedade levando em conta seu futuro profissional como para ela o importante era manter a calma em relação as possibilidades de atuação que a sua profissão possui reforçamos a importância dela realizar a técnica de respiração diafragmática quando apresentasse sintomas de ansiedade. Da nona sessão até a décima terceira trabalhamos com análise de custo-benefício, cartão de enfrentamento para possibilitar a reestruturação cognitiva e o aprendizado de novos comportamentos para o enfrentamento da ansiedade.

Sobre os resultados da intervenção apesar de não ter finalizado completamente o tratamento a paciente conseguiu apresentar melhoras significativas, pois no decorrer da psicoterapia conseguiu realizar a reestruturação cognitiva o que possibilitou a aprendizagem de novos comportamentos e pensamentos que auxiliaram na sua qualidade de vida além de utilizar a técnica de respiração diafragmática como aliada para conseguir lidar positivamente com situações onde os sintomas físicos e cognitivos da ansiedade pudessem surgir.

8 RESULTADOS ALCANÇADOS

A partir dos atendimentos, foi possível propiciar a paciente o desenvolvimento de estratégias eficientes para lidar com os sintomas da ansiedade assim como também promover a reestruturação cognitiva para que a mesma modifique a maneira de enxergar o mundo e enxergar a si mesma porque assim poderá viver de maneira saudável.

9 CONCLUSÃO

A importância da terapia-cognitiva comportamental se dá devido ao seu modelo mais prático e eficaz de intervenção tendo como finalidade a identificação e correção de padrões de pensamentos, emoções e comportamentos que são disfuncionais para o paciente e assim auxiliando no tratamento de diferentes transtornos emocionais e comportamentais. Através do estudo de caso apresentado verificou-se que o tratamento psicoterapêutico de abordagem cognitivo-comportamental apesar de não ter durado um tempo maior possibilitou a diminuição da ansiedade e o desenvolvimento de estratégias para corrigir as crenças centrais distorcidas relacionadas a ansiedade e favorecer a reestruturação cognitiva na vida da paciente.

REFERÊNCIAS

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

KNAPP, P. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto alegre: Artmed, 2007.

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

OLIVEIRA, M.A.M.; SOUSA, W.P.S. **O uso da terapia cognitiva no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada**. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/shXVIII/artigos/GT36/Artigo%20Revisado%20Anais%20SM.pdf>. Acesso: 27 de maio de 2017.

RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

VENTURA, M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev SOCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

WRIGHT, J.H.; BASCO, M.R.; THASE, M.E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-comportamental: um Guia Ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ANEXOS**ANEXO - FAZER OU NÃO O MESTRADO?**

VANTAGEM	DESVANTAGEM