

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

AMANDA KAREN LIMA NOBRE DE QUEIROZ

**MODELO COGNITIVO APLICADO À ANSIEDADE: RACIONALIZANDO AS
CRENÇAS DISFUNCIONAIS**

NATAL/RN

2017

AMANDA KAREN LIMA NOBRE DE QUEIROZ

**MODELO COGNITIVO APLICADO À ANSIEDADE: RACIONALIZANDO AS
CRENÇAS DISFUNCIONAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), como requisito final para obtenção do título de bacharel em Psicologia. — Área de concentração: Terapias Cognitivo-comportamentais.

Orientador(a): Prof (a). Ms. Marianna Carla M. D. Lucena

NATAL/RN

2017

AMANDA KAREN LIMA NOBRE DE QUEIROZ

**MODELO COGNITIVO APLICADO À ANSIEDADE: RACIONALIZANDO AS
CRENÇAS DISFUNCIONAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), como requisito final para obtenção do título de bacharel em Psicologia. — Área de concentração: Terapias Cognitivo-comportamentais.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

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

Leandro Silva
Leitor Externo

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo identificar a correlação entre os esquemas cognitivos disfuncionais e a ansiedade patogênica tomando como base o modelo cognitivo descrito por Aaron T. Beck da Terapia Cognitivo-Comportamental para o transtorno de ansiedade. A ansiedade torna-se um transtorno à medida que gera mal-estar físico, psíquico e social, prejudicando a funcionalidade do sujeito, deixando-o vulnerável e refém de uma preocupação constante em relação a eventos futuros como sendo ameaçadores. 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 06 sessões, justificando a interrupção da terapia devido ao desligamento da paciente por descumprimento de exigências administrativas contratuais. Os resultados foram a conscientização pela paciente de seus esquemas cognitivos disfuncionais, identificando as crenças centrais, emoções, pensamento e comportamentos a elas associados.

Palavras-chaves: Terapia Cognitivo-Comportamental. Transtorno de Ansiedade. Modelo Cognitivo. Crenças.

ABSTRACT

The present article has the objective of identifying the correlation between the dysfunctional cognitive schemes and pathogenic anxiety taking as a base the cognitive model described by Aaron T. Beck of Cognitive Behavioral therapy for the anxiety disorder. Anxiety becomes a disease as it generates physical, psychic and social distress, harming the subjects functionality, making him vulnerable and hostage of a constant worry in relation to future events as threatening. The methods used were bibliographic reviews and a case study, seen at the Clinicas Integradas on UNI-RN. The case study consisted of 06 sessions, the interruption of therapy being justified due to the resignation of the patient for not following the contractual administrative requirements. The results were the consciousness by the patient of their dysfunctional cognitive schemes, identifying central beliefs, emotions, thought and behaviors associated with it.

Keywords: Behavioral Cognitive Therapy. Anxiety Disorder. Cognitive Model. Beliefs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Conceitualização Cognitiva	22
--	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 ORIGENS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	10
3 A CONCEITUAÇÃO COGNITIVA.....	12
3.1 MODELO COGNITIVO.....	13
3.2 CRENÇAS.....	13
3.3 RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS.....	15
3.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA AO TRANSTORNO DE ANSIEDADE.....	16
4 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	20
5 METODOLOGIA.....	21
6 DESCRIÇÃO DO CASO.....	22
7 PROCEDIMENTOS UTILIZADOS.....	24
8 RESULTADOS ESPERADOS E OBTIDOS.....	26
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXOS.....	30

1 INTRODUÇÃO

O estado ansioso é descrito como uma reação do organismo como respostas comportamentais de fuga ou enfrentamento que ocorrem com a percepção de um evento como ameaçador. Situações ambíguas e incertas podem despertar a intolerância em pacientes com transtorno de ansiedade os fazendo reagir negativamente em aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais. (ZAMBOM, BORTOLON & ANDRETTA, 2011)

O modelo cognitivo aplicado a ansiedade propõe que a ansiedade patológica deriva de uma preocupação em evitar futuros eventos ou lembranças aversivas, bem como a tentativa de adivinhar o desfecho de situações em que não há certeza sobre seus resultados. As crenças ligadas a tal preocupação geralmente incluem crenças de incapacidade no manejo e vivência de situações difíceis ou negativas, ou ainda, que geram pressão devido ao auto grau de responsabilidade. Também inclui a percepção do ambiente ou evento como perigoso ou que ofereça algum grau de risco a própria integridade física ou psíquica. As respostas comportamentais assim como as crenças que lhe deram origem também são desadaptativas, incluindo o adiamento de tarefas ou da tomada de decisões até a evitação dos eventos tidos como ameaçadores. Dessa forma, enquanto o indivíduo que sofre de ansiedade patológica permanece preso a esse ciclo, torna-se ele hipervigilante e apreensivo, com sensações que se assemelham em certo grau ao medo. (ZAMBOM, BORTOLON & ANDRETTA, 2011)

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais na sua 5ª edição, o estado de medo e ansiedade ao mesmo tempo que se sobrepõem também se diferenciam, estando o medo mais associado a comportamentos de evasão e pensamentos de ameaça imediata que está relacionada com a excitabilidade autonômica acrescida. Na ansiedade temos os comportamentos de precaução ou escape e uma preparação para um perigo que possa ocorrer no futuro associados a uma tensão muscular e um aumento na vigilância. O grau de medo ou ansiedade é reduzido de acordo com os

comportamentos constantes de escape e os pacientes com transtorno de ansiedade superestimam as situações que acreditam ser perigosas.

Segundo Knapp (2004) o tratamento para o transtorno de ansiedade a partir da Terapia Cognitivo-Comportamental é ouvir o paciente e através dessa escuta identificar os gatilhos disparadores do transtorno de ansiedade, gatilhos estes que podem ser internos ou externos. Após a identificação dos gatilhos identificar os principais erros cognitivos associados a ansiedade e logo após corrigi-los.

2 ORIGENS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Sinônimo de Terapia Cognitivo-Comportamental, o termo “terapia cognitiva” foi como Aaron T. Beck chamou a forma de psicoterapia desenvolvida por ele no começo dos anos 1960. Beck, que era um psiquiatra e psicanalista em sua formação, trabalhava como professor assistente de psiquiatria na *University of Pennsylvania*. Naquela época, ele acreditava que para a psicanálise ser bem aceita pela comunidade médica, deveria ser comprovada e validada empiricamente. Dedicou-se então a elaborar experimentos na tentativa de validar a teoria psicanalítica sobre a depressão, entretanto, o contrario do que ele esperava aconteceu: além de encontrar evidências contrárias a teoria, os resultados o levaram a buscar uma outra explicação para aquele transtorno. Tendo identificado cognições distorcidas e de cunho negativo (pensamentos e crenças) como principal característica da depressão, desenvolveu um sistema psicoterápico de curta duração e voltada para o presente, isto é, com foco na solução de problemas atuais e fundamentado no teste de realidade das crenças e pensamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis) (BECK, 2013).

O papel do processamento de informações desadaptativo do transtorno de depressão e ansiedade era o centro de suas primeiras formulações. Ele descreve uma conceitualização cognitiva da depressão onde os sintomas estavam relacionados a uma tríade negativa de estilo de pensamento: o si mesmo, o mundo e o futuro, a chamada “tríade cognitiva” (WRIGHT, BASCO, & THASE, 2008).

Não obstante o importante papel exercido por A. Beck, muitos outros autores e pesquisadores contribuíram para conferir a merecida importância da cognição na Psicologia, em uma época onde reinavam como uma das correntes mais fortes as teorias comportamentais, que excluíam suas investigações os processos cognitivos e emocionais, atendo-se apenas ao esquema estímulo-resposta. A exemplo disso pode-se destacar, dentre outros, Albert Ellis e sua Terapia Racional Emotiva Comportamental – TREC – considerada por muitos uma das primeiras formas de TCC. Ellis, que assim como Beck era psicanalista, também resolveu desenvolver, há mais de 45 anos, um modelo próprio de psicoterapia: o modelo “ABC”, como ele o

chamou. Em síntese o modelo propõe que determinada experiência do indivíduo (A) ativa/desperta certas crenças sobre a experiência (B), que, por sua vez, geram consequências emocionais, fisiológicas e comportamentais. Ellis ainda postulou um conjunto de 12 crenças irracionais básicas que estão por trás de determinados transtornos emocionais e, assim como em outras formas da TCC, guardava como objetivo central a modificação daquelas crenças (KNAPP, BECK, 2008)

A TCC apresenta como princípios: A cognição como influência controladora sobre nossas emoções e comportamento, e, o modo de agir ou comportar-se como influência substancial em nossos padrões de pensamento e emoções (WRIGHT, BASCO, & THASE, 2008).

3 A CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA

A conceitualização cognitiva é a porta de entrada para conhecer de forma eficiente e efetiva o paciente. Inicia-se no primeiro contato com o paciente e vai se aperfeiçoando ao longo do tratamento (BECK, 2013). O Terapeuta irá utilizar-se da teoria cognitiva-comportamental para desenvolver um plano de tratamento individual fazendo uso de um passo importante na conceitualização cognitiva, a formulação de hipótese. Essa hipótese irá abarcar sete domínios, sendo eles:

1. Diagnóstico e sintoma.
2. Contribuições das experiências da infância e outras influências do desenvolvimento.
3. Questões situacionais e interpessoais.
4. Fatores biológicos, genéticos e médicos.
5. Pontos fortes e qualidades.
6. Padrões típicos de pensamentos automáticos, emoções e comportamentos.
7. Esquemas subjacentes (WRIGHT, BASCO, & THASE, 2008).

Segundo Kuyken, Padesky e Dudley (2010) a conceitualização cognitiva é um procedimento técnico em conjunto do terapeuta com o paciente, onde tem por objetivo primeiro descrever e em seguida clarificar as dificuldades trazidas por ele. Essa técnica é o “coração” e o elemento vital da TCC, e tem como principal objetivo orientar e guiar o processo de forma a aliviar o sofrimento e estimular a resiliência do paciente. Além disso, a conceitualização cognitiva atua como um motivador e aumenta a compreensão de todo o processo psicoterápico para o paciente e terapeuta (NEUFELD, 2010).

3.1 MODELO COGNITIVO

A terapia cognitivo-comportamental tem como premissa o modelo cognitivo, onde a percepção obtidas pelas pessoas influenciam suas emoções e seus comportamentos. O modo como as pessoas sentem cada situação está ligada a forma como elas pensam e interpretam a situação vivida, não sendo a situação em si um determinante para o que se é sentido. Os terapeutas cognitivo-comportamentais irão focar seu interesse nos pensamentos aqueles que operaram simultaneamente mais óbvios, rápidos e breves - os pensamentos automáticos (BECK, 2013).

O modo como o paciente pensa determinado evento em sua vida gerará nele diversas formas de emoção e comportamento. A emoção, cognição e comportamento estão inter-ligados e baseiam-se numa premissa da terapia cognitiva (KNAPP, 2004).

O modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o pensamento do paciente) é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento (BECK, 2013 p.23).

Quando o paciente tem uma percepção ou interpretação errada/tendenciosa de determinado evento ou experiências, dizemos que há distorções cognitivas. Ao ocorrerem essas distorções no paciente pode-se aumentar o impacto dessas percepções gerando conclusões equivocadas. O trabalho do terapeuta cognitivo é corrigir estas distorções (KNAPP, 2004).

3.2 CRENÇAS

As crenças são determinadas ideias sobre si mesmo, os outros e o mundo que foram desenvolvidas na infância. As crenças nucleares, o nível mais fundamental da crença, são as ideias consideradas como verdades absolutas, compreensões duradoras, fundamentais (primitivas) e profundas. Os pensamentos

automáticos ocorrem num nível mais superficial da cognição, são únicos para as situações (BECK, 2013).

As crenças nucleares vão se fortalecendo ao longo da vida do indivíduo, sendo estas incondicionais e fazendo-o pensar de acordo com sua crença independente da situação vivida, elas irão moldando a percepção e a forma como são interpretados os eventos, modelando o jeito psíquico do indivíduo ser e agir. O objetivo da terapia é de modificar as crenças nucleares disfuncionais (KNAPP, 2004).

Em 1995 Judith Beck propôs agrupar as crenças nucleares disfuncionais, que o indivíduo tinha sobre si, em dois grandes grupos sendo eles expandidos agora para três. São alguns exemplos deles:

1. Desamparo: crenças sobre ser impotente, frágil, desamparado, etc.
2. Desamor: crenças sobre ser incapaz de ser amado, imperfeito, rejeitado, etc.
3. Desvalor: crenças sobre ser incompetente, ineficiente, sem valor, etc.

Existe também as crenças nucleares disfuncionais a cerca dos outros, como por exemplo as pessoas são desleais, traiçoeiras, só querem tirar vantagem e etc, e a cerca do mundo, como por exemplo o mundo é ameaçador, perigoso e etc (J. BECK, 1995 apud KNAPP, 2004).

Existe uma classe entre as crenças nucleares e os pensamentos automáticos, a essa classe chamaremos de crenças intermediárias. As crenças intermediárias são compostas pelas atitudes, as regras e os pressupostos, não estando elas frequentemente articulados. A forma como uma situação é vista, que influenciará como se pensa, se sente e se comporta, é influenciada pelas crenças intermediárias. A partir da terapia cognitivo-comportamental as crenças disfuncionais podem ser tornadas conscientes, flexibilizadas e, no desenvolver da terapia, substituídas por crenças mais realistas e funcionais (BECK, 2013).

3.3 RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Os pensamentos automáticos são considerados pré-consientes, pois são cognições que podem ser identificadas e compreendidas quando a atenção é voltada para eles. Um indicativo forte de que se está ocorrendo um pensamento automático é quando se há presença de emoções. Na existência de um transtorno psiquiátrico o paciente pode vivenciar uma série de pensamentos automáticos distorcidos, que por sua vez desencadeiam reações emocionais dolorosas e comportamentos disfuncionais (WRIGHT, BASCO, & THASE, 2008).

Pensamentos automáticos podem se apresentar não só na forma de pensamentos mas também na forma de imagens, sendo eles as cognições mais acessíveis e de fácil modificação. Ao se modificar um pensamento automático é possível se obter uma melhora no humor do paciente. Eventos internos, como sentir fome, ou eventos externos, como levar uma pancada, podem ativar os pensamentos automáticos (KNAPP, 2004).

“O modelo cognitivo afirma que a interpretação de uma situação (e não a situação em si), frequentemente expressa em pensamentos automáticos, influencia a emoção subsequente, o comportamento e a resposta fisiológica” (BECK, 2013 p.158). Uma vez que observamos a ligação idissolúvel pensamento $\Rightarrow$ emoção $\Rightarrow$ comportamento, então fica claro: a menos que alguém obtenha evidências a respeito da natureza distorcida e tendenciosa de seus pensamentos e crenças, continuará preso a elas. Tal evidência só pode ser constatada através da via comportamental, buscando formas alternativas de encarar a “situação gatilho” com estratégias comportamentais alternativas, isto é, diferente daquelas que reforçam o esquema cognitivo desadaptativo. A este processo dá-se o nome de ativação comportamental.

Ao implementar procedimentos comportamentais, é importante lembrar o princípio de que as mudanças comportamentais positivas provavelmente estão associadas a auto-estima mais elevada ou a atitudes mais adaptativas. Do mesmo modo, as modificações nos pensamentos automáticos ou esquemas negativos podem ajudar a promover o comportamento adaptativo. Assim, os métodos comportamentais são aplicados em consonância com as técnicas cognitivas como estratégia global para alcançar os objetivos do tratamento (WRIGHT, BASCO, & THASE, 2008 p.101).

Este é um dos objetivos iniciais mais importantes, por exemplo, com pacientes depressivos. Tais pacientes geralmente adotaram condutas de se afastar de atividades que lhes davam prazer, sentimento de realização e melhoravam seu humor em detrimento de comportamentos que aumentam sua disforia (ficar deitado, assistir televisão, enclausurar-se). A ativação comportamental, portanto, além ajudar no processo inicial de flexibilização cognitiva desenvolvido na sessão através de questionamento socrático e outras técnicas, auxilia a reforçar as novas crenças que começam a tomar força em lugar das antigas. Com isso, uma melhora gradual é também alcançada no plano emocional (BECK, 2013).

3.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA AO TRANSTORNO DE ANSIEDADE

O medo, reconhecido pelos teóricos das emoções por ser uma emoção básica, tem a função de ser uma resposta adaptativa de cunho saudável quando o indivíduo presencia uma ameaça, os alertando e fazendo-os ter uma resposta defensiva (CLARK & BECK, 2012). “O medo é um estado neurofisiológico automático primitivo de alarme envolvendo a avaliação cognitiva de ameaça ou perigo iminente à segurança e integridade de um indivíduo” (CLARK & BECK, 2012 p. 17). Porém, o medo pode ocorrer em situações não ameaçadoras para a vida do indivíduo, sendo uma situação aonde foi precipitado que se havia perigo, gerando uma emoção orientada para o futuro. A essa precipitação chamaremos de ansiedade. Temos que a ansiedade é uma resposta emocional ao medo (medo $\Rightarrow$ ansiedade). Alguns critérios podem ser usados para diferenciar um estado de outro, bem como enquadrar a ansiedade como agindo de forma disfuncional, a exemplo de seguintes:

1. **Cognição Disfuncional:** o medo e a ansiedade anormais derivam de uma falsa suposição envolvendo uma avaliação incorreta de perigo sobre uma situação.
2. **Funcionamento Prejudicado:** prejuízo no enfrentamento adaptativo face a uma possível ameaça. Ex.: Congelar de medo, se comportar

de modo disfuncional aumentando as chances de se ocorrer aquilo que se teme.

3. Alarmes Falsos: Medo/pânico na ausência de estímulos ameaçadores.
4. Manutenção: Persistência da ansiedade por tempo muito maior do que o normal e esperado.
5. Hipersensibilidade ao Estímulo: Indivíduos com transtorno de ansiedade interpretam com uma amplitude muito maior e variada do que o normal, situações como sendo ameaçadoras, gatilhos que poderiam ser inofensivos para uma outra pessoa, para quem sofre de ansiedade disfuncional pode ser o suficiente para produzir toda a sintomatologia ansiosa (CLARK & BECK, 2012).

Segundo o manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais(DSM) em sua 5ª edição "muito dos transtornos de ansiedade se desenvolve na infância e tendem a persistir se não forem tratados. A maioria ocorre com mais frequência em indivíduos do sexo feminino do que no masculino (proporção de aproximadamente 2:1)"(p.189). A ansiedade destaca-se como característica central numa ampla variedade de transtornos ou problemas psicológicos, classificados a partir dos eventos gatilhos e quanto os tipos de situações que os desencadeiam, são eles:

- a. transtornos de ansiedade de separação – os pensamentos são de separação de pessoas e do ambiente doméstico;
- b. fobia específica – está limitado a uma situação particular, como por exemplo o medo de voar por temer que o avião irá cair;
- c. transtorno de ansiedade social (fobia social) – medo de ser avaliado negativamente desencadeia ansiedade ou esquiva quando exigidas exposições em ambientes sociais;
- d. transtorno de pânico – ocorrência súbita de medo ou desconforto intenso físico(como por exemplo: palpitação, sudorese, sensação de desmaio) e cognitivo (por exemplo: medo de morrer, medo de enlouquecer) que atinge um pico de intensidade em minutos;

- e. agorafobia – a exposição ou mesmo a possibilidade de ocorrência dela a determinadas situações (uso de transporte público, permanência em meio a multidão, sair de casa sozinho) causam medo desproporcional ou ansiedade intensos por acreditarem que não conseguem escapar dessas situações;
- f. transtorno de ansiedade generalizada – expectativa apreensiva, de difícil controle pelo indivíduo, com circunstâncias diárias da rotina de vida (saúde dos membros da família, finanças, responsabilidades no trabalho dentre outros). A ansiedade associa-se a inquietação, fadigabilidade, tensão muscular e perturbação do sono causando prejuízo no funcionamento biopsíquico-social e laboral;
- g. transtorno de ansiedade induzido por substância/ medicamento – os sintomas são decorrentes do uso, intoxicação ou abstinência de determinadas drogas ou medicamentos (álcool, cannabis, anfetamina);
- h. transtorno de ansiedade não especificado – o indivíduo apresenta sintomas de transtorno ansioso com prejuízo do seu funcionamento biopsíquico-social e laboral, mas não se enquadra nos outros transtornos de ansiedade. (manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais(DSM), 5ª edição, 2014)

O tratamento envolve alguns passos fundamentais que devem servir de guia. Primeiro, após ouvir o paciente, é necessário identificar os gatilhos que disparam a ansiedade, que podem ser internos ou externos. Busca-se tomar ciência dos pensamentos, crenças e interpretações que geram a ansiedade e interpretá-los preferencialmente como hipóteses (passíveis de erros de julgamento) do que como fatos objetivos. Esta etapa, em outras palavras, visa identificar os principais erros cognitivos associados ao problema e, posteriormente, corrigi-los (KNAPP, 2004). Segundo David e Back (2012) existem cinco objetivos primordiais para as intervenções cognitivas da ansiedade, sendo eles:

1. Desviar o foco da ameaça;
2. Focalizar as avaliações e crenças;

3. Modificar o viés de ameaça, de vulnerabilidade e de avaliações e crenças de segurança;
4. Normalizar o medo e a ansiedade;
5. Fortalecer a eficácia pessoal;

No segundo momento, deve-se buscar realizar intervenções comportamentais de exposição, enfrentamento e manejo das situações que estão associadas aos estados ansiosos. A literatura, de forma geral, propõe diversas intervenções semelhantes para reduzir esses estados, tais como: técnicas de relaxamento e regulação respiratória (respiração diafragmática), exposição interoceptiva, manejo do tempo, entre outros. A exposição interoceptiva é fundamental no tratamento dos estados de ansiedade e contribui para que o indivíduo se habitue a perceber determinadas reações fisiológicas como normais, não necessariamente como indicadores de perigo iminente. Uma forma de provocar reações semelhantes às aquelas que ocorreriam em situação real é a indução de sensações de náuseas e tonturas através de movimentos giratórios e hiperventilação respiratória. Os exercícios devem ser feitos até que surjam sentimentos de medo e desconforto, seguidos das técnicas utilizadas para o controle e a reversão do estado produzido (ÁVILA & ANDRETTA, 2014)

4 CARECTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O campo escolhido para a atuação no estágio curricular do último ano do curso de Psicologia foi o clínico, sob a supervisão docente da prof^a Ms. Mariana Cela, sendo este localizado nas Clínicas Integradas do UNI-RN. As Clínicas Integradas do UNI-RN oferecem atendimento humanizado à população em geral nas áreas de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, e está sob a supervisão técnica da prof^a Geórgia Filomena M. S. B. Neves. As demandas lá recebidas são de procura espontânea e através do encaminhamento de médicos, escolas ou empresas. O fluxo do atendimento é iniciado pelo acolhimento no qual se realiza a coleta de dados. A seguir, o paciente é encaminhado para o setor especializado dando início ao atendimento. As Clínicas Integradas do UNI-RN é também um local de capacitação, por ser um local aonde os estudantes do UNI-RN podem realizar seu estágio curricular obrigatório e serem supervisionados. O local de estágio é composto por 07 salas para atendimento, 02 salas de ludoterapia, 01 sala de supervisão, 01 sala de grupo e 01 de multiuso.

A abordagem escolhida para embasar os atendimentos é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), criada 1960 por Aaron T. Beck. A orientadora acadêmica foi a prof^a. Ms Marianna Carla M. D. Lucena. A TCC é uma terapia de curta duração que, segundo Dobson e Dozois (2001), baseia-se em três preposições: 1º A atividade cognitiva influencia o comportamento; 2º A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; 3º O comportamento desejado pode ser influenciado mediante mudança cognitiva (apud KANPP, 2004 p 42). Podemos a partir da terapia gerar uma reestruturação cognitiva e de seus comportamentos.

5 MÉTODO

O método utilizado para o Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia foi um estudo de caso, no qual podemos fazer um estudo empírico aprofundado do paciente, e revisão de bibliográfica. O estudo de caso foi realizado nas Clínicas Integradas do UNI-RN, localizada na rua Prefeita Eliane Barros, 2000, Tirol, Natal-RN, por demanda espontânea.

6 DESCRIÇÃO DO CASO

“Nora”, sexo feminino, 47 anos, casada, buscou atendimento psicológico nas Clínicas Integradas da UNI-RN em março do corrente ano para dar continuidade a psicoterapia feita há dois anos. Trouxe como queixa principal os medos e ansiedade. Acrescenta àquela queixa o fato de cobrar muito a si mesma e aos outros. Declarou-se ansiosa. Relatou ter muito medo de dirigir (apesar de já ter carteira de motorista), o que prejudica sua autonomia e atribuiu parte desse sentimento ao fato de se cobrar muito no volante por medo de se expor a situações vexatórias. Diz que as situações relatadas lhe causam tensão muscular, sendo necessário o uso de relaxante muscular todos os dias, além disso relatou dificuldade para conciliar o sono, tem pesadelos acordando assustada e despertar precoce, acordando com a sensação de que o sono não foi reparador, o que prejudica a sua vida laboral e social por sentir-se sempre cansada e sonolenta.

“Nora” veio de uma família humilde de cinco irmãos, seu pai trabalhava muito durante a sua infância para dar o melhor sustento para os filhos, ficando com a mãe a responsabilidade da educação das crianças. A sua genitora era muito brava, batia e brigava com os filhos, sendo sua a última palavra o que provocou um distanciamento entre ela e sua mãe.

Durante a infância era chamada de lesada por sua mãe e de burra por seu pai, já seus tios maternos faziam medo, colocando lençóis na cabeça e se fazendo passar por almas. Durante a sua adolescência só podia trabalhar e estudar.

Já na vida adulta começa a se cobrar muito, principalmente em relação ao trabalho e a apresentar muitos medos, dentre eles o de dirigir, o de perder alguém que ama e de errar.

Suas crenças envolviam uma visão sobre si mesma como alguém frágil e incapaz, como revelado em suas próprias palavras: “sou medrosa”, “tenho medo de estar só”; “se alguém próximo morrer, como vou me sustentar?”; “sou frágil, pequena, preciso ser guardada numa caixinha”.

Como se vê, o relato trazido foi rico em detalhes sugestivos da presença de esquemas de emaranhamento parental, dependência, incompetência e abandono que podem ter participado na construção das crenças nucleares e das queixas trazidas.

Os dados clínicos, cognitivos e situacionais trazidos por “Nora” a sua anamnese, quer sejam tensão muscular fatigabilidade, transtornos do sono, expectativa apreensiva constante com difícil controle pela mesma, provocando prejuízo da sua funcionabilidade biopsicossocial e laboral, preenchem os critérios diagnósticos para Transtorno de Ansiedade Generalizada – TAG, segundo o manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais (DSM) em sua 5ª edição

7 PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Com tempo de duração de 6 sessões, o tratamento caminhou até o ponto da revelação das crenças nucleares, entretanto, não foi possível prosseguir com intervenções mais profundas nas respectivas crenças, já que Nora teve de ser desligada em virtude do número de sessões que precisava faltar, situação que inviabilizaria a intervenção adequada.

A primeira sessão foi concentrada 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 do seu humor, numa escala de 0 à 10, sendo 10 o máximo de ansiedade e 0 o mínimo. Na segunda sessão, aplicou-se uma anamnese adaptada do livro *Conceitualização de Casos Colaborativa* de Kuyken, Padesky e Dudley (2010) e indicado para fazer em casa um questionário de pensamentos automáticos adaptado do livro *A Mente Vencendo o Humor* de Greenberger e Padesky (2017).

Como ponto de partida para o estabelecimento de metas terapêuticas bem delimitadas, foi solicitado que a paciente descrevesse o que “sentir medo” significava para ela e a seguir que fizesse uma listagem dos seus medos e escolhesse dois deles para começar a ser enfrentados. Foram escolhidos: o medo de dirigir e do “novo”, realizou-se o seguinte: diálogo a respeito daqueles dois medos para identificação de crenças subjacentes e pensamentos automáticos envolvidos e, concomitantemente, questionamento socrático sobre o tema. Como estratégia comportamental para enfrentamento e teste de realidade das crenças disfuncionais, foi prescrita, com aceitação da paciente, uma tarefa de casa onde ela deveria dirigir um pequeno trecho todos os dias.

Curiosamente, quando utilizada a escala de atribuição de valores - 0 a 10 – Nora sempre se avaliava com nota 7, em qualquer situação. Haja ou não algum fundamento de realidade nisso, o fato dela exercer a profissão de professora gerou a impressão de que o uso desta nota tinha a função de mantê-la na média, tal como acontece no ambiente escolar. Para contornar a situação e com a intenção de

amenizar possíveis associações, a escala de ansiedade passou a ser de 0 à 100. Após isso, houve variação na atribuição de valores (50, 80, etc.).

O não cumprimento da tarefa de casa gerava um desânimo na paciente para vir na sessão. Segundo ela, isso o acontecia devido a problemas no carro. Apesar da possível veracidade, alguns elementos em sua fala davam indícios de esquiva da situação - “a minha rua é muito esburacada, tenho medo de ser assaltada” - em função do desconforto causado pela ideia do enfrentamento. Como estratégia de flexibilização cognitiva, fizemos lista das vantagens e desvantagens de ser dependente do marido para tudo, baseando-se no livro *Terapia Cognitivo Comportamental – Teoria e Prática*, de J. Beck (2013).

Como está claro, assim caminhou sua conceitualização cognitiva até o momento da última sessão:

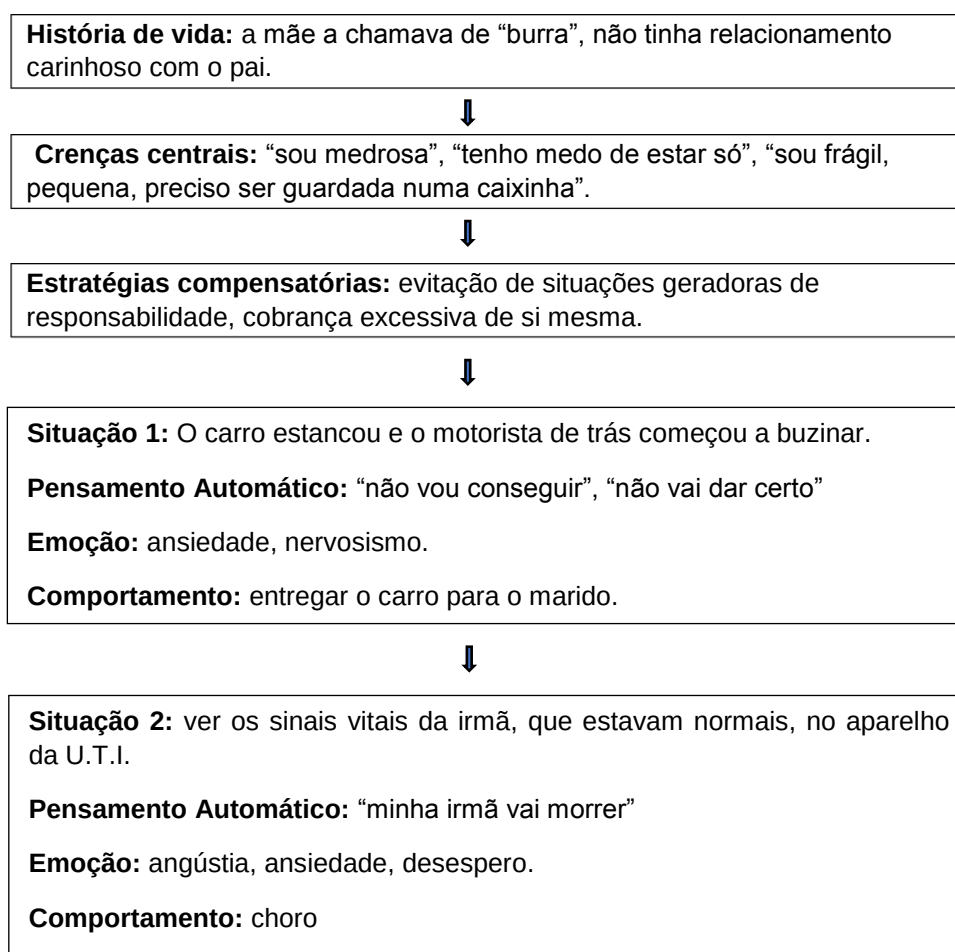


Figura 1- Conceitualização Cognitiva

8 RESULTADOS ESPERADOS E OBTIDOS

Os resultados esperados para o caso de “Nora” eram corrigir seus pensamentos disfuncionais ansiosos e flexibilizar suas crenças, principalmente a de dependência, substituindo durante a terapia por crenças mais funcionais. Ajudá-la através da Terapia Cognitivo-Comportamental a atingir suas metas de perder os medos. Em decorrência do número de faltas que extrapolou o previsto no protocolo de atendimento das clínicas, Nora precisou ser desligada da terapia após o 6º atendimento. Até aquele momento, foi possível identificar as crenças centrais, emoções, pensamento e comportamentos a elas associados que funcionavam como gatilhos para seus medos e fazer com que a paciente tomasse consciência de seus esquemas cognitivos disfuncionais. A interrupção do processo inviabilizou a aplicação da técnica e o acompanhamento do impacto dessa conscientização na forma da paciente lidar com suas queixas a nível comportamental.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TCC tem se mostrado eficaz para o tratamento da ansiedade por ser um tratamento de curta duração, voltado para o presente, aonde visa propiciar ao paciente, neste caso “Nora”, a elaboração de estratégias eficazes, através da reestruturação cognitiva, a prevenção do comportamento de preocupação (através de técnicas de exposição) e técnicas de relaxamento, para que ela possa lidar com os sintomas que gera o transtorno da ansiedade.

No caso apresentado, a anamnese e as primeiras escutas sugerem que as queixas trazidas foram estruturadas em crenças centrais e emoções a elas associadas, construindo comportamentos e esquemas cognitivos disfuncionais que geraram angústia, ansiedade e impotência diante de situações adversas, característicos dos transtornos de ansiedade.

Como descrito no corpo deste trabalho, a intervenção terapêutica foi interrompida precocemente pelo desligamento de “Nora”, devido a extrapolação do número permitido de faltas, deixando pendentes a realização das intervenções comportamentais de exposição, de enfrentamento e o manejo das situações ligadas aos estados ansiosos.

Em que pese as questões contratuais como ponto de referência para o desligamento da terapia vale aqui trazer à reflexão uma questão que antecede esse desfecho: a paciente tinha conhecimento prévio sobre o limite de ausências e de suas implicações – desligamento. Muito se tem focado no arcabouço teórico, identificação de sintomas objetivos e no suporte terapêutico, mas se tem negligenciado a investigação do abandono como expressão clínica – comportamental.

Embora a psicoterapia se mostre como um importante instrumento para o alívio, trata-se de um processo que pode trazer à luz sofrimento e angústias que nem sempre serão bem suportadas a qualquer tempo. Lidar com as dores da alma, fracassos, crenças construídas na existência podem provocar, inicialmente, agravamento das queixas, dos medos e aumentar o sofrimento levando a fuga ou rejeição. É necessário que o paciente tenha disponibilidade e se encontre como sujeito ativo no processo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION[APA]. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRETTA, I. & OLIVEIRA, M. S. (organizadoras). **Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

ÁVILA, A. C & ANDRETTA, I. Exposição Introspectiva para Produção da Ansiedade no Tratamento do Pânico. **Revista de Psicologia da IMED**, Rio Grande do Sul, v.6, n.1, jan.–jun., 2014.

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

CLARCK, D. A & BECK, A. T. **Terapia Cognitiva Para os Transtornos de Ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

GREENBERGER, Denis; PADESKY, Christine A. **A Mente Vencendo O Humor**. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017

KNAPP, P. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artemd, 2004.

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

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

NEUFELD, Carmem Beatriz; CAVENAGE, Carla Cristina. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 2, p. 3-36, dez. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 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 – Anamnese – Adaptada do Livro Conceitualização de Casos Colaborativa de Kuyken, Padesky e Dudley.

Anamnese

Dados Pessoais:

Nome: _____

Estado Civil: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: _____ Religião: _____

Data: ____/____/____. Ocupação: _____

Telefone: _____

Por favor, liste resumidamente, as três dificuldades principais que o levaram a buscar ajuda.

1. _____

2. _____

3. _____

O que você deseja alcançar com a terapia?

1. Qual o seu local de nascimento? _____
2. Por favor, dê alguns detalhes sobre seu PAI
 - Qual a idade dele atualmente _____
 - Qual é, ou era, a ocupação dele? _____

Por favor, comente alguma coisa sobre seu pai, seu caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ele.

Qual a idade dela atualmente? _____

- Qual é, ou era, a ocupação dela? _____

Por favor, conte alguma coisa sobre sua mãe, seu caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ela.

4. Se existiram/existem problemas no seu relacionamento com seus pais, por favor, descreva o mais importante.

O quanto isso o incomoda atualmente?

Em absoluto. Um pouco. Moderadamente. Muito. Não poderia ser pior

5. Por favor, descreva as relações importantes com seus irmãos, se são benéficas ou problemáticas para você.

6. Houve mais alguém que tenha sido importante para você durante a sua infância (por ex. Avós, tios, amigos da família...). Em caso afirmativo, você poderia me contar alguma coisa sobre ele/ela?

8. Por favor, conte alguma coisa sobre seu parceiro, seu caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ele. O que você gosta nessa relação?

9. Você já recebeu tratamento psiquiátrico?

Qual motivo?

10. Você está tomando alguma medicação psiquiátrica? Qual?

11. Você está fazendo uso algum medicamento sem ser psiquiátrico? Qual?

12. Você já teve algum problema de saúde ou tem?

13. Quais os pontos positivos que você percebe na sua família e trabalho?

14. Você poderia nos contar alguma coisa sobre seus planos, suas esperanças e suas expectativas para o futuro?

ANEXO B – Questionário de Pensamento Automáticos – Extraído/copiado do livro A Mente Vencendo o Humor de Greenberger e Padesky.

Questionário de Pensamento Automáticos

Situação	Estado de Humor	Pensamento Automático (Imagens)

Anexo C- Lista/Tabela de Vantagens e Desvantagens – Baseado no Livro Terapia Cognitivo Comportamental: teoria e prática de Beck.

TABELA DAS VANTAGENS E DESVANTAGENS

LADO POSITIVO DA DEPENDÊNCIA	LADO NEGATIVO DA DEPENDÊNCIA