



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: O CASO BETH**

DANIELA DE ALMEIDA MORAIS

CAMPINA GRANDE – PB

2018

DANIELA DE ALMEIDA MORAIS

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: O CASO BETH**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, sob orientação da Professora Dra Regina Lúcia Wanderlei de Azevedo.

CAMPINA GRANDE – PB

2018

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro
Silva”, CCBS - UFCG**

M792t

Morais, Daniela de Almeida.

Terapia Cognitivo-Comportamental para o transtorno de ansiedade generalizada:
o caso Beth / Daniela de Almeida Moraes. – Campina Grande, PB: O autor, 2018.

25 f. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Regina Lígia Wanderlei de Azevedo, Dra.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade
Federal de Campina Grande, 2018.

Inclui bibliografia.

1. Terapia Cognitivo-Comportamental. 2. Transtorno de Ansiedade Generalizada.
3. Caso clínico. I. Azevedo, Regina Lígia Wanderlei de. (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.964.2 (813.3)

DANIELA DE ALMEIDA MORAIS

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: O CASO BETH

APROVADO EM: 12 / 03 / 2018

BANCA EXAMINADORA

Regina Lígia W. de Azevedo

Dra. Regina Lígia Wanderlei de Azevedo (UFCG)

Orientadora

Flávio Lúcio Almeida Lima

Dr. Flávio Lúcio Almeida Lima (UFCG)

Examinador

Jacqueline Matias dos Santos

Mestre Jacqueline Matias dos Santos (UFPB)

Examinadora

Aos meus sobrinhos Iago e Ana Beatriz, por
terem preenchido minha vida com amor, me
impulsionando e encorajando a cada dia, dedico
esse trabalho.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	8
2 Caso clínico.....	10
3 Considerações Finais.....	23
Referências.....	25

Resumo

O presente trabalho teve como objetivo apresentar um caso clínico de uma paciente do sexo feminino que foi diagnosticada com Transtorno de Ansiedade Generalizada, tendo como base a abordagem cognitivo-comportamental. A paciente Beth (nome fictício) é uma jovem de 25 anos de idade, estudante de pós-graduação de uma universidade pública localizada no interior da Paraíba e esteve em acompanhamento psicoterápico individual, tendo vivenciado 15 sessões. Os atendimentos ocorreram no Serviço Escola de uma Universidade Federal do Estado supracitado, tendo como responsável uma estagiária de Psicologia que era semanalmente orientada por uma professora com formação em terapia cognitivo-comportamental. Como técnicas interventivas foram utilizadas a Psicoeducação do modelo cognitivo, da ansiedade e dos transtornos de ansiedade, construção da relação terapêutica, empirismo colaborativo, reestruturação/ressignificação cognitiva, evocação de pensamentos automáticos através do questionamento socrático, dessensibilização sistemática, Registro Diário de Pensamentos, exames de evidências, torta da responsabilidade, conceitualização cognitiva, dentre outras. Percebeu-se que em 15 sessões a paciente evoluiu no que se refere a lidar com os sintomas fisiológicos da ansiedade, a compreender seu modelo cognitivo e a resignificação das suas crenças centrais. Tal percepção foi possível pelo discurso da paciente assim como pela observação de comportamentos assertivos que antes não existiam.

Palavras-Chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, Transtorno de Ansiedade Generalizada, caso clínico.

Abstract

The present study aimed to present a clinical case of a female patient who was diagnosed with Generalized Anxiety Disorder, based on the cognitive-behavioral approach. The patient Beth (fictitious name) is a 25-year-old female graduate student from a public university located in the interior of Paraíba/Brazil and was undergoing individual psychotherapy, having had 15 sessions. Attendance occurred at the School Service of a Federal University of the State mentioned above, with a psychology trainee who was weekly guided by a teacher with training in cognitive-behavioral therapy. Interventional techniques included psychoeducation of the cognitive model, anxiety and anxiety disorders, construction of an therapeutic relationship, collaborative empiricism, cognitive restructuring/resignification, evocation of automatic thoughts through socratic questioning, systematic desensitization, Daily Record of Thoughts, evidence exams, Responsibility Pie, cognitive conceptualization, among others. It was noticed that in 15 sessions the patient evolved to deal with the physiological symptoms of anxiety, to understand her cognitive model and the resignification of her central beliefs. Such perception was made possible by the patient's discourse as well as the observation of assertive behaviors that did not exist before.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Generalized Anxiety Disorder, clinical case.

INTRODUÇÃO

A ansiedade é um sentimento comum entre os indivíduos, que contribui para que possam realizar de forma eficiente alguma tarefa (Coutinho, Pereira, Rangé & Nardi, 2011), porém, em outros momentos, ao se tornar intensa, as pessoas vivenciam um grande sofrimento subjetivo, pois suas preocupações trazem prejuízos em áreas importantes de sua vida profissional, social e familiar, tornando-se desta forma uma ansiedade patológica, como a que se apresenta no Transtorno de Ansiedade Generalizada - TAG (Whitbourne & Halgin, 2015).

A Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014) também caracteriza o TAG como preocupação excessiva associada ao sentimento de ansiedade intenso, que pode gerar medo sobre o futuro, o qual incapacita as pessoas que a vivenciam de realizar suas atividades cotidianas, tomar decisões e terem momentos de lazer. De acordo com Whitbourne e Halgin (2015) os transtornos de ansiedade têm uma prevalência ao longo da vida de 28,8%.

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) descreve que as pessoas com este transtorno possuem dificuldade em lidar com sua ansiedade e preocupação e, para que o diagnóstico seja considerado, elas precisam apresentar na maior parte dos dias no período médio de seis meses sintomas como inquietação, fadigabilidade, dificuldade de manter-se concentrado, irritabilidade, tensão muscular, perturbações no sono, também podem ter sintomas físicos como enjoos, dores de cabeça e diarreia (APA, 2014). Com duas vezes mais probabilidade de se apresentar em mulheres, o TAG muitas vezes apresenta comorbidade com outros transtornos de ansiedade e de humor (Coutinho et al., 2011), por exemplo, sintomas de Transtorno de Pânico como coração acelerado, sensação de falta de ar, tontura, medo de perder o controle, desconforto torácico e tremores.

Neste enfoque, Rangé, Bernik, Borba e Melo (2011) enfatizam que o Transtorno do Pânico é um dos mais incapacitantes, pois ao experimentá-lo o indivíduo passa a ter medo de

que outros ataques ocorram, construindo um ciclo gerador de ansiedade que culmina em outro ataque de pânico, então para não vivenciar esses sintomas e o medo, os indivíduos evitam as situações geradoras.

Diante desse quadro, podem ser acionados vários tratamentos. Um deles é realizado por meio dos recursos da Terapia Cognitivo-Comportamental, que é uma psicoterapia desenvolvida por Beck nos anos 60, no qual se compreende que todas as pessoas apresentam um modelo cognitivo, descrevendo que as emoções e o comportamento são influenciados por seus pensamentos, e que estes aparecem sem que percebam, conceituados como os pensamentos automáticos. Estes pensamentos podem ser verdadeiros, parcialmente verdadeiros ou falsos, chamados de pensamentos distorcidos, destarte, por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental haveria a possibilidade de verificar a validade desses pensamentos (Beck, 2013).

O processo terapêutico de base cognitivo-comportamental é realizado colaborativamente com os pacientes, levando-os a estarem ativos em seu tratamento, utilizando-se de técnicas que procuram através da avaliação das cognições, sejam elas pensamentos, crenças, que são descritas como verdades construídas desde a infância, ou pressupostos negativos, promover suas ressignificações e que isso possibilite posteriormente a observação das situações e suas cognições de forma mais realística (Beck, 2013).

Portanto, a Terapia Cognitivo-Comportamental busca romper com o ciclo de pensamentos negativos que geram a ansiedade e preocupação excessiva (Whitbourne & Halgin, 2015). Para tanto, o terapeuta busca inicialmente realizar uma entrevista que possibilite a construção da conceitualização cognitiva (Beck, 2013), no qual é investigando os diferentes aspectos da vida dos indivíduos, que contribuem para a compreensão do caso e a partir disso trabalhar a aquisição de habilidades para manejo das crises de pânico e o

sentimento de ansiedade, através da reestruturação cognitiva, treino de relaxamento, exposição gradual as situações ansiogênicas, dentre outras (Rangé et al., 2011).

Neste enfoque, o presente estudo teve como objetivo apresentar um caso clínico de TAG em uma mulher de 25 anos de idade, tendo como abordagem teórico-prática a Cognitivo-comportamental, demonstrando os efeitos positivos que podem ser alcançados.

CASO CLÍNICO

Contextualização do caso

Beth é uma mulher, solteira, tem 25 anos, mora com sua mãe e irmã mais nova, é estudante de pós-graduação de uma universidade pública no interior da Paraíba. A paciente foi atendida no Serviço Escola de uma Universidade Federal, que tem por objetivo atender a comunidade através dos estagiários, estudantes de Psicologia, possibilitando não só o acesso aos serviços psicológicos pela população, mas contribuindo também para formação dos alunos. A paciente foi atendida por uma estagiária do décimo período de psicologia através do referencial teórico da Terapia Cognitivo-Comportamental, contando com supervisões semanais de duração de duas horas, com uma professora cuja formação é em Terapia Cognitivo-Comportamental. Tal supervisão acontecia numa sala do próprio Serviço Escola, sendo um momento para a discussão de textos acerca da abordagem Cognitivo-comportamental, bem como para textos relacionados à demanda trazida pelos pacientes que se encontravam em atendimento, a exemplo de textos acerca de Ansiedade e TAG. Atrelado a estas discussões, existia um momento específico para discutir o caso, onde a estagiária apresentava a transcrição do último atendimento e, em conjunto, era planejada a próxima sessão com a paciente, apontando possíveis hipóteses e sugerindo intervenções.

Demandas apresentadas

Beth buscou o Serviço Escola de Psicologia por perceber que não conseguia conviver com a ansiedade, relatando momentos de crise que causavam sofrimento e que a impossibilitava de realizar suas atividades cotidianas.

A paciente começou a perceber o aumento da ansiedade no período de um ano, relata que *“sempre fui ansiosa”*, mas percebeu que se agravou devido à situação de muita pressão, quando estava escrevendo seu trabalho de conclusão de curso. Nessas ocasiões parava um tempo de estudar, com o intuito de se acalmar para, em seguida retomar. Relatava que *“pensava que só precisava controlar a ansiedade e que, só assim conseguiria finalizar as atividades”*.

Beth retrata ainda que, por vezes tinha a sensação de perda de controle, e que estas sensações passaram a acontecer e reincidir em locais públicos, a exemplo de ônibus e até mesmo andando nas ruas, sensações estas que catalisavam mal-estar, medo e, conseqüentemente o desejo de ir para sua casa, denotando claramente a casa como um gatilho de esquiva fóbica. Nesta descrição inicial, Beth relatou ainda que apresentava algumas reações fisiológicas como falta de ar, taquicardia, dores de cabeça, sono desregulado e que, por vários momentos, *“pensei que seria apenas uma fase devido aos estudos”*, mas após a conclusão de seu curso e início da pós-graduação, suas preocupações excessivas às situações cotidianas e de ansiedade tornaram-se mais constantes.

História da paciente

Beth é a filha mais velha de pais divorciados. Durante a infância presenciou várias discussões entre seus pais. Reside com sua mãe e irmã mais nova, que segundo o relato de Beth tem depressão. Seu pai é alcoolista e atualmente não tem boa relação com ele.

A paciente por se dedicar a escola, foi pressionada por sua mãe em ter sempre bons resultados, pois seria através do conhecimento e conquistas acadêmicas que conseguiria ser

uma pessoa bem sucedida. Tal cobrança materna também se estendia a relação de Beth com o pai, pois insistia para que a paciente cobrasse auxílio financeiro. A paciente procurava atender ao pedido da mãe, mas relata que se entristecia nos momentos que tinha contato com o pai, pois ele prometia ajudá-la e não cumpria. Outro pensamento que a angustiava era que se não encontrasse algo que gostasse para trabalhar, teria uma vida igual a do pai, trocando de emprego sempre e sem ter como manter a família.

Buscando evitar esse possível futuro, Beth estabeleceu para si que deveria se esforçar e ser o melhor possível. Com isso ao chegar à universidade, passou a enfrentar dificuldades por não conseguir manter esse padrão, sentindo uma ansiedade desproporcional diante de situações simples. Ao final da graduação seu medo do futuro e preocupações, quanto a não conseguir emprego ou outra atividade que trouxesse satisfação, fizeram Beth buscar seleção em programa de pós-graduação. Entretanto, ao ingressar no programa percebeu que sua ansiedade aumentou e passou a apresentar ataques de pânico, não só em casa ou na universidade, mas também em ambiente públicos, andando na rua ou de ônibus.

O padrão estabelecido por Beth para ser uma pessoa bem sucedida se estende a outras áreas de sua vida. Em seu relato traz que diante da realidade de outras pessoas do seu meio social, os quais ela acredita serem pessoas que gostam do que fazem, tem boas oportunidades e uma vida desejável, Beth se angustia e se preocupa com seu futuro, pois acredita que não conseguirá uma vida como a delas. Então para evitar essa possibilidade ela se esforça ao máximo e tem um alto grau de exigência pessoal.

Diante desse quadro e percebendo que já não conseguia lidar com a ansiedade e as consequências que ela trazia em sua vida familiar, social e acadêmica, Beth procurou ajuda psiquiátrica e psicológica, porém sem informar a sua mãe, acreditando que haveria mais cobranças e questionamentos.

Descrição do tratamento e progresso do caso

O primeiro contato de Beth com o Serviço Escola foi no processo de triagem, no qual a paciente descreveu que sentia até quatro crises de ansiedade por semana, posteriormente compreendido, devido aos sintomas apresentados, como ataques de pânico. Esses ataques ocorriam em situações cotidianas e interferiam bastante na realização de suas atividades, relatou também que durante essas crises tem a sensação de falta de ar, aperto no peito e medo, assim, o objetivo que traçou para a sua própria terapia foi conseguir diminuir a ansiedade e o medo.

No presente trabalho, foram realizadas 15 sessões, com duração em média de 50 minutos cada. Na sessão inicial, através de entrevista, buscaram-se informações mais detalhadas acerca dos motivos que a fizeram procurar o Serviço Escola, investigando há quanto tempo apresentava as queixas, além de coletar dados sobre sua história pessoal e clínica. Nesse encontro Beth informou também que iniciaria um atendimento psiquiátrico na rede pública.

Em seguida será apresentado um quadro com a descrição de cada sessão psicoterápica realizada junto a paciente.

Técnicas utilizadas	Sessão	Observações
Avaliação	1, 2	Beth apresentava: ansiedade, preocupação, fala acelerada, taquicardia, dores de cabeça, alterações no sono
Identificação de metas	1	Diminuir a ansiedade e o medo
Conceitualização cognitiva	A partir da sessão 2	Buscando identificar os pressupostos e crenças construídas desde a infância
Psicoeducação	A partir da sessão 3	Beth começa a identificar seus pensamentos automáticos
Identificação de crenças centrais	2, 5, 6	Crença de desamparo e desvalor
Registro diário de pensamentos	5, 6, 7	Identificando e avaliando os pensamentos automáticos que ativam as crenças centrais
Exames de evidências	A partir da sessão 5	A partir da identificação das

		distorções cognitivas, Beth passou a avaliá-los
Reestruturação/ressignificação cognitiva	A partir da sessão 6	Beth diminui a frequência nas suas alterações de humor e relata mudanças significativas
Torta da responsabilidade	Sessão 9	Beth percebe que há outros fatores responsáveis pela situação
Respiração Diafragmática	Sessão 14	Treinamento de habilidades de relaxamento

Figura 1. Quadro com a descrição do trabalho de cada sessão.

A investigação através da entrevista se prolongou por mais duas sessões buscando dar consistência a hipótese diagnóstica de Transtorno de Ansiedade Generalizada com sintomas de ataques de pânico.

Beth relatou que tem ansiedade em relação ao seu futuro a longo prazo, pois sua pesquisa no mestrado não a faz sentir-se realizada, há uma cobrança pessoal para ser bem sucedida e o sentimento negativo referente ao mestrado a leva pensar que será uma pessoa fracassada.

Diante desse relato, a terapeuta por meio do questionamento socrático procurou identificar os pensamentos automáticos, pensamentos que surgem espontaneamente, e que levaram Beth a acreditar que não conseguirá se sair bem nessa área de sua vida, esses pensamentos foram identificados como distorcidos, por não mostrarem sua validade e estarem associados a comportamentos e emoções negativas, classificados de acordo com Leahy (2006) e Beck (2013) como rotulação “*Eu sou um fracasso*” e pensamentos do tipo tudo ou nada “*Tenho que dar o máximo de mim, se não eu serei um fracasso*”.

Ainda durante a primeira sessão ficou bastante perceptível a impaciência e irritação de Beth diante das situações que geravam ansiedade e descreveu algumas das percepções que ela mesma tinha de sua ansiedade através seus pensamentos acelerados, dificuldade para dormir, taquicardia. Desta forma, buscando informar a paciente que esses eram sintomas relacionados a seu quadro, realizou-se a psicoeducação do que é ansiedade e seus sintomas, fazendo

também a relação com o conhecimento prévio de Beth sobre o tema. A terapeuta também fez a psicoeducação sobre como o processo terapêutico na abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental ocorre de forma colaborativa entre terapeuta e paciente, buscando familiarizar Beth com o processo terapêutico que estava se iniciando.

As sessões posteriores foram estruturadas, em sua maioria, de acordo com o que propõem Beck (2013), no qual se utiliza da verificação de humor, da atualização, de ponte com as sessões anteriores, de resumos quando necessário, solicitando feedback e propondo tarefas para casa.

Na sessão seguinte através de questionamentos a terapeuta buscou informações que auxiliassem a conceitualização cognitiva (Beck, 2013), o qual através da investigação da história da paciente possibilita a identificação de pressupostos e crenças que a mesma construiu desde a infância, além de auxiliar na formulação de uma hipótese sobre o caso. A paciente informa que iniciou o tratamento psiquiátrico, com objetivo de amenizar as ânsias de vômito, dores de cabeça, taquicardia e insônia, porém ainda não está ministrando a medicação.

Devido a implicação de Beth na terapia, durante essa sessão já foi iniciada a psicoeducação sobre o modelo cognitivo, no qual muitas vezes não é a situação em si, mas a forma como a percebe, como pensa sobre ela, que leva a paciente a ter um sentimento e um comportamento, o qual foi exemplificado utilizando-se das situações trazidas pela paciente. Ao final foi proposto que a paciente que levasse o exercício do Eu Real e Eu Ideal para casa, visando levar Beth a pensar sobre como se percebe e talvez identificar distorções cognitivas a partir da avaliação desse exercício.

A terceira sessão se inicia com a verificação de humor, na qual a paciente vem relatando que nos primeiros dias após as sessões sente-se bem, mas que seu humor muda gradativamente, piorando até o início da semana seguinte. Através do questionamento

socrático investigou-se quais pensamentos automáticos remetem a paciente a crença de que é um fracasso e que não conseguiria conquistar seus objetivos. Seu comportamento habitual aos pensamentos é de fuga, geralmente volta para sua casa, fica em sua cama buscando evitar as situações ou vai ao banheiro para poder chorar.

A ponte com a sessão anterior foi realizada por meio da revisão do exercício de casa, em que foi proposto que pensasse a respeito do que imagina ser um Eu Real e um Eu Ideal. Então, terapeuta e paciente leram juntas um dos aspectos no Eu Real “*muito insistente e perseverante*” e no Eu Ideal “*saber desistir quando necessário*”, tais pensamentos foram questionados e remeteram a crença que a paciente apresenta sobre ser um fracasso.

Diante desses pensamentos a terapeuta esclarece sobre a importância de um Continuum Cognitivo (Leahy, 2006), com objetivo de ajudar a paciente a pensar nas variações entre o significado de uma pessoa de sucesso e uma pessoa fracassada, em vez do pensamento dicotômico do tipo tudo-ou-nada. Como a psicoeducação sobre o modelo cognitivo foi realizado na sessão anterior, nesta foi lembrado e como proposta de tarefa para casa, foi solicitado que Beth tentasse identificar os pensamentos automáticos nas situações em que percebe sua mudança de humor.

Na quarta sessão após a atualização das situações pelas quais passou e alteraram seu humor, a paciente traz que diante da realidade de pessoas próximas, visto como melhores que a sua, Beth sente tristeza por não estar como gostaria, seu desejo era de estar “*motivada, sentindo-se útil, produtiva, fazendo o que gosta*” e relata que não se sente capaz diante das exigências no mestrado, esses foram os pensamentos automáticos que conseguiu identificar como solicitado anteriormente. Relata que continua com crises de ansiedade, nas quais seu comportamento, por exemplo, é sair do ambiente, ir ao banheiro e chorar. Ao final dessa sessão, como a paciente já consegue identificar seus pensamentos automáticos a terapeuta

realiza a leitura com Beth de lista de erros de pensamento descrita por Beck (2013), buscando levá-la a pensar mais sobre aquilo que vem em sua mente frente a situações ansiogênicas.

Na quinta sessão relatou uma situação em seu relacionamento, o qual gerou o pensamento “*nada dá certo*”, então recordou a lista que leu na sessão anterior e percebeu que seu pensamento automático estava alterando seu humor e ela não tinha evidência de que era verdadeiro ou não, isso a fez parar um pouco para refletir e conseguiu se acalmar.

Começou a identificar no seu dia-a-dia os momentos que ocorrem seus pensamentos automáticos, principalmente em relação às atividades acadêmicas, com pensamentos do tipo “*eu vou perder o mestrado*”, “*eu sou um fracasso*”, “*eu não sou útil*”. A terapeuta fez a introdução do Registro Diário de Pensamentos, para que a paciente pudesse identificar, a partir da observação de sua mudança de humor, o que estaria pensando e então preencher o registro com sua reação emocional e comportamental, além do exame das evidências de tais pensamentos.

Na sexta sessão, com o Registro Diário de Pensamentos, foram identificadas diversas situações que a resposta da paciente são distorções cognitivas, em uma delas relacionada ao mestrado, no qual a paciente é solicitada a contribuir, pensa que não possui conhecimento suficiente para ajudar apresentando os pensamentos “*tenho vergonha e me sinto inútil*”, “*quero ser boa naquilo que faço*”, “*tenho medo do julgamento dos outros*”. A terapeuta continua a psicoeducação quanto aos pensamentos automáticos e Registro Diário de Pensamentos e inicia a avaliação das evidências desses pensamentos, para que a paciente possa compreender onde ocorreram as distorções.

Por meio da verificação de humor na sétima sessão Beth relata que a semana anterior foi difícil, apesar de ter um pouco mais de controle de sua ansiedade percebe uma recaída, durante alguns dias alterou sua rotina de sono e medicação, deixou de realizar atividades importantes no mestrado para resolver questões pessoais relacionadas a exigências e

cobranças de sua mãe. Sua preocupação excessiva, para realizar as atividades solicitadas, gerou distorções cognitivas do tipo personalização (Leahy, 2006) “*Não basta ter uma cobrança pessoal, com a cobrança externa me sinto culpada por não ter feito da melhor forma*” e por deixar de cumprir com seus compromissos teve o pensamento “*eu falhei*”. Foi realizada uma avaliação dos pensamentos nessas situações através do Registro Diário de Pensamentos buscando formas de pensar alternativas e verificando o quanto ela acreditava nessas outras perspectivas.

Na oitava sessão Beth traz questões sobre sua medicação. Como na semana anterior ela havia percebido e se preocupou diante da percepção de uma recaída, resolveu conversar com sua mãe a respeito do que tem enfrentado, falar sobre sua ansiedade, ataques de pânico e sua procura por ajuda psiquiátrica e psicológica, que até esse momento sua mãe não sabia. Não havia falado antes para não preocupar a mãe, pois acreditava que conseguiria resolver seus problemas sem apoio familiar. Diante dessa revelação a mãe insiste para Beth ir a outro médico, o que foi feito e a paciente teve sua medicação alterada. Durante o processo terapêutico a paciente faltou ou chegou atrasada devido a alterações em sua medicação, ou por não estar administrando da forma prescrita, apresentando reações fisiológicas, como apatia, sonolência, enjoos, que prejudicavam sua rotina.

Ainda nesta sessão a paciente traz que vem buscando diminuir o grau de exigência pessoal a partir do questionamento das evidências sobre a necessidade do padrão que estabeleceu, relatou o pensamento “*Sou muito exigente para executar minhas atividades de forma bem feita*” e por meio da avaliação passou pensar que “*não preciso me exigir tanto e ainda conseguir fazer algo bem feito*”, questionada sobre o quanto acredita nesse novo pensamento a resposta da paciente foi de 80%, pois acredita que uma exigência alta pode na verdade atrapalhar. Beth chega à conclusão que essa exigência vem da sua mãe, diante de sua

educação desde a infância, pois era cobrada para se dar bem nos estudos, pois só através dele conseguiria ser alguém na vida.

Em algumas das sessões anteriores foi perceptível a ansiedade e preocupação da paciente em mudar suas reações as situações, relatando que precisava saber como agir, então a paciente descreveria o máximo de situações possíveis que havia enfrentado no intervalo entre as sessões. A necessidade em descrever ocupava metade da sessão, desta forma a partir da nona sessão procurando ficar em uma das situações que mais incomodaram, a terapeuta propõe a paciente fazer a agenda da sessão, cujo objetivo foi promover uma análise mais detalhada de seus pensamentos e crenças. Com isso, surge a queixa principal apontada por Beth, que vem incomodando desde o início do processo terapêutico, sua ansiedade e consequentes ataques de pânico, os quais enfrenta devido à sua rotina na universidade e repercute nas outras áreas de sua vida.

Na ocasião, a situação relatada é que a paciente se culpa por críticas recebidas de um professor, envolvendo um trabalho acadêmico, por acreditar que “*ele está chateado comigo*”, Beth apresentou a distorção cognitiva, ou seja, um pensamento falso, descrito como leitura mental, pois acreditou que sabia o professor estaria pensando, ao avaliar seus próprios pensamentos compreendeu que não tem evidências de que ele está chateado. Em relação à sua culpa por acreditar que o trabalho não foi bem feito, a terapeuta utiliza a técnica da torta de responsabilidades (Leahy, 2006) levando a paciente a distribuir a responsabilidade a outros fatores, como por exemplo, o trabalho foi feito por mais alunos, então é responsabilidade de todos.

Na décima sessão a paciente relata que não sente mais a ansiedade como antes e não tem mais ataques de pânico, percebe seu humor estável a maior parte do tempo. Nessa sessão ela fala sobre suas relações pessoais e de como assume uma postura de cobrança diante dos outros e quando não fazem o que ela pensa ser o correto se chateia, a partir da avaliação de

seus pensamentos percebe que não há como ter controle sobre tudo e todos, cada um tem o seu direito de escolha.

Apesar de já ter adquirido habilidades de avaliação de seu humor e identificação dos pensamentos que trazem mudanças emocionais, Beth relata que entre as sessões ainda sente que há altos e baixos em seu humor, o que é verificado na sessão onze, pois a paciente diz que não estava bem. Beth descreve que teve dificuldade na tomada de decisão sobre se inscrever em concurso, pensou “*são muitas disciplinas não vou conseguir estudar tudo a tempo*”, além disso, a prova seria prática e pensou não ser capaz de fazer a apresentação necessária, a ansiedade gerada por esse medo a fez desistir de realizar a inscrição. Seus pensamentos e preocupação diante dessa situação perduraram por dois dias. A paciente traz que conseguiu avaliar seus pensamentos para tomar a decisão de fazer ou não a inscrição. Fez um exame das vantagens e desvantagens, porém mesmo encontrando pontos positivos relevantes, resolveu desistir, após a decisão tomada sentiu alívio.

Entretanto, passados alguns dias ao ser questionada por colegas sobre sua decisão de desistir do concurso, ficou bastante nervosa, chorou e se sentiu uma pessoa fraca, por não enfrentar o desafio. Questionada sobre sua reação emocional e comportamental e avaliação de seus pensamentos, através do questionamento socrático, a paciente chega à conclusão de que o motivo desse concurso a ter incomodado é o mesmo que tem em relação ao mestrado “*não sou boa o suficiente, não sou capaz*”, além do medo do julgamento das pessoas. A terapeuta buscou trabalhar a possibilidade de a paciente observar mais atentamente as habilidades de enfrentamento que consegue pôr em prática em outras situações e utilizá-las nesse contexto. A paciente mostra que tem trabalhando a metacognição, questionando-se sobre o motivo de pensar desta forma.

Na sessão doze a paciente relata uma estabilidade em seu humor apesar de ocorrerem situações que trazem ansiedade. Após descrever uma situação familiar que envolve suas

férias e viagens, terapeuta e paciente investigam através de questionamentos a percepção de que muitas das angústias de Beth são geradas por ela sempre buscar fazer o que as outras pessoas esperam que faça, sejam familiares, professores ou namorado, em detrimento de suas próprias vontades, o que causa tristeza, irritação e ansiedade diante dos pedidos dos outros.

Através do questionamento socrático investigou-se a crença da paciente em relação à necessidade de fazer o que os outros pedem; para ela é uma forma de agradecimento, não quer decepcionar as pessoas. Beth apresenta a distorção de leitura mental e afirmações do tipo “deveria”, pois acredita que deve fazer o que pedem se não essas pessoas ficaram tristes e acharão que é ingrata. Com a identificação dessas distorções é realizado o exame das evidências, para que a paciente se questione a respeito da veracidade de suas afirmações possibilitando a diminuição da ansiedade frente a essas exigências.

Por se tratar de atendimento em um Serviço Escola, a terapia está sujeita ao calendário da Universidade, frente a essa realidade na sessão treze foi realizada de forma colaborativa com a paciente uma avaliação sobre sua evolução, pois haveria um período de recesso devido ao natal e férias. A paciente relata que consegue fazer a avaliação de seus pensamentos após sentir a mudança em seu humor, na conquista dessa habilidade Beth descreve a situação no qual se sentiu irritada, preocupada, ansiosa. Após uma apresentação de trabalho acadêmico, identificou que o real motivo de sua angústia não era a situação em si ou seu desempenho na apresentação, mas a cobrança em ser o mais eficiente e melhor possível, uma pessoa capaz, pois acreditou que não conseguiu ser clara o suficiente na apresentação, tais pensamentos levaram Beth a sua crença de que “se não for a melhor então é um fracasso”. Frente à compreensão da paciente foi trabalhada a flexibilização de suas crenças através que questionamentos e a terapeuta enfatizaram a importância das reflexões que a paciente tem feito a cerca de seus pensamentos.

Beth traz em seu discurso a compreensão de sua evolução no processo terapêutico, pois no início qualquer situação cotidiana a desestabilizava, causando ansiedade, preocupação excessiva, ataques de pânico, mas, após começar a pensar e avaliar as situações e seus pensamentos passou a ter uma postura diferente o que possibilitou amenizar suas reações.

Na sessão quatorze a paciente traz que o período sem o acompanhamento terapêutico foi tranquilo, apenas nos últimos dias que antecederam o retorno à terapia é que Beth se sentiu ansiosa e preocupada, pois passou a elaborar planos para o futuro, pensando em estratégias que a levassem a seus objetivos, mas seus planos estavam focando em como gostaria de estar em um, dois e até cinco anos, causando angústia por acreditar que não conseguiria fazer o que gostaria. Através de questionamentos buscou-se levar a paciente a pensar em metas e objetivos mais próximos de serem concretizados, em que ela teria maior controle, possibilitando assim o nível de exigência e ansiedade, para que seus planos dessem certo em longo prazo, pensando também a respeito das contingências e oportunidades que poderiam se apresentar e que Beth não teria o controle.

Com a descrição de como foi sua reação nessa situação Beth acreditou que nos últimos dias sua ansiedade voltou mais forte, então a terapeuta lembra a paciente que ela já adquiriu habilidades de enfrentamento, os resultados e mudanças conquistadas, os quais já foram avaliados por ela e que ela deve continuar observando seus pensamentos automáticos e buscando evidências de sua validade.

A sessão quinze é a última que compõe o caso clínico. No decorrer dessa sessão a paciente e a terapeuta continuaram a avaliação de pensamentos. Beth relata que apesar de sentir-se ansiosa, vê uma mudança bastante significativa na forma de pensar e se comportar diante das situações, acredita que as habilidades construídas no rochedo terapêutico ajudaram, pois agora ela dá mais atenção aos seus pensamentos. Nesta sessão a terapeuta também realizou psicoeducação e técnicas de relaxamento, como a respiração diafragmática e

iniciou a prevenção de recaídas, através da exposição de situações, levando a paciente a pensar e encontrar formas de enfrentamento que não trouxessem medo e ansiedade.

Durante o processo terapêutico de forma colaborativa, paciente e terapeuta buscaram desenvolver habilidades de enfrentamento diante das situações ansiogênicas. Desta forma, foi possível verificar resultados positivos com a diminuição dos sintomas psicossomáticos apresentados, da frequência e intensidade dos ataques de pânico que a mesma também apresentava, além da observação das mudanças comportamentais alcançadas gradativamente.

O planejamento terapêutico foi dividido em três fases, fase inicial, fase intermediária e fase final. Na primeira fase, foram focados basicamente na elaboração de metas, na construção da aliança terapêutica, no empirismo colaborativo, na inicialização da conceitualização cognitiva, na Psicoeducação do modelo cognitivo, da ansiedade e dos transtornos de ansiedade, sempre com a utilização do questionamento socrático com o intuito de familiarizar a paciente com o seu modelo cognitivo e acessar as suas crenças centrais e intermediárias. Nesta fase foram identificadas crenças centrais de desamparo e desvalor. Na fase intermediária, fez-se uso de técnicas cognitivas e comportamentais, a exemplo do continuum cognitivo, torta de responsabilidade, dessensibilização sistemática, ensaio comportamental. Na fase final, foi realizada uma avaliação acerca do alcance das metas elaboradas na fase inicial e, na prevenção de recaídas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso apresentado se utilizou da teoria clássica da Terapia Cognitivo-Comportamental, no qual através da identificação e avaliação dos pensamentos automáticos distorcidos, foi possível a paciente verificar sua validade e compreender suas distorções, possibilitando a reestruturação cognitiva.

Por se tratar de uma prática de estágio, a terapeuta contou com supervisões e orientações semanais que aconteciam individualmente, nas quais os atendimentos eram transcritos e apresentados à orientadora e esta norteava a estagiária nas intervenções, que eram pensadas a partir da evolução da paciente.

É importante destacar que o tratamento psiquiátrico iniciado pela paciente só passou a auxiliar o processo terapêutico no momento de mudança de médico e medicação, pois a partir disso a paciente começou a administrar a medicação da forma prescrita. Entretanto, vale salientar que as reações físicas trazidas inicialmente pela medicação dificultaram a realização das atividades cotidianas, alteraram a rotina e a assiduidade da paciente as sessões.

Ao longo das sessões ocorreram recaídas que levaram a paciente se questionar a respeito de sua evolução, tais pensamentos foram avaliados e a paciente percebeu que mesmo com alguns retrocessos, as habilidades conquistadas auxiliaram a diminuir o grau de ansiedade associado as situações cotidianas.

Outra dificuldade que se apresentou durante a terapia foi a impossibilidade de utilização de outros instrumentos na avaliação da hipótese diagnóstica e mensuração da evolução no processo terapêutico. Porém, a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental foi comprovada devido a remissão de diversos sintomas apresentados, possibilitando ganhos significativos na qualidade de vida da paciente.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. Artmed Editora.
- Coutinho, F.C., Pereira, A., Rangé, B.P., & Nardi, A.E. (2011). *Transtorno de ansiedade. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Artimed Editora. 311-324.
- Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta*. Artmed, 2006.
- Rangé, B.P., Bernik, M., Borba, A.G., & Melo, N.M.M. (2011). *Transtorno do pânico e agorafobia. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Artimed Editora. 238-268.
- Whitbourne, S.K., & Halgin, R.P. (2015). *Psicopatologia: Perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: AMGH.