

CENTRO DE TERAPIA COGNITIVA VEDA

CLARA MACEDO ROSSITER GAMEIRO

**A REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA E A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS NO
TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE: RELATO DE CASO**

BRASÍLIA

2020

CLARA MACEDO ROSSITER GAMEIRO

**A REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA E A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS NO
TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Terapia Cognitiva Veda como requisito para obtenção do título de Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental.

Orientador: Prof. Ms. Carlos Eduardo Portela.

BRASILIA

2020

CLARA MACEDO ROSSITER GAMEIRO

**A REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA E A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS NO
TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Terapia Cognitiva Veda como parte das exigências para a obtenção do certificado de conclusão da Especialização em Terapia Cognitiva.

Brasília, ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. (Nome do orientador)
Afiliações

Prof. (Nome do professor avaliador)
Afiliações

Prof. (Nome do professor avaliador)
Afiliações

RESUMO

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é um quadro psiquiátrico bastante recorrente em crianças e adultos nos dias atuais. Ele tem como principais características a preocupação excessiva e crônica sobre diferentes temas, associada a tensão aumentada. Por ter diversos sintomas incapacitantes, o TAG pode trazer um impacto negativo de grandes prejuízos na qualidade de vida dos pacientes, pois as pessoas que convivem com o TAG costumam ter várias áreas da vida afetadas, como a laboral, a social, a acadêmica e o âmbito familiar. Dentre os tratamentos que são utilizados para as pessoas ansiosas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma das mais eficazes e conta com algumas técnicas próprias para a especificidade de cada transtorno. A proposta deste artigo foi a de ilustrar um processo de psicoterapia dentro da abordagem cognitivo-comportamental em uma paciente ansiosa, de 31 anos, casada e gestante, utilizando como principais técnicas a reestruturação cognitiva e resolução de problemas. O resultado desse estudo demonstrou a importância do uso de tais técnicas, devido a melhora dos sintomas da paciente. Ela foi capaz de flexibilizar alguns pensamentos e crenças, apresentou comportamentos mais funcionais e passou a ter mais qualidade de vida e visão ampliada a respeito das possibilidades de seu futuro profissional.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC); Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG); Reestruturação Cognitiva; Resolução de Problemas.

ABSTRACT

Generalized Anxiety Disorder (GAD) is a very recurrent psychiatric condition in children and adults today. Its main characteristics are the excessive and chronic concern about different topics, associated with increased tension. Because it has several disabling symptoms, GAD can have a negative impact on the quality of life of patients, as people who live with GAD tend to have various areas of life affected, such as work, studies and the family environment. Among the treatments that are used for anxious people, Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is one of the most effective and has some techniques to the specificity of each disorder. The purpose of this article was to illustrate a psychotherapy process within the cognitive-behavioral approach in an anxious, 31-year-old married and pregnant patient, using cognitive restructuring and problem solving as the main techniques. The result of this study demonstrated the importance of using such techniques, due to the improvement of the patient's symptoms. She was able to relax some thoughts and beliefs, showed more functional behaviors and started to have more quality of life and an expanded view of the possibilities of her professional future.

Keywords: Cognitive behavior therapy (CBT); Generalised anxiety disorder (GAD); Cognitive restructuring; Problem Solving.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. RELATO DE CASO	11
I. HISTÓRIA DO CASO	11
A. Informações de Identificação	11
B. Queixa Principal	11
C. Histórico da Doença Atual	11
D. História Psiquiátrica Progressiva	12
E. História Pessoal e Social	12
F. Histórico Médico	13
G. Observações do Estado Mental	13
H. Diagnóstico Segundo o DSM-5	13
II. FORMULAÇÃO DE CASO	13
A. Precipitantes	13
B. Visão Transversal das Cognitiones e dos Comportamentais Atuais	14
C. Visão Longitudinal de Cognitiones e Comportamentos	14
D. Pontos Fortes e Recursos	15
E. Hipótese de Trabalho	15
III. PLANO DE TRATAMENTO	15
A. Lista de Problemas	15
B. Objetivos do Tratamento	16
C. Plano de Tratamento	16
IV. CURSO DO TRATAMENTO	16
A. Relação Terapêutica	17
B. Intervenções/Procedimentos	17
C. Obstáculos	17
D. Resultados.	17
3. DISCUSSÃO	20
4. CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	26

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) tem como primeiro critério diagnóstico no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5 a ansiedade ou preocupação excessiva que ocorre por pelo menos 6 meses, na maioria dos dias e em diversas situações ou eventos. Alguns dos sintomas principais desse transtorno são: dificuldade em controlar a preocupação; inquietação; fadigabilidade; irritabilidade e perturbação do sono. Esses sintomas causam sofrimento ou incapacidade na realização de tarefas diárias de diversas naturezas.

Um dos tratamentos mais indicados para a TAG é a terapia cognitivo-comportamental (TCC). A TCC foi criada por Aaron Beck, cientista norte-americano que desenvolveu uma psicoterapia de curta duração, focada no presente e voltada para solução de problemas atuais e mudanças de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Essa forma de tratamento costuma ter efeitos rápidos e duradouros com esses pacientes, por ser capaz de ensinar habilidades que eles usarão na terapia e posteriormente poderão aplicá-las fora dela (GREENBERGER; PADESKY, 2017). Hunot et al (2007) observaram em um estudo que 46% de pacientes que foram tratados com a TCC obtiveram redução significativa em sintomas de ansiedade e depressão, em comparação aos 14% de pacientes que estavam na lista de espera ou em outros tratamentos.

Pessoas com transtornos de ansiedade apresentam uma especificidade cognitiva relacionada a ameaça física/psicológica para si mesmo ou outras pessoas. Isso faz com que elas encarem situações de forma diferente de outras na mesma situação, normalmente com emoções ligadas ao medo (SALKOVSKIS, 2005). Por isso, pacientes com Transtorno de Ansiedade Generalizada costumam apresentar algumas interpretações de eventos ou situações que não correspondem à realidade, além de preocuparem-se de forma exacerbada com o futuro.

De acordo com Salkovskis (2005), existem fatores cognitivos ou modos de processamento de informações utilizadas por pessoas ansiosas que podem fortalecer ainda mais as cognições voltadas para ameaça e são responsáveis pelo ciclo de manutenção do quadro de ansiedade. O primeiro desses fatores é a atenção seletiva, que ocorre quando a pessoa foca mais a sua atenção naquilo que está relacionado com o tema que lhe aflige, ou seja, há um estreitamento na percepção e a pessoa percebe mais sinais de perigo. Assim, a pessoa fica ainda mais preocupada e isso

reforça sua interpretação quase sempre distorcida da realidade. Outro fator que mantém a ansiedade é a alteração fisiológica, pois pessoas que se veem em situação de perigo sentem os efeitos fisiológicos da adrenalina e isso aumenta ainda mais o medo e a percepção da ameaça. Um último fator que mantém a ansiedade é a mudança no comportamento, que acontece quando alguém se percebe em uma situação de perigo e isso ocasiona um comportamento de evitação, o que contribui para uma preocupação ainda maior com o objeto que causou medo na pessoa. Dessa forma, os três fatores acima citados contribuem para a formação de um ciclo em que as pessoas com ansiedade muitas vezes ficam presas, devido a constante retroalimentação dele.

Em consonância com a ideia do ciclo de ansiedade, o modelo cognitivo das pessoas ansiosas estabelece que elas possuem pensamentos intrusivos automáticos de ameaça que causam sentimentos de medo ou ansiedade pela ativação de esquemas de ameaça e vulnerabilidade (CLARK; BECK, 2012). O resultado disso é que essas pessoas acabam ficando hipervigilantes e a preocupação torna-se um ciclo, pois ela própria passa a ser vista como algo perigoso e incontrolável, que a pessoa tenta eliminar, sem sucesso. Esse fator, aliado a dificuldade na resolução de problemas, ocasiona o sentimento de perda de controle e aumenta ainda mais a preocupação desses pacientes (CLARK; BECK, 2012).

Leahy (2011) aponta que as pessoas que apresentam transtorno de ansiedade costumam realizar distorções ou erros cognitivos que se voltam aos pensamentos negativos. Algumas dessas distorções são: filtro negativo, catastrofização, leitura da mente, desconto do positivo, personalização, dentre outras, que trazem prejuízos clinicamente significantes para esses pacientes. A catastrofização é uma antecipação do futuro em que a pessoa acredita que o que acontecerá será terrível ou insuportável; com a leitura mental, o paciente acredita que conhece os pensamentos e intenções de outros sem ter evidências disso; a partir do filtro negativo, há um enfoque apenas nos aspectos negativos e desconsidera-se os positivos; a personalização, por sua vez, ocorre quando o ansioso atribui a si mesmo uma enorme carga de culpa pelos eventos negativos, mesmo que haja outras influências nesses eventos; outra distorção comum nas pessoas com ansiedade é o desconto do que é positivo, na qual elas consideram que as coisas positivas que ela própria ou outras pessoas fizeram é algo trivial e sem importância (LEAHY, 2011).

Essas distorções de pensamentos são alguns dos grandes focos da TCC, cujo tratamento buscará modifica-las para que o paciente adquira outras formas de pensar mais funcionais. Segundo Knapp & Beck (2008), existem diversas técnicas comprovadamente eficazes dentro da TCC. No entanto, é fundamental que o terapeuta estabeleça uma boa relação de trabalho com o paciente e consiga obter a compreensão individualizada dele, de forma a escolher a técnica mais adequada para aquela pessoa naquele momento. Algumas dessas principais intervenções que a TCC pode selecionar para utilizar no tratamento da TAG são: a identificação e avaliação de pensamentos ou crenças voltados para preocupações, a aceitação, a resolução de problemas, a psicoeducação e a reestruturação cognitiva (CLARK; BECK, 2012).

De acordo com Clark & Beck (2012), a reestruturação cognitiva na ansiedade tem como objetivo identificar e avaliar crenças e pensamentos ansiosos, de forma que eles poderão ser racionalizados e corrigidos, possibilitando ao paciente adquirir uma perspectiva mais adaptativa e que cause menos ansiedade. Na prática, isso significa questionar pensamentos e crenças do paciente, buscar evidências contra e a favor das interpretações que ele faz dos eventos, identificar erros cognitivos característicos da ansiedade, além de estimar a probabilidade de que a ameaça poderia ocorrer na vida real.

Essa técnica foi apresentada na revisão bibliográfica de Faria (2011) como sendo uma importante ferramenta utilizada pelo terapeuta cognitivo-comportamental, devido ao papel que a função cognitiva tem no TAG, influenciando nas emoções e comportamentos do paciente. Assim, ela possibilita que o medo seja diminuído ou até mesmo extinto, além de possibilitar a regulação cognitiva das emoções da pessoa ansiosa, prevenindo recaídas.

A reestruturação cognitiva pode ser alcançada por meio de diversas intervenções, sendo que algumas das principais são: o registro e a avaliação de pensamentos e crenças disfuncionais e a análise de custos e benefícios. Por meio do registro e avaliação de pensamentos e crenças disfuncionais, o paciente anota as situações, pensamentos, emoções e comportamentos sempre que perceba estar tendo pensamentos ou crenças disfuncionais e, a partir disso, “Os terapeutas cognitivos avaliam ou testam pensamentos, examinando suas implicações, contemplando as evidências e considerando interpretações alternativas” (LEAHY, 2006, p.53). A análise de custos e benefícios é uma técnica que permite ao paciente realizar uma avaliação das consequências (positivas ou negativas) de manter

determinado pensamento ou crença. Dessa forma, o paciente poderá escolher entre manter ou modificar aquilo que é disfuncional por algo mais funcional (LEAHY, 2006).

A resolução de problemas é uma técnica na qual o paciente é incentivado, durante o tratamento, a imaginar soluções para seus problemas baseando-se no passado, em outras pessoas ou recebendo sugestões de potenciais soluções do psicoterapeuta (BECK, 2014). Dessa forma, é possível ampliar as possibilidades de respostas adequadas para lidar com uma situação problema e reduzir emoções negativas. A resolução de problemas é utilizada quando o que preocupa o paciente é algo realista e, portanto, mesmo que seus pensamentos e crenças sejam reestruturados, ainda é importante que ele desenvolva habilidades para ser capaz de resolver os problemas com os quais se depara atualmente. Essa técnica é citada por Marques e Borba (2016) como uma das principais estratégias incluídas nos protocolos de TCC de diversos autores da área.

A reestruturação cognitiva e a resolução de problemas são consideradas bastante relevantes na prática clínica visando a redução do nível de ansiedade, de acordo com Vieira e Ludwig (2009). Eles fizeram um levantamento de estudos que comprovam a efetividade da TCC para o tratamento do TAG e nos artigos citados pelos autores, as técnicas de reestruturação cognitiva e solução de problemas aparecem explicitados como sendo intervenções utilizadas no processo de acompanhamento desses pacientes. A melhora dos sintomas do transtorno associada a uma avaliação mais realista dos pensamentos e maior efetividade na solução de problemas possibilita ao paciente ter mais controle de si mesmo e das situações que vivencia, além de ampliar suas habilidades em resolver dificuldades.

O presente trabalho tem como objetivo verificar o papel da reestruturação cognitiva e da resolução de problemas no tratamento de uma paciente com transtorno de ansiedade generalizada. Essas técnicas, típicas da abordagem cognitivo-comportamental, podem ter significativa relevância para que sejam alcançadas as metas terapêuticas desejadas para o tratamento do transtorno de ansiedade, proporcionando mudanças nas cognições e comportamentos disfuncionais dos pacientes.

2. RELATO DE CASO

I. História do Caso

A. Informações de Identificação

Paula, nome fictício da paciente em questão, é uma mulher branca, de 31 anos, casada há 3 meses, nascida em Goiânia – GO, reside em Brasília há 4 anos e estava grávida de 5 meses quando buscou a terapia. Ela é formada em pedagogia e trabalha como professora de Educação Infantil desde que mudou de cidade.

B. Queixa Principal

A paciente procurou a terapia por ter sido demitida e readmitida, após os sua chefia ficar sabendo que estava grávida. Disse que a causa de sua demissão foi ter recebido uma cobrança de trabalho da Coordenadora que ela não considerava como atribuição de seu cargo. Ela tentou conversar e negociar com a chefe, mas foi suspensa. Após isso, teve uma úlcera e passou alguns dias de licença, além de engravidar e perder o primeiro bebê. Esses acontecimentos culminaram em sua demissão e, ao engravidar novamente, houve a readmissão. No momento em que chegou à terapia, estava de licença médica, mas desde os acontecimentos relatados, passou a sentir diversos sintomas, como: pesadelos, insônia, formigamento nas mãos, aperto no peito e falta de ar toda vez em que pensava ou recebia ligações do trabalho.

C. Histórico da Doença Atual

A paciente apresentou sintomas de depressão e ansiedade, alguns dos quais encontram-se elencados a seguir:

Sintomas emocionais: humor deprimido, irritação, raiva, ansiedade;

Sintomas cognitivos: preocupação excessiva com a volta ao trabalho; pensamentos negativos relacionados ao medo do que sua chefe pode fazer;

Sintomas fisiológicos: tremores nas mãos, pesadelos, insônia, aperto no peito, falta de ar, inquietude;

Sintomas comportamentais: afastamento social, falta de comunicação com o marido.

O maior estressor ambiental de Paula é o ambiente laboral, que causou os sintomas apresentados no início da terapia. A paciente relatou que seu trabalho não era um bom ambiente para os professores, pois a Coordenadora é autoritária, não ouve as opiniões dos colegas e não os trata bem, já tendo demitido outras pessoas desde que a paciente começou a trabalhar lá. Mesmo não estando presencialmente na Instituição de Ensino quando começou a terapia, receber uma ligação ou mensagem de um colega ou da Coordenação causava muita ansiedade. Seus pensamentos sempre eram voltados para sua chefia e todos os acontecimentos que culminaram em sua demissão e posterior readmissão.

D. História Psiquiátrica Progressa

Paula relatou durante a terapia que já havia feito tratamento psiquiátrico quando se mudou para Brasília, por ter percebido alterações em seu humor. Disse também ter histórico de depressão em sua família e que tentou fazer tratamento psicoterapêutico em outras ocasiões de sua vida, mas não aderiu nenhuma vez, por falta de identificação com os terapeutas/abordagens. Durante a terapia, fez acompanhamento psiquiátrico e relatou fazer uso do medicamento Amplitil. Não relatou uso ou abuso de substâncias.

E. História Pessoal e Social

Paula foi criada em Goiânia – GO e seus pais eram casados durante sua infância, mas divorciaram-se quando já era adulta. Tem duas irmãs que também residem em Brasília e menos contato com sua família paterna hoje em dia, embora tenha uma boa relação com todos na família, incluindo seus pais e suas irmãs. Ela disse também que sua família fazia muitas cobranças desde que era criança e uma delas era a de não poder demonstrar fraqueza. A paciente informou não ter muitos amigos e eles são de sua cidade natal, o que fez com que seu contato com eles diminuísse com o tempo. Ela estava casada há 3 meses no início da terapia, mas seu relacionamento já tinha 4 anos antes da oficialização. Disse que seu esposo é muito atencioso e prestativo, mas que vinha enfrentando algumas dificuldades no

relacionamento, pois ela acreditava reclamar demais com ele, muitas vezes sem motivo, e isso estava desgastando um pouco essa relação. Além disso, estava com 5 meses de gravidez e havia perdido um bebê havia poucos meses, de uma gestação anterior que a deixou bastante deprimida e a fez procurar acompanhamento psiquiátrico e psicoterapêutico, mas não deu continuidade.

F. Histórico Médico

Paula relatou que seu único problema de saúde era relacionado com o sobrepeso, pois ela observou ter ganhado alguns quilos nos últimos meses, que poderiam estar relacionados a sua gravidez ou aos medicamentos que está tomando.

G. Observações do Estado Mental

Paula chegou à terapia sem apresentar alterações psicomotoras, pensamento organizado, fala em volume e velocidade adequadas e bem vestida. No entanto, demonstrou certa irritação ao ouvir barulhos do ambiente, o que atrapalhou sua concentração no decorrer do atendimento.

H. Diagnósticos segundo o DSM 5

A paciente apresentou sintomas que se enquadram no Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e no Transtorno Depressivo Maior, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5 (APA, 2014).

II. Formulação de Caso

A. Precipitantes

Os transtornos ansioso e depressivo que se desenvolveram na paciente foram precipitados pela perda de seu primeiro filho e pelo grande estresse no trabalho, tendo sido demitida e readmitida, após ficar grávida novamente. A partir desses acontecimentos, Paula apresentou com mais intensidade sintomas de depressão e ansiedade, que foram mantidos pela sua cobrança em desempenhar todas as atividades que gostaria e em não demonstrar fraqueza.

As situações ativadoras do humor ansioso e deprimido da paciente eram: receber ligações de colegas ou da Coordenadoria da instituição de ensino que trabalhava e ruminar acerca de seu retorno ao trabalho.

B. Visão transversal de cognições e comportamentos atuais

A paciente apresentou, durante a terapia, pensamentos automáticos como: “tenho medo de ser machucada pela coordenadora”, o que ocasionou medo e ansiedade como emoções decorrentes e seus sintomas físicos foram palpitação e dormência nas mãos. Seu comportamento em decorrência disso foi o de tentar respirar fundo e orar pela chefe. Em outra situação, como diante de realizar sua meta de estudar para concursos públicos, Paula teve o pensamento automático: “me cobro tanto que não faço nada”. Esse pensamento a conduziu para emoções de tristeza e ansiedade e o comportamento decorrente foi o de esquivar-se e, portanto, não estudar. Com relação aos problemas que enfrenta no trabalho atualmente, ela expressou os seguintes pensamentos disfuncionais: “tento me vitimizar” e “não posso demonstrar ser fraca”, o que gerou sentimentos de medo, ansiedade e tristeza. Diante dessa situação, o comportamento relatado pela paciente foi o de esquivar-se.

C. Visão longitudinal de cognições e comportamentos

Paula informou ter crescido em uma família que fazia muitas cobranças e uma delas era de que ela precisava ser uma pessoa forte. Isso fez com que a paciente desenvolvesse regras como: “não posso me vitimizar”; “não devo demonstrar fraqueza”; “não devo ficar ansiosa/deprimida”. Ela acreditava que ter os sintomas de ansiedade e depressão, além de tomar medicamentos, eram provas de seu fracasso e isso fez com que ela apresentasse as seguintes crenças disfuncionais: “Sou um fracasso”; “Sou fraca”; “Sou inútil e incapaz”, além do pressuposto: “se eu tomar medicamentos psiquiátricos, então sou uma pessoa fraca”. Portanto, o esquema que esteve ativado durante o processo terapêutico foi o de desamparo.

A paciente utilizou estratégias compensatórias de esquivar-se, redução de atividades e perfeccionismo, que resultaram na perpetuação de seus problemas. Ela se cobrava demais para que conseguisse realizar várias atividades, como estudar

para concursos públicos e para que não precisasse tomar a medicação, chegando a reduzir os medicamentos sem consultar-se com o psiquiatra. Esses comportamentos a impediam de receber recompensas positivas, pois acreditava estar sempre aquém do que ela desejava, o que confirmava e ajudava a manter suas crenças, deixando-a deprimida e ansiosa.

D. Pontos Fortes e Recursos

A paciente se beneficiou de alguns pontos fortes que a ajudaram nesse processo terapêutico. Ela estava motivada e comparecia às sessões sem faltas. Além disso, pôde contar com uma boa rede de apoio, formada pela sua família e marido.

E. Hipótese de Trabalho (resumo da conceituação)

Paula foi criada por uma família que tinha ideias muito rígidas acerca de demonstrar fraqueza e pedir ajuda. Quando buscou a terapia, tinha uma percepção de si mesma como sendo uma pessoa fraca, que precisava tomar medicações e incapaz de realizar as atividades que se propôs a fazer, mesmo que ainda conseguisse realizar diversas outras.

Assim, a paciente estabeleceu para si própria regras, crenças e pressupostos voltados para o perfeccionismo e maximizava sua incapacidade em realizar algumas tarefas, o que a fez frustrar-se e confirmar suas crenças. Além disso, Paula utilizava algumas estratégias comportamentais disfuncionais como não pedir ajuda, esquivar-se de algumas situações e ruminar acerca de sua volta ao trabalho, o que aumentava sua ansiedade e perpetuava o ciclo de manutenção de seus transtornos. Como resultado disso, seu quadro de ansiedade e depressão pioravam e seu esquema de desamparo acabou sendo ativado com frequência.

III. Plano de Tratamento

A. Lista de Problemas

- Ansiedade elevada e diversos sintomas físicos decorrentes;
- Humor deprimido;
- Autocrítica;

- Não estar estudando;
- Má comunicação com o marido;
- Não fazer atividades físicas;
- Não estar se alimentando bem.

B. Objetivos do Tratamento

- Reduzir os sintomas ansiosos e depressivos;
- Diminuir a autocrítica;
- Começar a estudar;
- Estabelecer comunicação diária com o marido;
- Fazer natação;
- Buscar alimentar-se com alimentos mais naturais e menos industrializados.

C. Plano de Tratamento

Na fase inicial do tratamento, o objetivo principal foi a redução dos sintomas de depressão e ansiedade da paciente. As metas acordadas com a paciente foram de começar a fazer natação, passar a se alimentar com alimentos mais naturais e estabelecer uma melhor comunicação com o seu marido. Dessa forma, os ganhos da paciente foram os de elevar seu humor, reduzir o sofrimento que apresentou no início da terapia, diminuir sua autocrítica e aumentar sua flexibilidade cognitiva. As técnicas empregadas para atingir os objetivos dessa fase foram: psicoeducação, utilização de cartões de enfrentamento, registro, avaliação de pensamentos disfuncionais e questionamento deles e técnicas de relaxamento.

Na fase intermediária do tratamento, foi planejado que suas crenças disfuncionais fossem indagadas por meio do questionamento socrático, psicoeducação, registro e avaliação de suas crenças, resolução de problemas, além do uso da análise de custos e benefícios de forma que Paula pudesse observar as vantagens e desvantagens de manter e modificar suas crenças.

Por último, a fase final do tratamento foi o momento de preparar a paciente para o término da terapia, apresentando os ganhos de funcionalidade da paciente e conscientizando-a de possíveis recaídas e quais estratégias ela poderia utilizar nesses momentos. Algumas dessas estratégias acordadas foram: continuar questionando pensamentos e crenças, realizar inventários de custos e benefícios e praticar técnicas de relaxamento no dia-a-dia.

IV. Curso do Tratamento

A. Relação Terapêutica

A relação terapêutica com a paciente foi bastante positiva durante todo o curso do tratamento. Ela apresentou bons feedbacks e mostrou-se bastante ativa no processo de seu tratamento.

B. Intervenções / Procedimentos

Uma das intervenções utilizadas com a paciente foi a reestruturação cognitiva, por meio do registro e avaliação de pensamentos e crenças automáticas disfuncionais. Paula foi orientada a registrar todos os seus pensamentos e crenças disfuncionais e passou a avaliar seus pensamentos/ crenças, verificando se eram verídicos ou não, o que a possibilitou elaborar formas alternativas de interpretar situações.

A análise de custos e benefícios foi outra técnica utilizada para realizar a reestruturação cognitiva da paciente. A paciente compreendeu como suas crenças e pensamentos influenciavam em seus comportamentos e a importância de substituí-los por outros, menos disfuncionais. Essa técnica permitiu à paciente adquirir uma perspectiva mais adaptativa e menos ansiosa até o final do processo psicoterapêutico.

Uma técnica também utilizada com Paula foi a resolução de problemas. Ela foi convidada a elaborar uma Lista de Dificuldades e Metas (LDM) nas primeiras sessões de terapia, na qual elencou algumas dificuldades, objetivos e formas de alcançar esses objetivos. Ela também foi incentivada, durante o tratamento, a imaginar soluções para os problemas com as quais se deparou em alguns momentos.

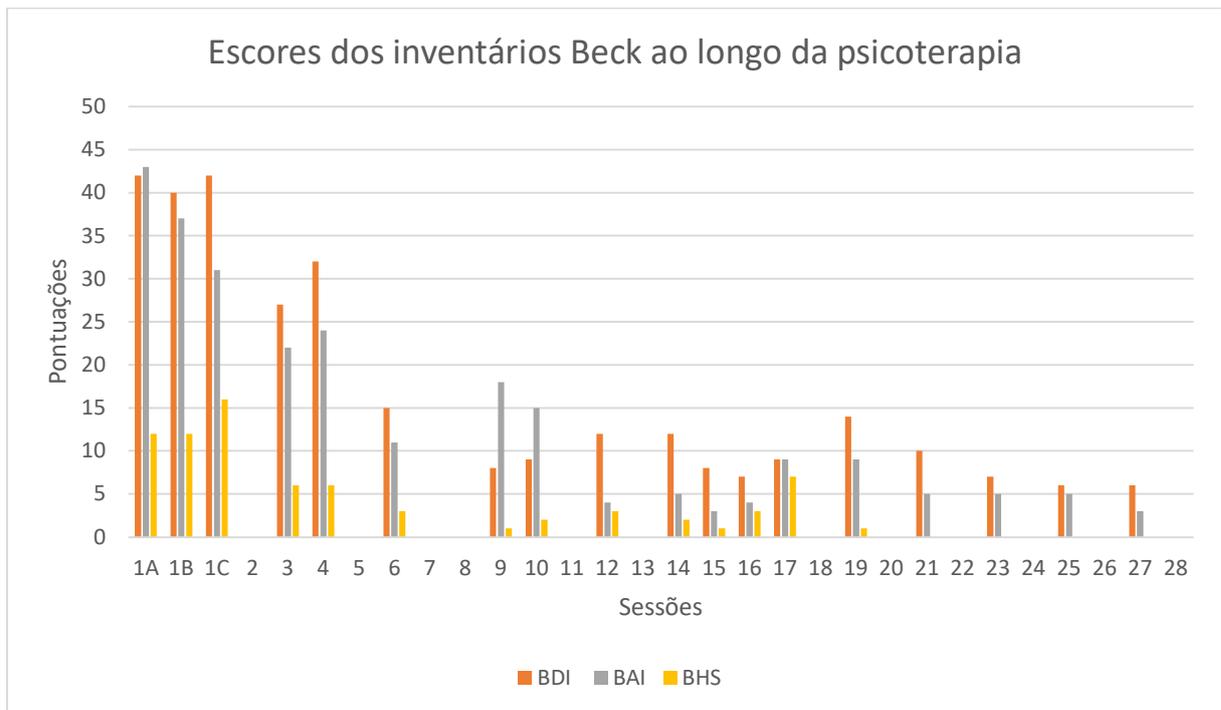
C. Obstáculos

Não foram observados obstáculos significativos durante do tratamento com a paciente. No entanto, no processo de terapia foi possível capitalizar alguns pontos fortes de Paula, como a sua disposição para mudança e estar sentindo-se motivada por conta do nascimento do seu filho.

D. Resultados

Na primeira etapa do tratamento, o objetivo principal foi o de reduzir a ansiedade da paciente e melhorar seu humor, o que foi alcançado, pois Paula conseguiu ter uma

diminuição significativa nos sintomas que apresentou nas primeiras sessões. Ela passou a obter recompensas advindas de sua ativação comportamental e adquiriu mais consciência acerca de seus pensamentos negativos e como eles influenciavam em emoções e comportamentos disfuncionais. Essa sua melhora na fase inicial pode ser observada na redução dos escores dos inventários de Beck, no quadro abaixo:



Em todas as sessões, Paula foi convidada a responder as escalas Beck, considerando em suas respostas o seu humor durante a última semana. No entanto, em algumas sessões isso não foi possível, por isso, ajustamos a partir da décima sétima sessão que os testes seriam preenchidos em sessões alternadas.

É possível perceber a partir do gráfico que nas primeiras sessões a paciente marcou escores bastante altos nos testes BDI e BAI (que medem depressão e ansiedade, respectivamente). Esses escores vão gradativamente diminuindo ao longo das sessões de psicoterapia e ficam bem baixos nos últimos atendimentos, os quais a paciente demonstrava estar de fato com menos sintomas de depressão e ansiedade.

Alguns pensamentos reestruturados nessa fase foram: “hoje eu percebo que não estou pronta para voltar à escola, mas antes eu via isso como uma fraqueza”; “vejo minha volta ao trabalho com menos desespero”; “sinto um respeito maior por mim”.

Na fase intermediária do processo psicoterapêutico, foi o momento de serem investigados e avaliados pensamentos, crenças, regras e pressupostos. Nessa etapa, Paula conseguiu alcançar maior flexibilidade cognitiva, além de identificar, questionar

e reestruturar pensamentos e crenças negativos com mais facilidade. A principal crença reestruturada durante a psicoterapia foi observada por meio de duas falas da paciente: “eu sei que não sou uma pessoa fraca” e “ninguém precisa ser forte o tempo todo”.

Alguns dos resultados importantes alcançados por Paula ao longo da terapia foram: ter conseguido estudar para concursos (uma das metas que havia sido estipulada no início do tratamento) e pensar em outras possibilidades profissionais. Além disso, suas outras metas estipuladas na LDM também acabaram sendo cumpridas durante o tratamento.

Na fase final, a psicoterapia voltou-se para demonstrar à paciente seus ganhos terapêuticos obtidos ao longo do processo, bem como preveni-la para possíveis recaídas. Foi realizada com Paula uma revisão das técnicas aprendidas e destacada a importância de estar sempre atenta aos seus pensamentos e crenças, questionando-os e modificando-os para outros mais funcionais.

3. DISCUSSÃO

Durante o processo de tratamento de Paula, foi possível observar uma significativa melhora em seu quadro de ansiedade e depressão. Esse resultado positivo é corroborado por meio de algumas pesquisas que demonstram a eficácia da TCC em pacientes com ansiedade, que apresentaram necessidade reduzida de uso de medicamentos psiquiátricos para o transtorno (KAPCZINSKI; MARGIS, 2004). Essa diminuição da quantidade de medicamentos também aconteceu com a paciente acompanhada, que ao final do processo terapêutico estava sentindo-se bem menos ansiosa e necessitando de doses cada vez menores dos remédios que tomava para ansiedade.

As intervenções que foram realizadas com a paciente, incluindo o questionamento socrático, psicoeducação, registro e avaliação de suas crenças, resolução de problemas, além do uso da análise de custos e benefícios, foram importantes para esses ganhos funcionais. Essas estratégias são indicadas para o tratamento da ansiedade, possibilitando aumentar a autoeficácia pessoal, de forma a estimular uma perspectiva mais adaptativa ao lidar com sintomas ansiosos (CLARK; BECK, 2012). Dessa forma, fica evidenciada a importância da atuação do psicoterapeuta com essas intervenções, por terem trazido diversos resultados positivos e diminuição significativa no quadro sintomatológico de Paula.

Leahy (2011) apresenta em seu livro 17 distorções de pensamento que pessoas com ansiedade podem apresentar. Algumas dessas distorções que Paula teve foram: leitura da mente, desconto do que é positivo, catastrofização, personalização e previsão do futuro. Esses erros cognitivos foram observados quando Paula não acreditava estar fazendo nada demais por desempenhar atividades como cuidar da casa, cozinhar ou passear com o cachorro, pois o que ela realmente queria era estar conseguindo estudar (desconto do que é positivo); quando Paula via o futuro de forma muito negativa, imaginando que coisas ruins iriam acontecer quando voltasse de sua licença médica e isso causava medo e ansiedade (previsão do futuro e catastrofização); outro erro cognitivo que a paciente cometeu foi o de se responsabilizar excessivamente por vários acontecimentos e por não estar realizando as atividades que gostaria (personalização); Paula também tinha medo de encontrar colegas do trabalho ou falar com o pessoal da Coordenação, por ter medo do que fariam (leitura da mente).

A modificação dessas distorções cognitivas foi acontecendo ao longo do tratamento, por meio da reestruturação cognitiva. Paula aos poucos foi modificando essas formas de pensar, sendo capaz de perceber que seus pensamentos e comportamentos disfuncionais a prejudicavam e reforçavam suas crenças. Ela passou a reconhecer as pequenas ações que praticava, como estudar um pouco em um dia e estabelecer melhor comunicação com o marido. Além disso, passou a encarar a volta à escola com menos ansiedade e entender que seu medo de falar com os colegas e a Coordenação se baseava em interpretações que ela mesma fazia, sem ter evidências baseadas em fatos do que poderia ocorrer.

A paciente adquiriu formas mais adaptativas de pensar e passou a ver que ela própria tinha recursos para lidar com os sintomas de ansiedade, modificando também suas principais crenças, de inutilidade e fracasso. No estudo de Stock, Barbosa e Kristensen (2014), os autores realizaram uma revisão de literatura cujas pesquisas demonstraram que a reestruturação cognitiva tem impactos neurológicos positivos em diversos transtornos mentais, por ativar regiões do córtex pré-frontal e diminuir regiões do sistema límbico, como a amígdala. A ativação do córtex pré-frontal é importante, pois auxilia o paciente a adquirir controle emocional e a diminuição da amígdala é o que permitirá ao paciente minimizar as sensações de medo, pois situações ansiogênicas fazem com que a amígdala fique ativada.

A resolução de problemas foi uma técnica que também obteve bons resultados no tratamento de Paula. Segundo D'Zurilla e Nezu (2007), existem quatro passos básicos para praticar a solução de problemas com o paciente. O primeiro deles é a delimitação do problema e estabelecimento de metas. Em seguida, é o momento de gerar soluções ou formas de atingir essas metas. O terceiro passo é o da tomada de decisão, na qual o paciente se motiva a cumprir o que foi proposto para que essas metas possam ser alcançadas e, por último, é a etapa de desenvolvimento e verificação da solução, na qual o que foi planejado é averiguado em sua eficácia na vida do paciente.

Esse método foi utilizado em alguns momentos da psicoterapia com Paula. Logo após a avaliação inicial, a paciente foi convidada a estabelecer uma Lista de Dificuldades e Metas (LDM), que é uma lista elaborada a partir da retomada de todas as áreas de vida do paciente, identificando as dificuldades apresentadas e estabelecendo suas metas para enfrentar esses problemas. Dessa forma, os objetivos que o paciente pretende alcançar durante o processo terapêutico em cada área de

vida ficam anotados e são acompanhados a cada sessão (NICOLETTI; BECKER, 2019).

Suas três metas estabelecidas na LDM foram alcançadas na terapia. Ela desejava poder fazer alguma atividade física e passou a fazer natação durante boa parte do acompanhamento psicoterapêutico; outra meta foi a de estabelecer melhor comunicação com seu esposo, e seu casamento foi sendo cada vez mais fortalecido devido à postura mais franca e compreensiva de ambos. Por último, sua meta de estudar para concursos também foi alcançada, pois a paciente conseguiu dedicar-se aos estudos mesmo com o horário mais reduzido por conta do nascimento de seu filho.

Além dos problemas elencados na LDM, a paciente se deparou com dificuldades com relação ao contato com a coordenação da escola em que trabalhava, por apresentar sintomas de ansiedade e pensamentos negativos e foi orientada a elaborar possíveis cenários do que poderia acontecer e pensar em soluções. Ademais, a paciente passou a vislumbrar diversas possibilidades no que se refere a sua carreira. Diferentemente das primeiras sessões, nas quais ela só conseguia prever apenas um futuro de acontecimentos negativos, Paula passou a conjecturar vários futuros possíveis nos quais ela detinha o controle da situação e poderia ter diversas outras oportunidades de trabalho em sua área.

4. CONCLUSÃO

Conviver com o Transtorno de Ansiedade Generalizada pode trazer vários prejuízos na qualidade de vida de uma pessoa. As áreas do funcionamento laboral, acadêmico, social ou familiar podem ser impactadas negativamente devido ao quadro sintomatológico diverso e debilitante. Por ser um transtorno complexo, a Terapia Cognitivo-Comportamental dispõe de algumas técnicas que podem ser utilizadas na minimização dos sintomas e melhora da funcionalidade do paciente.

As técnicas mais utilizadas no acompanhamento da paciente relatada foram a reestruturação cognitiva e a resolução de problemas. Elas evidenciaram-se bastante efetivas para os sintomas de Transtorno de humor e ansiedade que Paula apresentou, pois ela adquiriu maior qualidade de vida ao longo do tratamento e muito rapidamente seus sintomas foram ficando menos graves. A paciente em estudo foi capaz de flexibilizar pensamentos e crenças, vislumbrar novas possibilidades profissionais e resolver problemas de forma mais autônoma e consciente.

Por se tratar de um estudo de caso, há uma limitação na generalização dos resultados para outros casos de pacientes com o TAG. Dessa forma, estudos mais ampliados em números de pacientes podem fornecer uma boa base empírica e possibilitar até o crescimento da TCC como psicoterapia que tem boas evidências científicas brasileiras na eficácia de suas técnicas.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** – DSM-5 (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e prática**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CLARK, D. A.; BECK, A. T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

D'ZURILLA, T.J.; NEZU, A.M. **Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention**. 3 ed. New York: Spring, 2007.

FARIA, K.F. **Uma revisão bibliográfica de técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas no transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e fobia social**. Monografia apresentada ao Setor de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental. Porto Alegre, 2011.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. **A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando como você pensa**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

HUNOT V.; CHURCHILL R.; TEIXEIRA V.; SILVA DE LIMA M. **Psychological therapies for generalised anxiety disorder**. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001848.pub4/epdf/full?cookiesEnabled>> Acesso em: 29 ago. 2020.

KAPCZINSKI, F.; MARGIS, R. **Transtorno de Ansiedade Generalizada**. In: KNAPP, P. (org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v. 30, p. 54-64, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 29 ago. 2020.

LEAHY, R. L. **Livre de Ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LEAHY, R. L. **Técnicas de Terapia Cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MARQUES, E. L. L.; DE BORBA, S. **Como lidar com o transtorno de ansiedade generalizada na perspectiva da terapia cognitivo-comportamental.** Synthesis - Revista Digital FAPAM, v. 7, n. 7, p. 82-97, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.fapam.edu.br/index.php/synthesis/article/view/130>>. Acesso em: 29 ago. 2020.

NICOLETTI, E.A; BECKER, P.Z. **Ciclos de manutenção em Terapia Cognitivo-Comportamental: Formulação de caso, plano de tratamento e intervenção específicas.** Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.

SALCOVSKIS, P. M. **Fronteiras da Terapia Cognitiva.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

STOCK, T.O.; BARBOSA, M.E.; KRISTENSEN, C.H. **Evidências de alterações neurais na Terapia Cognitivo-Comportamental: uma revisão da literatura.** Contextos Clínicos, São Leopoldo, v. 7, n. 1, p. 27-36, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822014000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 29 ago. 2020.

VIEIRA, M.G.; LUDWIG, M.W.B. **A importância da psicoterapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada.** Psicologia. Pt. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0470.pdf> >. Acessado em: 29 ago. 2020.

ANEXOS