

AUGUSTO CESAR SOARES DA CUNHA
(ORGANIZADOR)

TERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTAL

CASOS CLÍNICOS E
INTERVENÇÕES

AUGUSTO CESAR SOARES DA CUNHA
(ORGANIZADOR)

TERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTAL

CASOS CLÍNICOS E
INTERVENÇÕES

Augusto Cesar Soares da Cunha
(ORGANIZADOR)

TERAPIA- COGNITIVO- COMPORTAMENTAL

CASOS CLÍNICOS E
INTERVENÇÕES

1ª EDIÇÃO



TERESINA - PI
2023

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: CASOS CLÍNICOS E INTERVENÇÕES



DOI: 10.48140/digitaeditora.2023.002.0

Designer da Capa: Agência Mirai

Imagens da capa: www.elements.envato.com

Projeto gráfico: Agência Mirai

Diagramação: Agência Mirai

Revisão de Texto: os autores

Editoração: Digital Editora

Produção Digital: Digital Editora

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T315

Terapia cognitivo-comportamental: casos clínicos e intervenções / Augusto Cesar Soares da Cunha (Org.). – Teresina-PI: Digital Editora, 2023.

70 p.

il. : color

ISBN: 978-65-89361-17-6

DOI: 10.48140/digitaeditora.2023.002.0

1. Psicologia. 2. Terapia cognitivo-comportamental. 3. Transtornos psicológicos. 4. Saúde mental. I. Augusto Cesar Soares da Cunha (Org.).

CDD: 150

Catalogação na publicação: Leandro de Sousa Sant'Anna – CRB 13/667

Digital Editora- CNPJ: 37.684.427/0001-66

© 2020- Digital Editora- Todos os direitos reservados.

Rua Luis Pires de Lima, 3770 – São João

Teresina – PI – CEP: 64.047-020

E-mail: contato@digitaeditora.com.br

Site: www.digitaeditora.com.br

Telefone: (86) 9 9495-7677

Publique seu livro com a Digital Editora. Para mais informações envie um e-mail para contato@digitaeditora.com.br

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: CASOS CLÍNICOS E INTERVENÇÕES

ISBN: 978-65-89361-17-6 (e-Book)

Copyright © 2023 by Digital Editora

Copyright © 2023 Texto by Autores

Todo o conteúdo apresentado nesta obra é de responsabilidade do(s) autor(es), incluindo a correção, revisão ortográfica e gramatical do texto. O(s) mesmo(s) empenha(m-se) para citar adequadamente e dar os devidos créditos a todos os detentores de direitos autorais de qualquer material utilizado neste livro, dispondo-se a possibilitar acertos caso, inadvertidamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.

A editora não se responsabiliza pelo conteúdo, manutenção, atualização e idioma dos sites referidos pelo(s) autor(es) nesta obra. Comentários dos leitores, bem como correções ou sugestões que possibilitem o aprimoramento de edições futuras podem ser encaminhados à Digital Editora pelo e-mail contato@digitaleditora.com.br



Todos os direitos estão reservados e protegidos por Lei. Esta obra de acesso aberto (Open Access) está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional, sendo permitido o download da obra e compartilhamento desde que atribuído o crédito aos autores, sem alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Marcas Registradas: Todos os termos mencionados e reconhecidos como Marca Registrada e/ou Comercial são de responsabilidade dos seus proprietários. A editora informa não estar associada a nenhum produto e/ou fornecedor apresentado no livro.

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Francisco das Chagas Araujo Sousa - <http://lattes.cnpq.br/6348603123335586>

Dr. Alvaro Francisco Lopes de Sousa - <http://lattes.cnpq.br/1255771708736991>

Dra. Ana Carla Marques da Costa - <http://lattes.cnpq.br/6002336421734300>

Phd. Jacenir Reis dos Santos Mallet - <http://lattes.cnpq.br/9643185827631520>

Dra. Khelyane Mesquita de Carvalho - <http://lattes.cnpq.br/3803143158962612>

Dr. Estélio Silva Barbosa - <http://lattes.cnpq.br/9917115701695838>

Msc. Laianny Luize Lima e Silva - <http://lattes.cnpq.br/3509411339767194>

Msc. Rosalba Maria Costa Pessôa - <http://lattes.cnpq.br/1947023382963441>

Msc. Wenysson Noleto dos Santos - <http://lattes.cnpq.br/8599251418329909>

Msc. Felipe Santana e Silva - <http://lattes.cnpq.br/5625927643552537>

Msc. Carlos Antonio da Luz Filho - <http://lattes.cnpq.br/3472862979228236>

Msc. Maria do Amparo Moura Alencar Rocha - <http://lattes.cnpq.br/7586848020525141>

Msc. Tiago Leal Catunda Martins - <http://lattes.cnpq.br/4495021777852960>

Dr. Francisco Braz Milanez Oliveira - <http://lattes.cnpq.br/1930356820921070>

Esp. Paulo Ricardo Alves dos Reis Santos - <http://lattes.cnpq.br/0047521500954576>

BIBLIOTECÁRIO

Leandro Sousa Sant'Anna - CRB. Nº 13/667

AUGUSTO CESAR SOARES DA CUNHA **(ORGANIZADOR DO LIVRO)**



Possui graduação em Psicologia pelo Centro Universitário - FAMINAS Muriaé-MG (2012), Especialização em Gestão em Projetos Sociais pela Faculdade da Serra ES (2014), Especialização em Psicologia Jurídica e Avaliação Psicológica pela Faculdade Futura (2019), Especialização em Psicologia do Trânsito pela Faculdade Futura (2019), Especialização em Psicologia Comportamental e Cognitiva pela Faveni (2020), Doutorando e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica com área de concentração em Família e Sociedade e linha de pesquisa: Famílias, Políticas Públicas e Desenvolvimento Humano e Social, pela Universidade Federal de Viçosa - UFV. Atualmente é Diretor na Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social - Sedese Regional Muriaé, Professor Universitário no Centro Universitário - UNIFACIG e no Centro Universitário Faminas Muriaé-MG. Supervisor e Psicólogo Clínico pela abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental e Clínica Ampliada. Tem experiência na área de políticas públicas com ênfase na área social, atuando principalmente na Política de Assistência Social e Políticas Sociais. Na área clínica ênfase com Terapias Cognitivas e Comportamentais.

APRESENTAÇÃO

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se destacado como uma abordagem altamente eficaz no tratamento de uma variedade de transtornos psicológicos. No livro "Terapia Cognitivo-Comportamental: casos clínicos e intervenções", mergulhamos em um universo fascinante de casos clínicos e intervenções que ilustram o poder transformador dessa abordagem.

A obra é uma fonte rica de conhecimento para profissionais da psicologia, estudantes e qualquer pessoa interessada em compreender como nossos pensamentos, emoções e comportamentos estão interligados. Exploramos, de maneira acessível, os fundamentos da TCC, incluindo a identificação de padrões cognitivos disfuncionais e a relação direta entre crenças e reações emocionais.

Através de estudos de casos clínicos, o leitor é convidado a acompanhar as demandas do diagnóstico e as possibilidades de tratamento pela Terapia Cognitivo Comportamental. Cada caso oferece uma visão realista das dificuldades enfrentadas por esses pacientes, além de destacar as estratégias específicas de intervenção da TCC empregadas para ajudá-los a superar tais obstáculos.

Ao longo das páginas, somos apresentados a ferramentas práticas, como reestruturação cognitiva, conceitualização do caso, técnicas cognitivas e comportamentais. O livro não apenas descreve essas abordagens, mas também explica o raciocínio por trás delas, fornecendo uma compreensão das estratégias utilizadas para desafiar e modificar padrões de pensamento disfuncionais.

Além disso, "Terapia Cognitivo-Comportamental: casos clínicos e intervenções", destaca as contribuições significativas da TCC para a área da saúde mental. Com a narrativa cativante dos casos clínicos, o leitor percebe como a TCC capacita os pacientes a se tornarem agentes ativos na transformação de suas próprias vidas. O livro não apenas oferece uma visão perspicaz da aplicação prática da TCC, mas também inspira os profissionais a adotarem uma abordagem baseada em evidências, centrada no paciente e altamente eficaz.

Em síntese, "Terapia Cognitivo-Comportamental: casos clínicos e intervenções" não é apenas um livro, mas uma porta de entrada para explorar a riqueza e as possibilidades da TCC. Ele nos convida a compreender, aprender e aplicar uma abordagem terapêutica que tem o potencial de criar mudanças positivas duradouras nas vidas daqueles que buscam superar desafios emocionais e psicológicos.

Bons Estudos!

Augusto Cesar Soares da Cunha

SUMÁRIO

CAP. 1: Transtorno de Humor Bipolar e a Terapia Cognitivo Comportamental.....	09
DOI: 10.48140/digitaleditora.2023.002.1	
CAP. 2: Transtorno De Ansiedade Generalizada e a Terapia Cognitivo Comportamental.....	29
DOI: 10.48140/digitaleditora.2023.002.2	
CAP. 3: Transtorno De Pânico e a Terapia Cognitivo Comportamental.....	35
DOI: 10.48140/digitaleditora.2023.002.3	
CAP. 4: Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Toc) e a Terapia Cognitivo Comportamental.....	41
DOI: 10.48140/digitaleditora.2023.002.4	
CAP. 5: Transtorno De Personalidade Borderline e a Terapia Cognitivo Comportamental.....	47
DOI: 10.48140/digitaleditora.2023.002.5	
CAP. 6: Bulimia Nervosa e a Terapia Cognitivo Comportamental.....	57
DOI: 10.48140/digitaleditora.2023.002.6	
CAP. 7: Transtorno Depressivo Induzido por Substância/ Medicação e a Terapia Cognitivo Comportamental.....	65
DOI: 10.48140/digitaleditora.2023.002.7	

1

TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR E A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

► *Maria Eduarda de Oliveira Saib Chequer*
► *Victória Evelyn de Oliveira Freitas*
► *Augusto Cesar Soares da Cunha*

INTRODUÇÃO

A Psicologia como um campo de estudo, apresenta diversas abordagens psicoterápicas para ajudar o indivíduo a viver com mais qualidade de vida (CFP, 2005). Entretanto, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) apresenta modelos de tratamento em vários transtornos mentais que apresentam elevados índices de eficácia (Beck, A. T., 2005; Beck, J. M., 2007; Foa, 2006).

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5-TR) define o transtorno de humor bipolar (TB) como uma condição psiquiátrica caracterizada por alterações de humor, com episódios maníacos/hipomaníacos e/ou depressivos, sendo subdividido em dois subtipos principais, sendo eles tipo I e tipo II, seguido do tipo ciclotímico, induzidos por substâncias/medicamentos, devido a outra condição médica, especificado e não especificado (APA, 2023).

A abordagem da terapia cognitivo comportamental oferece uma perspectiva integrada ao campo da neurociência, uma vez que qualquer intervenção está vinculada a um suporte de pesquisa experimental e empírico (De Raedt, 2006). Em consequente, sua efetividade se destaca quando há objetivos claros a serem atingidos, com uma atenção continuada ao paciente e do paciente (Sudak, 2008), apresentada através da moderação no estado de humor e em mudanças comportamentais de pacientes diagnosticados com Transtorno Bipolar.

A abordagem psicoterápica baseada na Terapia Cognitivo Comportamental possui a finalidade de aumentar a adesão ao tratamento, através da integração do indivíduo, reduzir os sintomas e identificar os signos iniciais visando a prevenção de recaídas (Knapp e Isolan, 2005).

Nas palavras de Ramírez-Basco & Thase (2003), o Transtorno Bipolar é uma doença crônica, de curso variável, recorrente que se manifesta em episódios que oscilam entre depressão, mania/hipomania,

durante os quais podem ocorrer mudanças extremas no estado de ânimo, como nas cognições e nos comportamentos.

Partindo desse pressuposto, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é uma das alternativas comumente utilizadas para transtornos psiquiátricos, a qual se baseia em preceitos sobre a funcionalidade da cognição no controle das emoções e dos comportamentos humanos. O modelo pressupõe que as mudanças cognitivas e comportamentais são moduladas por processos biológicos, influências ambientais e interpessoais e que as medicações psicotrópicas influenciam na cognição (WRIGHT; BASCO & THASE, 2008).

Embora o transtorno bipolar tenha raízes biológicas, as mudanças de humor se manifestam no pensamento, percepção, linguagem e cognição (Juruena, 2004), o que se alinha com a abordagem e os princípios da Terapia Cognitivo Comportamental. A TCC é um modelo terapêutico breve, semi-estruturado e orientado para o presente que se concentra em resolver problemas atuais e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais (BECK, 2013).

Segundo Basco e Rush (2009), a Terapia Cognitivo Comportamental pode ajudar o paciente a superar as dificuldades impostas pelas características do transtorno bipolar, ensinando métodos de detecção precoce, gerenciamento do estresse e resolução de problemas, além de melhorar a adesão à medicação e o funcionamento psicossocial.

Wright, Basco & Thase (2008) afirmam que os terapeutas da TCC devem estabelecer uma aliança terapêutica baseada na confiança e serenidade, e que ela se diferencia de outras terapias por ser altamente colaborativa, com foco empírico e uso de intervenções direcionadas à ação. Os terapeutas cognitivo-comportamentais trabalham para ajudar os pacientes a desenvolver um estilo mais saudável de pensamento e habilidades de enfrentamento, revertendo padrões de comportamento improdutivos e incentivando a responsabilidade na relação terapêutica, o estabelecimento de um planejamento terapêutico e a prática de intervenções na vida cotidiana.

O presente artigo é ancorado nas abordagens psicoterapêuticas com métodos que possuem comprovação empírica de bons resultados relacionados aos tratamentos de transtornos mentais. A Terapia Cognitivo Comportamental é um modelo de tratamento que apresenta intervenções exitosas no tratamento de pacientes diagnosticados conforme DSM V com Transtorno de Humor Bipolar (De Raedt, 2006).

HISTORICIDADE DO TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR

Nas palavras de Angst, 1986 e Marneros (2001), os primeiros relatos de quadros sintomáticos de alterações de humor foram citados pelos antigos gregos, que atribuíam as doenças mentais baseados no desequilíbrio entre os fluidos vitais. A teoria grega relacionava a depressão causada por excesso de *bilis negra*, e a mania, por excesso de bilis amarela. Tanto que, a palavra “*melancolia*” tem suas origens da palavra grega utilizada para caracterizar a “*bilis negra*”.

Ainda de acordo com Angst, 1986 e Marneros (2001), foi Araeteus da Capadócia (séc. I d.C.) quem descreveu as síndromes maníacas e depressivas e as associou pela primeira vez a um único transtorno, em que se alternam estados de mania e melancolia.

Em consequente, na metade do século XIX, na França, Falret e Baillarger descreveram formas divergentes de mania e depressão, chamadas, pelo primeiro, de *folie circulaire* e, pelo segundo, de *folie à double forme*. O que difere o conceito de Falret e Baillarger é que ele considera os “intervalos lúcidos” entre as fases (Sedler, 1983).

No início do século XX, que Emil Kraepelin expõe sua definição de insanidade maníaco-depressiva, a qual foi baseada em seus registros de observações levando em consideração diferentes características dos pacientes, como dados pessoais (idade, profissão, gênero) e relacionados ao transtorno (etiologia, idade de início dos sintomas. Ele agrupa pela primeira vez todas as alterações patológicas de humor (casos de depressão e mania, psicoses, casos leves, episódios isolados e recorrentes) em uma única categoria nosológica, pois acreditava que todas essas condições eram diferentes expressões de uma mesma patologia.

Foi em 1957 que o termo bipolar foi utilizado pela primeira vez por Leonard e somente em 1980 o DSM adotou o nome “transtorno bipolar” em substituição ao termo maníaco-depressivo (Phillips ML, Kupfer DJ, 2013).

SINTOMATOLOGIA E EPISÓDIOS DO TRANSTORNO BIPOLAR

QUADRO 1 - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR SEGUNDO O DSM-5 TR	
Transtorno bipolar tipo I	Episódio mania e/ou episódio de depressão
Transtorno bipolar tipo II	Episódio depressivo e episódio de hipomania
Transtorno ciclotímico	Oscilações persistentes depressivas e de hipomania
Transtorno bipolar e relacionados, induzidos por substâncias/medicamentos	Episódios depressivos, de mania ou hipomania desencadeados por substâncias ou medicamentos. Ex.: episódio de mania induzido pelo uso de medicamentos antidepressivos
Transtorno bipolar e relacionados, devido a outra condição médica	Episódios de mania/hipomania causados por outras doenças médicas associadas
Outro transtorno bipolar e relacionados, especificado	Quando o diagnóstico de episódios depressivos, maníacos ou hipomaníacos não estão suficientemente claros
Transtorno bipolar e relacionados, não especificado	Quando não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico. Casos duvidosos ou com informações insuficientes no momento.
Fonte: American Psychiatric Association	

Aqueles diagnosticados com transtorno bipolar podem vivenciar estados de mania, hipomania, depressão e/ou estados mistos.

EPISÓDIO DE DEPRESSÃO

O DSM-5-TR contextualiza o episódio depressivo como um período de no mínimo duas semanas, onde os sintomas são externalizados através do desinteresse em atividades cotidianas, agitação, fadiga, perda de energia, culpa excessiva, indecisão (APA, 2014).

Quando um indivíduo vivencia um episódio de cunho depressivo, seus sintomas se externalizam de maneira suficientemente grave para o fazerem se desestabilizar em seu cotidiano, incluindo suas relações interpessoais, relações de trabalho e cotidiano (Berk, 2011).

QUADRO 2 - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS EPISÓDIOS DE DEPRESSÃO CONFORME DSM-5 TR

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
- Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
- Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
- Insônia ou hipersonia quase diária.
- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorreprovação ou culpa por estar doente).
- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
- Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Fonte: American Psychiatric Association

EPISÓDIO DE MANIA

Nesse viés, o DSM-5-TR define os episódios de mania como uma fase onde há presença de humor anormal elevado, expansivo, irritável, que dura no mínimo uma semana. Sua expressão característica é o pensamento acelerado, hiperatividade, euforia, diminuição da necessidade de dormir. Há também a presença de agressividade, impulsividade, e em casos mais graves pode haver sintomas psicóticos, como delírios de poder e grandeza (APA, 2014).

A literatura de MORENO (2015) se refere a esse episódio onde os sentimentos tendem ao positivo (otimismo exagerado, falta de medo, sentimento de superioridade). O indivíduo não avalia as consequências dos seus atos, o que por resultado gera comportamentos de risco (dirigir em alta velocidade, gastar mais do habitual, sexo sem precaução).

QUADRO 3 - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE EPISÓDIO DE MANIA E HIPOMANIA SEGUNDO O DSM-5 TR

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de:

- Mania: uma semana (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).
- Hipomania: pelo menos 4 dias.

B. Três (ou mais) dos seguintes sintomas em um grau significativo.

- Autoestima inflada ou grandiosidade.
- Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
- Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
- Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
- Distratibilidade (a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
- Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos).
- Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas. (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

Fonte: American Psychiatric Association

EPISÓDIO DE HIPOMANIA

A hipomania é uma forma mais atenuada do quadro maníaco, onde predominam aceleração do pensamento, hipersexualidade, é um período divergente durante o qual o humor é apresentado de forma anormal, conforme apresentado no DSM-5-TR (APA, 2014).

Conforme Moreno (2015) esse episódio geralmente é notado por outros (familiares, amigos). É importante ressaltar que, durante esse episódio, essas mudanças nunca são de cunho psicótico ou causam prejuízos à pessoa ou a sua família, por tal motivo o transtorno bipolar tipo II possui maior dificuldade no diagnóstico, requer uma observação maior do profissional e ajuda de pessoas que convivem com o indivíduo.

TRANSTORNO BIPOLAR COM CARACTERÍSTICAS MISTAS

Por fim, o episódio misto no DSM-5-TR é a fusão da possível presença de sintomas da fase maníaca e da fase depressiva quase todos os dias. São alterações de humor rápidas acompanhadas de tais episódios (APA, 2014).

Quando a depressão e a mania ou a hipomania ocorrem em um único episódio, a pessoa pode ficar momentaneamente triste em meio à euforia, ou é possível que os pensamentos começam a ficar acelerados em meio à depressão. Em sua maioria, a pessoa vai para a cama deprimida e ao acordar no dia seguinte, se sente eufórica e cheia de energia (APA, 2014).

QUADRO 4 - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS EPISÓDIO DE MANIA/HIPOMANIA COM CARACTERÍSTICAS MISTAS CONFORME DSM-5 TR

A. São atendidos todos os critérios para um episódio maníaco ou hipomaníaco, e pelo menos três dos sintomas a seguir estão presentes durante a maioria dos dias do episódio atual ou mais recente de mania ou hipomania:

- Disforia ou humor depressivo acentuado conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outra pessoa (p. ex., parece chorar).
- Interesse ou prazer diminuído em todas, ou quase todas, as atividades (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
- Retardo psicomotor quase diário (observável por outra pessoa; não são simples sensações subjetivas de estar mais lento).
- Fadiga ou perda de energia.
- Sentimentos de inutilidade ou de culpa excessiva ou inapropriada (não uma simples autorrecriminação ou culpa por estar doente).
- Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

Fonte: American Psychiatric Association

QUADRO 5 - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS EPISÓDIO DE DEPRESSÃO COM CARACTERÍSTICAS MISTAS CONFORME DSM-5 TR

A. São atendidos todos os critérios para um episódio depressivo maior, e pelo menos três dos sintomas maníacos/hipomaníacos a seguir estão presentes durante a maioria dos dias do episódio atual ou mais recente de depressão:

- Humor elevado, expansivo.
- Autoestima inflada ou grandiosidade.
- Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
- Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
- Aumento na energia ou na atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente).
- Envolvimento aumentado ou excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
- Redução da necessidade de sono (sente-se descansado apesar de dormir menos que o habitual; para ser contrastado com insônia).

Fonte: American Psychiatric Association

TRANSTORNO BIPOLAR CICLOTÍMICO

O termo ciclotimia é caracterizado por breves e leves alterações de humor, energia, sentimentos, comportamentos que oscilam entre episódios de depressão e hipomania, mas que não preenchem os critérios diagnósticos conforme o DSM-5 TR (2023).

QUADRO 6 - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS TRANSTORNO BIPOLAR CICLOTÍMICO CONFORME DSM-5 TR

A. Pelo período mínimo de 2 anos, presença de numerosos períodos com sintomas hipomaniacos e numerosos períodos com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior. Nota: em crianças e adolescentes, a duração deve ser de pelo menos 1 ano.

B. Durante o período de 2 anos estipulado (1 ano para crianças e adolescentes), o indivíduo não ficou sem sintomas do primeiro critério por mais de 2 meses consecutivos.

C. Nenhum episódio depressivo maior, episódio maníaco ou episódio misto esteve presente durante os 2 primeiros anos da perturbação.

Após os 2 anos iniciais (1 ano para crianças e adolescentes) do transtorno ciclotímico, pode haver superposição de episódios maníacos ou mistos (nesse caso, transtorno bipolar tipo I e transtorno ciclotímico podem ser diagnosticados concomitantemente) ou episódios depressivos maiores (nesse caso, diagnostica-se tanto transtorno bipolar tipo II quanto transtorno ciclotímico).

Fonte: American Psychiatric Association

EPIDEMIOLOGIA E DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO BIPOLAR

No que tange às diferenças entre os tipos I e II, é que no primeiro, majoritariamente os sintomas de mania e depressão são percebidos por outras pessoas de maneira mais fácil, enquanto no segundo há alternância de sintomas entre episódios de depressão e hipomania. Vale ressaltar que o TB de Tipo I apresenta maior prejuízo às atividades diárias do paciente se comparado ao Tipo II (APA, 2023).

Conforme orienta a Classificação Internacional de Transtornos Mentais, Doenças e de Comportamento (CID-10, 2008), para que seja possível o diagnóstico do Transtorno Bipolar, é necessário que tenha ocorrido dois ou mais episódios onde o humor e o nível de atividade do sujeito foram profundamente perturbados, sendo que este consiste em algumas ocasiões de uma elevação de humor e aumento da energia e atividade (como a hipomania ou mania), e em outras, de um rebaixamento de humor e redução da energia e atividade (depressão) (OMS, 2008).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que o transtorno bipolar acomete cerca de 140 milhões de pessoas no mundo. Estima-se que a prevalência global do transtorno bipolar seja de 1 a 2%. Em sua grande parcela, o transtorno acomete jovens, sobretudo entre os 15 e 25 anos, mas pode ser apresentado de maneira tardia entre 45 e 55 anos. O transtorno incide igualmente em homens e mulheres (OMS, 2008).

Kapczinski (2016) pontua que a expectativa de vida de sujeitos bipolares quando comparada à população em geral é menor, isso em decorrência dos altos índices de suicídio e comorbidades clínicas elevada. Estima-se que 30% dos pacientes possuem tentativas de suicídio ao longo da vida, que majoritariamente

ocorrem durante um episódio depressivo. É válido pontuar que a desesperança e a intensidade de tais sintomas são preditores de ideação suicida. A mortalidade por suicídio no transtorno de humor bipolar é aproximadamente nove vezes maior que no montante populacional geral.

Para Suppes e Dennehy (2009) o TB é considerado um dos mais graves tipos de transtorno mental e envolve aspectos cognitivos, psicológicos, funcionais e socioafetivos, também afirmam que a etiologia do Transtorno Bipolar possuem tanto componentes genéticos quanto ambientais, sendo os últimos especialmente importantes para a eclosão dos episódios de humor.

CASO CLÍNICO

Bianca, 34 anos, sexo feminino, casada, mãe de uma filha, analista de ações de uma grande empresa. De acordo com os dados do prontuário, foi estabelecido o diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo I aos 30 anos após o primeiro “surto”, o qual foi caracterizado por extrema agitação, com foco extremo em seu trabalho, que inclusive trazia a tona conversas com assuntos do tipo “Como ficar rica em 5 passos”, prejudicando o seu julgamento, colocando em risco o seu emprego e carreira, negligenciando sua relação conjugal, o tratamento com sua filha e suas responsabilidades em casa. Ela informa que após um período de 8 dias em extrema agitação, dormindo cerca de 3h por noite e que, segundo ela não prejudicava seu desempenho, o esposo decidiu por levá-la a uma clínica psicoterápica e também a um psiquiatra para verificar a demanda, levando assim a um diagnóstico de TB tipo I.

A paciente relata que após realizar cerca de um ano de tratamento medicamentoso e psicoterápico, acabou por abandonar o acompanhamento por acreditar que estava bem. Ela relata que se sente frustrada, com tristeza intensa, com ganho significativo de peso nos últimos meses, com sono desregulado, e sente-se desatenta em relação aos afazeres no trabalho. Acredita que esse episódio possa ser motivado por conflitos conjugais após o primeiro surto ocorrido há cerca de quatro anos atrás.

Durante a adolescência refere um bom rendimento escolar e um bom convívio social, apesar de apresentar agressividade e agitação ao ser contrariada. Começou a trabalhar aos 24 anos, como secretária nessa mesma empresa, mantinha uma boa relação com os colegas de trabalho, apesar de ter poucos amigos.

Ainda assim, a paciente relata ser capaz de manter algumas atividades da vida diária tais como: cuidar da filha e manter organizada sua casa. Por outro lado, apresenta dificuldade em organizar horários e manter compromissos, sente que não tem energia suficiente e acaba por procrastinar.

Paciente procurou a terapia cognitiva comportamental por ter começado a ocorrer prejuízos no trabalho. Relata grande irritabilidade quando seus colegas de serviço cobram retorno de alguma demanda ou palpitam algo de seu trabalho, diz que sente como se eles a vissem como fracassada e incapaz. Seus comportamentos mediante essa situação é gritar, tratar os colegas com agressividade e não fazer o que pediram.

Sua justificativa é que, considerando que não fará perfeitamente, ela acaba por internalizar mais ainda os pensamentos de incapacidade, após passar a reação irritada, Bianca descreve sentimento de tristeza por não ter feito o que foi pedido e por ter descontado a raiva nos colegas, sempre pensa em sair do trabalho por conta da situação criada.

CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA

Como aponta Wright, Basco & Thase (2008) a prática clínica da Terapia Cognitivo Comportamental baseia-se em dois pilares centrais. O primeiro diz que as cognições têm influência sobre as emoções e comportamentos, e em complemento, a segunda é que o comportamento afeta diretamente os padrões de pensamento e de emoções.

Em razão disso, a avaliação nessa abordagem não está baseada somente nos âmbitos cognitivos e comportamentais, mas também nas influências biológicas e sociais, que devem ser levadas em conta para que haja o desenvolvimento do plano de ação de maneira eficaz (Wright, Basco & Thase, 2008)

A Conceitualização cognitiva começa ser construída desde o primeiro contato com o paciente e vai sendo aprimorada durante o processo de tratamento, com ele pode-se fazer um enquadramento para compreender o paciente, ajudando a planejar uma terapia eficaz. A TCC está ancorada no modelo cognitivo, que traz a ideia de que a situação em si não determina o que o sujeito sente, mas sim como este interpreta uma situação, surgindo os pensamentos automáticos, que seriam pensamentos rápidos e avaliativos que derivam-se de crenças. Existem as crenças nucleares, que funcionam como verdades absolutas, como as coisas “são”, em relação a visão do sujeito sobre si, os outros e o mundo, já as crenças intermediárias funcionam como atitudes, regras e pressupostos, que acabam fazendo a manutenção das crenças nucleares (Beck, 2013).

Conceitualização cognitiva do caso:

QUADRO 7 - CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA DO CASO	
História de Vida	Mulher, 34 anos, casada, mãe, conflitos conjugais após diagnóstico de TB tipo I. Não possui histórico de diagnóstico de bipolaridade na família.
Crenças Centrais	“Me sinto incapaz e fracassada no trabalho”
Crenças Intermediárias	“Não vou conseguir fazer, vou fazer tudo errado”
Estratégias compensatórias	“Não vou fazer o serviço, pois sei que vou fracassar”
SITUAÇÃO 1	
Colega de trabalho pede que faça um relatório importante para que seja entregue ao final do mês..	
Pensamentos Automáticos: “Não vou conseguir fazer” “Vão me achar fracassada” “Eu me odeio” “Não quero que me vejam assim” Emoções tristeza desânimo incapacidade frustração	Comportamentos: - Trata os colegas com agressividade. - Fica olhando para o computador mas não consegue começar o relatório. - Descontrola suas finanças, gastando mais do que pode. - Procrastina.

A paciente foi diagnosticada com TB tipo I, doença crônica e sem cura após apresentar um episódio de mania, com base no DSM - 5 TR (2023), apresentando sintomas como a diminuição da necessidade de sono, envolvimento excessivo em atividades com potencial para consequências dolorosas, comportamento loquaz e sentimento de grandiosidade que perduraram por cerca de 8 dias. O diagnóstico foi efetuado pelo médico psiquiatra em conjunto com o psicoterapeuta, os quais ela realizou acompanhamento durante um ano.

Pontos a respeito do caso da paciente precisam ser levantados para que ocorra sucesso na avaliação:

- A paciente está tendo prejuízos significativos na vida social e no trabalho por conta de reações frente a eventos, a mesma não entende o porque desses comportamentos;
- Inicialmente a frequência da terapia será 1 vez por semana, podendo variar conforme o desenvolvimento, estima-se a utilização de 24 sessões no total;
- A paciente interrompeu medicamentos já há três anos sem consenso do psiquiatra;
- Nos períodos de episódios depressivos a paciente sente muita vontade de abandonar o emprego, sem pensar em todas as questões que isso implicaria;
- A busca pela terapia foi demanda espontânea;

Com o decorrer da terapia mais pontos serão levantados para elaboração maior da conceitualização de caso da paciente. Alguns objetivos da TCC previstos para o processo terapêutico de pessoas com TB segundo Neto (2004) seriam:

- **Psicoeducar** a paciente a respeito dos sintomas da bipolaridade, para que dessa forma a mesma entenda os comportamentos que não consegue explicar;
- Fazer uma **reestruturação cognitiva** de modo que ocorra modificação dos pensamentos automáticos (PA) de incapacidade e fracasso;
- Trabalhar a **resolução de problemas**, de modo que a paciente saiba especificar o problema em questão, elaborando alguma alternativa de resolução da situação conscientemente.
- Incentivar o papel ativo do paciente no tratamento;

A partir da formulação da conceitualização cognitiva, será traçado os caminhos do tratamento, de maneira que o terapeuta tenha estabelecido uma aliança terapêutica e identificado os pensamentos disfuncionais da paciente. Dessa forma a estruturação da terapia será mais eficiente, buscando um processo terapêutico sólido, eficiente e colaborativo.

PLANO DE TRATAMENTO

A TCC é baseada em diversos estudos científicos, que trazem comprovações para variados transtornos psiquiátricos, e um dos tratados com sucesso pela terapia em questão foi o transtorno de bipolaridade (Beck, 2013).

O TB é um transtorno de humor crônico, e a TCC para o tratamento desse e de outros casos é baseada em semi-estruturas que o terapeuta perpassa para levar o paciente a consciência de sua situação, o que Beck (1967) descreve como descoberta guiada, levando então a melhora do quadro.

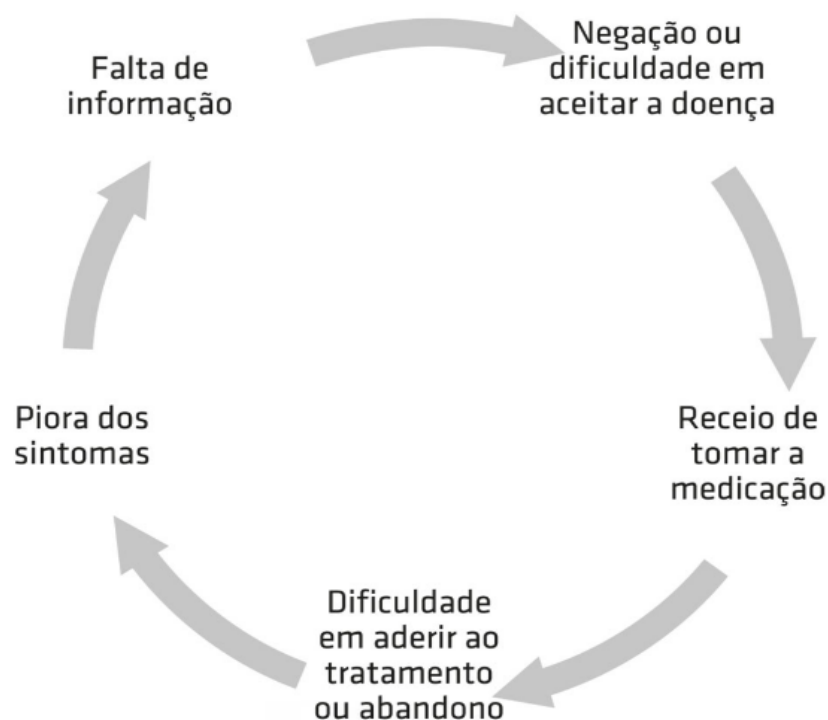
Oliveira (2019) trás que nesse viés é possível usar como o exemplo a psicoeducação, que foi uma das técnicas com mais eficiências detectadas, ensinando o paciente a identificar e entender seus sintomas na fase de mania e depressão aprendendo a lidar esses momentos através da análise das mudanças que ocorrem (Neto, 2004).

De acordo com Neto (2004) alguns objetivos de tratamento para os portadores de TB são:

- “1) Educar pacientes e seus familiares e amigos sobre o transtorno bipolar, seu tratamento e dificuldades associadas à doença;
- 2) Ajudar o paciente a ter um papel mais ativo no seu tratamento;
- 3) Ensinar métodos de monitoração da ocorrência, gravidade e curso dos sintomas maníaco-depressivos;
- 4) Facilitar a cooperação com o tratamento;
- 5) Oferecer técnicas não farmacológicas para lidar com pensamentos, emoções e comportamentos problemáticos;
- 6) Ajudar a controlar sintomas leves sem necessidade de modificar medicação;
- 7) Ajudar a enfrentar fatores de estresse que podem interferir no tratamento ou precipitar episódios de mania ou depressão;
- 8) Estimular o aceitar a doença;
- 9) Diminuir trauma e estigma associados;
- 10) Aumentar o efeito protetor da família;
- 11) Ensinar habilidades para lidar com problemas, sintomas e dificuldades.” (NETO, 2004).

Miklowitz (2019) ressalta a importância de educar o paciente acerca do seu transtorno para que seja possível a linearidade do tratamento através da relação terapeuta-paciente.

Figura 1 - O CICLO DA REJEIÇÃO DO DIAGNÓSTIC



Fonte: Miklowitz

Oliveira (2019) aponta que Basco e Rush (1996) identificaram a falta de aderência a medicamentos pelos portadores de transtorno bipolar, os autores dizem que a aderência de medicação precisa ser acompanhada de tratamento psicoterapêutico, para que ajudem o paciente a identificar os fatores psicossociais que são estressantes e ocasionam quadros de depressão. Por isso mesmo que a TCC não demonstra ampla eficácia nos episódios de mania, tanto quanto nos de depressão, a combinação medicamentosa com a terapia proporciona a estabilização das variações de humor do transtorno (KNAPP; ISOLAN, 2005)

Figura 2 - TRATAMENTO COMBINADO PARA O TRANSTORNO BIPOLAR



Fonte: Colom e colaboradores.

ESTRUTURA DAS SESSÕES

De acordo com Beck (2013) os pacientes se sentem confortáveis quando estão cientes do que se trata a terapia, o que esperar, em quais pontos serão mais trabalhados. Maximizar o entendimento acerca de seu processo é um dos pontos importantes na estruturação das sessões.

O vínculo terapêutico, que deve ser construído desde o primeiro contato, é fator determinante para o processo por conta da colaboração e a boa relação entre cliente e terapeuta. Sem o estabelecimento dessa relação, não haverá sucesso na terapia, visto que o cliente não sente confiança no processo e não adere a demanda proposta, dificultando a identificação a respeito das suas crenças e pensamentos disfuncionais, por não acreditar que forma uma relação terapêutica com o psicólogo (BECK, 2013; ALVES, 2017).

Basco e Rush (2009) ressalta que a base para a eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental é a força da aliança terapêutica, respeitando as preferências e necessidades do paciente, evidenciando que ele é o protagonista do seu próprio processo.

Beck e colaboradores (1979) remete o termo *empirismo colaborativo* para descrever a relação entre paciente e terapeuta na TCC. O psicoterapeuta envolve o paciente em um processo colaborativo, através de uma responsabilidade compartilhada para o estabelecimento de metas, agendas, receber e dar feedback e colocar em prática os métodos aprendidos dentro do processo terapêutico (WRIGHT; BASCO & THASE, 2008).

A respeito da estrutura das sessões terapêuticas, Judith S. Beck traz em seu livro *Terapia Cognitivo-comportamental* alguns objetivos que são esperados.

Sessão de avaliação

- Anamnese
- Formular o caso, criar conceitualização cognitiva inicial do paciente.
- Identificar se é o terapeuta indicado para o caso.
- Definir a dose apropriada de terapia (cronicidade).
- Definir se há indicação de tratamentos concomitantes.

- Dar início ao vínculo terapêutico.
- Começar a familiarizar o paciente sobre a estrutura e o processo da terapia.
- Identificar problemas importantes.
- Definir objetivos amplos.
- Solicitar o feedback do paciente.

Wright (2009) é enfático ao afirmar que durante a primeira sessão é necessário que o terapeuta esteja atento aos sintomas atuais, à sua base sociocultural, suas relações interpessoais, marcadores que impactam o seu desenvolvimento, como genética, fatores biológicos, doenças médicas. A partir da coleta desses dados, será possível a formulação de um caso multidimensional que considera o indivíduo em sua totalidade.

É a partir da sessão avaliativa que o terapeuta recolhe a maior quantidade de informação a respeito do paciente, como relatórios de outros profissionais, é nesse momento que é preciso atenção a como o paciente descreve um dia típico, perguntando como ele passa seu tempo, e também o que ele está evitando fazer ativamente, com as informações coletadas será possível ter uma visão ampliada do cotidiano, como suas relações interpessoais são desenvolvidas, suas variações de humor, buscando compreender o seu contexto profissional, familiar, acadêmico, e como passa seu tempo livre (BECK, 2013).

Antes de iniciar a primeira sessão é necessário que o psicoterapeuta faça um estudo dos dados coletados da sessão de avaliação, desse modo poderá ser feita uma conceitualização inicial e o plano de tratamento. É a partir dessa sessão que é realizada a definição de uma pauta, sempre educando o paciente a respeito do que esperar e perguntando se há concordância de como será traçado o plano terapêutico, exigindo uma participação ativa (BECK, 2013).

Objetivos da primeira sessão terapêutica:

- Estabelecer *rappor*t com o paciente, normalizar dificuldades e instalar esperança.
- Psicoeducar o paciente acerca do modelo cognitivo e do processo terapêutico.
- Coletar dados adicionais para a conceitualização cognitiva (anamnese).
- Desenvolver uma lista de objetivos junto ao paciente.
- Ativação comportamental com o paciente (Resolução de um problema importante).

Beck traz que para que possam ser atingidos esses objetivos existe uma semi-estrutura que deverá ser usada como base para desenvolvimento do processo terapêutico.

Parte Inicial da Sessão 1

1. Estabelecer a agenda;
 2. Fazer uma checagem de humor;
 3. Revisar brevemente o problema presente e obter uma atualização;
 4. Identificar problemas e estabelecer metas.
- Parte Intermediária da Sessão 1
6. Educar o paciente sobre o modelo cognitivo;
 7. Identificar as expectativas do paciente em relação à terapia;
 8. Educar o paciente sobre o seu transtorno;

9. Final da Sessão 1
10. Estabelecer a tarefa de casa;
11. Prover um resumo;
12. Obter o *feedback*.

Após a sessão de avaliação e a primeira sessão, é necessário estabelecer pautas que serão típicas em todas as sessões subsequentes, que de acordo com Beck é pré-definida como:

Parte inicial da Sessão

1. Fazer uma verificação de humor.
2. Definir a pauta.
3. Obter uma atualização.
4. Revisar o exercício de casa.
5. Priorizar a pauta.

Parte Intermediária da Sessão

1. Trabalhar em um problema específico e ensinar habilidades da TCC naquele contexto.
2. Discutir o seguimento com a prescrição colaborativa de exercícios de casa relevantes.
3. Trabalhar em um segundo problema.
4. Parte Final da Sessão
5. Apresentar ou solicitar um resumo.
6. Revisar as novas prescrições de exercícios de casa.
7. Solicitar *feedback*.

É necessário pontuar que é a partir dessas semi-estruturas que o paciente é engajado ao processo terapêutico, dando a ele a atenção necessária e também buscando o comprometimento de ambas as partes para que haja sucesso no processo.

TÉCNICAS E INTERVENÇÃO

Como aponta Leahy (2018) as técnicas são ferramentas utilizadas pelo terapeuta cognitivo comportamental que tem a função de coletar informações, expandir a conceitualização cognitiva do caso, abordar questões de modo mais eficiente e de aprofundar no relacionamento com o paciente.

A Terapia Cognitivo Comportamental é integrada por técnicas de duas principais abordagens, as cognitivas e as comportamentais. Na terapia cognitiva é abordado a maneira como os indivíduos interpretam os acontecimentos, comportando-se de diversas maneiras e tendo visões sobre si, o outro e o mundo (triade cognitiva) (Beck, 1963; 1964). Nas psicoterapias cognitivas as crenças têm ligação com os acontecimentos na vida dos pacientes em seu contexto de vida (Lima e Wielenska, 1993).

Na terapia cognitivo comportamental o uso de técnicas torna o processo mais eficaz, as mesmas são fundamentais à frente dos pensamentos disfuncionais, permitindo que o paciente veja as situações de outras maneiras e progrida no seu caso (Conceição, 2020).

“O papel do psicólogo é ajudar o cliente a reconhecer seus pensamentos e a modificá-los, examinando a veracidade de suas afirmações e observando evidências que contradizem. A terapia cognitiva não visa estimular a autodefesa ou o pensamento positivo, mas sim, o pensamento realista. A estimulação das emoções, desenvolvimento da motivação e as técnicas ativam novas experiências e sentimentos, o cliente pode precisar confrontar a realidade com os novos pensamentos e comportamentos para ver a importância de uma resposta racional” (CONCEIÇÃO, 2020).

Visando técnicas que possam garantir eficácia nos quadros de transtorno de humor bipolar, com o intuito de garantir a reestruturação de pensamentos disfuncionais, prevenção de recaídas, desenvolvimento de habilidades, compreensão do transtorno, entre outros fatores, é possível utilizar as seguintes técnicas.

Psicoeducação:

A literatura de Wright, Thase & Basco (2008) traz a psicoeducação como a primeira meta da TCC para o transtorno bipolar, visto que é através dela que é possível ensinar o paciente acerca da etiologia do transtorno. Essa técnica possibilita desenvolver no paciente reflexão, consciência e novas ideias, sobre si, os outros, o mundo e sua situação problema (BECK, 2013).

Registro de pensamentos disfuncionais - RPD: Loubet (2019) diz que as técnicas da TCC demonstram cientificamente grande eficácia, proporcionando a modificação de comportamentos através da aprendizagem de novas formas de pensar e se comportar. O livro as 101 técnicas da terapia cognitivo-comportamental de Conceição (2020) cita Crepaldi (2018) que traz que o RPD vem com o objetivo de auxiliar o paciente a identificar seus pensamentos disfuncionais, emoções e comportamentos, com isso o indivíduo pensa acerca daquela cognição e tem a possibilidade de elaborar uma nova visão, aprendendo a lidar com seus próprios problemas.

Exemplo:

QUADRO 8 - REGISTRO DOS PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS (RPD)					
DATA	A - SITUAÇÃO ATIVADORA	B - PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS	C - CONSEQUÊNCIAS		CRENÇAS DISFUNCIONAIS
			Sentimento	Comportamento	
01/07	Entrega do relatório no trabalho.	“Deve ter muitas falhas”	dúvida, aflição, ansiedade.	Agitação; Impulsividade nas compras. Trata as pessoas com rispidez.	“Sou incapaz” “Não tenho capacidade para realizar o meu trabalho”

Fonte: Livro - 101 técnicas da terapia cognitivo-comportamental, Conceição (2020).

Gráfico de humor e afetivograma: Esta técnica consiste no monitoramento dos sintomas enquanto os mesmos ainda estão no início, podendo ser controlados, antes que saia do controle do paciente. Em episódios de mania, por exemplo, podem ser identificados sintomas de diminuição da necessidade de dormir, quando detectado precocemente é possível estruturar uma intervenção, como uma agenda de atividades que vise a higienização do sono, dessa maneira tratando antes mesmo que se agrave (Neto, 2004)

Reestruturação cognitiva: De acordo com Neto (2004), quando pacientes com Transtorno Bipolar tipo I encontram-se na fase de mania ou depressão ocorrem diversas mudanças cognitivas, onde nas fases de mania o paciente apresenta comportamentos impulsivos, como subestimar riscos, exagerar na possibilidade de ganhos e acertos, superestimar capacidades, minimizar problemas, entre outras. Já nas fases de depressão o paciente geralmente apresenta crenças nucleares e intermediárias e pensamentos automáticos, é nessa fase que ocorrem as ideações suicidas. É na reestruturação cognitiva onde são identificados pensamentos automáticos, buscando a mudança das cognições acerca dos mesmos, nesse momento são utilizadas várias técnicas que possibilitem auxiliar o paciente na compreensão racional de sua situação, podem ser usados RPD's, role play, lista de prós e contras, entre outros (Wright, Basco & Thase 2008).

QUADRO 9 - REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA DO CASO CLÍNICO		
SITUAÇÃO	PENSAMENTOS PARA MODIFICAR	CONDUTA
Entrega do relatório no trabalho.	"Deve ter muitas falhas"	Agitação; Impulsividade; Fuga da Situação;
PENSAMENTO MODIFICADO COM A REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA "Agora posso não ter as ferramentas necessárias para atingir o objetivo, porém já estive nessa situação antes e consegui realizar a atividade sem nenhum erro, mesmo que pareça difícil no começo"		
Fonte: Autoras.		

Resolução de problemas e treinamento de habilidades: Nas palavras de Beck (2013) muitos pacientes apresentam baixa habilidade de resolução de problemas, assim como habilidades de modo geral, como habilidades sociais, paternidade efetiva, planejamentos, relacionamentos. De acordo com Vieira (2016) esta técnica visa ser aplicada com objetivo de lidar com sintomas graves de algum episódio da doença, ou até mesmo atenuar sintomas, melhorar habilidades sociais é uma fator determinante para a redução do estresse e recaídas (Gomes, 2010).

Questionamento socrático: Wright, Basco & Thase (2008), dizem que o questionamento socrático é uma colaboração empírica entre paciente e terapeuta que auxilia na descoberta de pensamentos desadaptados. Acredita-se que os pensamentos automáticos são inconscientes, porém nada impede que sejam tragos a tona, quando o terapeuta questiona o paciente acerca de suas crenças e pensamentos disfuncionais o mesmo consegue fazer uma identificação daquilo que está errado, funcionando como facilitador para a resolução de tais pensamentos, compreendendo sua visão de si, dos outros e do mundo (PADESKY, 2010).

Prevenção de recaídas: Conforme Vieira (2016) traz em seu estudo, a técnica de prevenção de recaídas vem com o objetivo de ensinar o paciente a manejar melhor os acontecimentos que podem desencadear recaídas. O autor cita Wright, Basco & Thase (2008), dizendo que uma das vantagens da TCC é a aquisição de habilidades que ajudam no processo de prevenção de recaídas. O paciente quando consegue identificar o que desencadeia seus episódios de tensão ele pode começar a regular e se esquivar desses desencadeadores, atenuando possíveis sintomas da doença (Vieira, 2016).

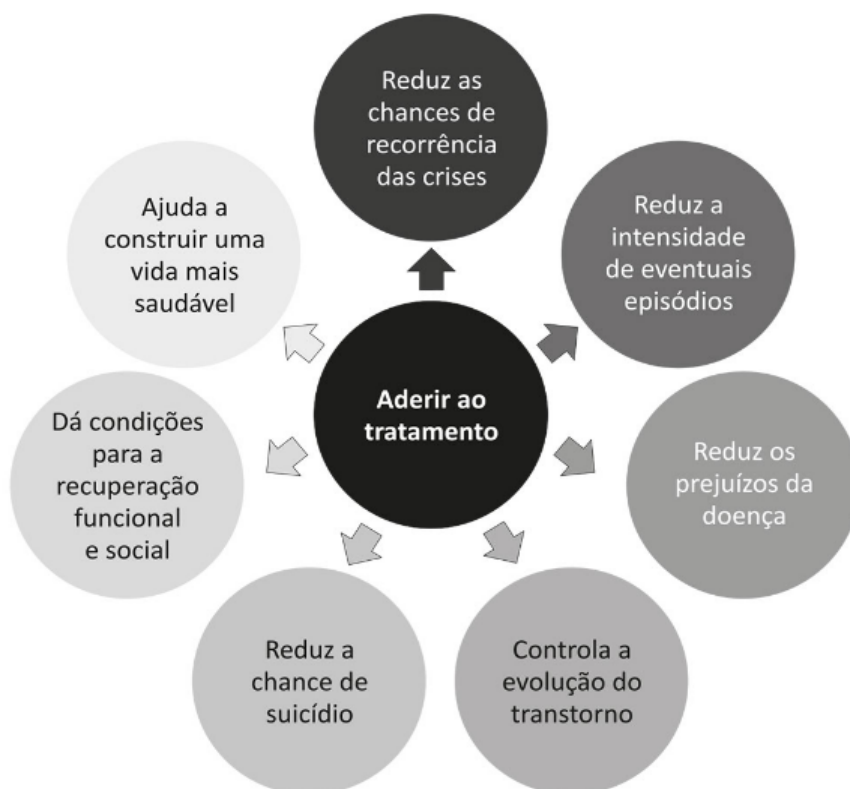
Leahy (2018) enfatiza a importância de solicitar, com frequência, o *feedback* dos pacientes. Em complemento, é necessário que o paciente e terapeuta revisem as técnicas que utilizaram, descrevam-nas e examinem quais foram úteis, quais não foram, e o porquê.

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS DO PSICÓLOGO

Assim, para elucidar as considerações finais deste estudo, resgatou-se a tese norteadora, como a Terapia Cognitivo Comportamental pode ser aplicada em casos clínicos de transtorno de humor bipolar e sua eficácia no desenvolvimento do projeto terapêutico.

É evidente, através da análise e elaboração do caso clínico, o quanto a aliança terapêutica e a psicoeducação são fatores determinantes no processo, visto que na TCC é necessário educar o paciente acerca do seu diagnóstico, o que é um fator determinante na adesão do tratamento, sobretudo no transtorno de humor bipolar, o qual o indivíduo também necessita da adesão à terapia medicamentosa em conjunto com a psicoterápica, trazendo resultados exitosos no tratamento do transtorno.

Figura 3 - IMPORTÂNCIA DA ADEÇÃO AO TRATAMENTO.



Na verdade, o propósito da terapia não deve se limitar a apenas “sentir-se melhor”, seu objetivo é auxiliar no desenvolvimento de uma ampla variedade de técnicas eficazes que permitam ao paciente lidar com problemas futuros, capacitando-o na modificação de seus pensamentos.

Nesse viés, a terapia cognitivo-comportamental possui o objetivo e eficácia comprovada de auxiliar o indivíduo a identificar futuras vulnerabilidades não apenas em relação aos desencadeadores dos problemas, mas também em relação aos pensamentos, comportamentos e escolhas que tornam tudo mais desafiador.

É válido ressaltar que o terapeuta deve possuir características como cordialidade, empatia, escuta ativa ao acolher as demandas no consultório, levando em consideração o sujeito em sua totalidade. Assim como Leahy (2018) ressaltava em sua literatura.

“Tenha em mente que, por trás de cada técnica, deve haver uma pessoa genuína que se importa, que têm compaixão por quem está sofrendo. Talvez essa seja a melhor técnica. Podemos chamá-la de compaixão.” LEAHY (2018)

Por fim, a presente pesquisa demonstra a necessidade de estruturar e conceitualizar as demandas recebidas e principalmente adaptá-las ao paciente, levando em consideração que ele é o protagonista do processo.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª Edição. Texto revisado. Porto Alegre: Artmed; 2023.
- ANGST, J. - **The Course of Affective Disorders**. *Psychopathology* 19(Suppl 2): 47-52, 1986.
- BARNHILL, John W. **Casos Clínicos do DSM-5**. 1. Porto Alegre, RS: Artmed, 2015.
- BASCO, M. R. & RUSH, J. A. **Terapia cognitivo-comportamental para transtorno bipolar**. Tratamentos que Funcionam: Guia do Terapeuta. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2009
- BECK, Judith S et al. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2.ed. Porto Alegre. Artes médicas, 2013.
- BERK, LESLEY. **Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar**. São Paulo: Segmento Farma, 2011.
- CONCEIÇÃO, Jaqueline. **101 Técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental**. SC, 2020.
- DA MATTA, S.M. 2012. *Avaliação de programa de psicoeducação em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar*. Belo Horizonte, MG. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, 87 p.
- Juruena, M. F. (2004). **Transtorno afetivo bipolar**. In P. Knapp (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 317-327). Porto Alegre, RS: Artmed.J
- KNAPP, Paulo. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. 1. Porto Alegre, RS: Artmed, 2004.
- KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. **Transtorno bipolar: teoria e clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- LEAHY, R. L. **Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- LEONHARD, K. - **The Classification of Endogenous Psychoses**. Translated by Berman, R. John Wiley and Sons, Inc., New York, N.Y., 1979.
- LIMA, M. V. D. & WIELENSKA, R. C. 1993. **Terapia comportamental-cognitiva**. Em A. V. Cordioli (Org.) *Psicoterapias: abordagens atuais* (p. 192-209). Porto Alegre: Artes Médicas
- LOUBET, A. B. **Terapia cognitiva comportamental: o que é e que técnicas usa**. *Psicologia-Online*. Barcelona. 14 out. 2019.
- MARNEROS, A. - **Origin and Development of Concepts of Bipolar Mixed States**. *Journ Affective Disorders* 67: 229-240, 2001.
- MORENO, R. A., Moreno, D. H., & Ratzke, R. (2005). **Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar**. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 39-48.
- MUSSI, S.V.; SOARES, M.R.Z.; GROSSI, R. 2013. **Transtorno bipolar: avaliação de um programa de psicoeducação sob o enfoque da análise do comportamento**. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15(2):45-63.
- NETO, F. L. **Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2004.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Volume 3. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

PADESKY, C. A. Aaron T. Beck: **a mente, o homem e o mentor**. In LEAHY, R. L. (Org.). **Terapia cognitiva contemporânea: teoria, pesquisa e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PEET, M.; HARVEY, N. Lithium maintenance: 1. a standard education programme for patients. *Br. J. Psychiatry*, v.158, p.197-200, 1991.

PELLEGRINELLI, K.B.; de O COSTA, L.F.; SILVAL, K.I.; DIAS, V.V.; ROSO, M.C.; BANDEIRA, M.; MORENO, R.A. 2013. **Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder**. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **127**(2):153-158.

RAMÍREZ-BASCO, M., & Rush, J. A. (2009). **Terapia cognitivo comportamental para transtorno bipolar: Guia do terapeuta** (2. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

SUPPES, T.; DENNEHY, E. B. **Transtorno Bipolar**. Tradução Marina Fodra. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SEDLER, M. - **Falret's Discovery: the Origin of the Concept of Bipolar Affective Illness**. *American Journ Psychiatry* 140: 1127-1133, 1983.

VAN GENT, E.; ZWART, F. **Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients**. *J. Affect. Disord.*, v.21, p.15-8, 1991

YOUSSEL, F. **Compliance with therapeutic regimens: a follow-up study for patients with affective disorders**. *Journal of Advanced Nursing*, v.8, p.513-7, 1983.

2

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA E A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

▶ *Ana Carolina Pereira*▶ *Greyce Kelly Dutra*▶ *Augusto Cesar Soares da Cunha*

RELATO DE CASO

Paulo, 28 anos, solteiro, mora com os pais, filho caçula de 3 irmãos, procurou atendimento a pedido dos pais.

Relata que nos últimos 2 anos não para em nenhum emprego, não tem uma vida financeira estável, diz que seu pai fica lhe comparando com seus irmãos mais velhos que já estão com a vida estabilizada. Tem um bom relacionamento com a mãe, a mãe de Paulo sempre o defende e diz que essa fase vai passar, que ele poderia fazer uma faculdade na área que ele gosta e mudar o foco, que em breve vai conseguir um emprego, já o relacionamento com seu pai é mais restrito, eles não conversam muito, Paulo acha que seu pai sempre lhe cobra para arrumar um emprego e viver sua vida por conta própria é uma chatice, seu pai diz o tempo todo que seus irmãos na sua idade já moravam sozinhos e tinham sua independência.

Tem se sentido derrotado e incapaz, toda vez que vai a uma entrevista de emprego não consegue a vaga, nos últimos 8 meses se sente deprimido, não tem vontade de sair de casa nem para as entrevistas, mal sai de dentro do quarto, evita ter contato com o pai. Sair de casa se torna cada vez mais difícil, pois toda vez que precisa sair se sente ansioso, tem palpitações e sudorese excessiva. Sempre acha que não vai conseguir um emprego pois ele é inútil, então justifica que sair de casa não tem necessidade já que não vai passar na entrevista e não vai arrumar o trabalho.

Paulo diz que se não arrumar emprego nunca vai sair da casa dos pais e sempre vai ter que escutar o pai jogar na sua cara que ele ainda depende dele financeiramente, eu sou um fracassado porque até hoje não saí da casa dos meus pais.

Exame de Estado Mental: boa aparência, bem vestido, higiene preservada, postura sem alterações e expressão facial preocupante. Leve agitação psicomotora, ansioso, triste, levemente irritado, desesperançoso; fala rápida. Bem orientado no tempo e no espaço, alerta, apresenta certo grau de distração. Tem poucos momentos de lazer, pois se sente culpado por não trabalhar, então não pode se divertir enquanto não voltar a trabalhar e não dar mais despesas aos seus pais, ele pensa que se não trabalha e não ajuda financeiramente em casa não pode ter momentos de lazer.

DIAGNÓSTICO DO CASO CONFORME DSM V-TR

De acordo com DSM V – TR as principais características do Transtorno de Ansiedade Generalizada são ansiedade persistente e excessiva, preocupações adversas onde o paciente não consegue controlar, além de sintomas físicos, tais como sudorese excessiva, inquietação, nervosismo.

Critérios Diagnósticos (F41.1), o DSM V – TR detalha a frequência e intensidade em que deve ocorrer os sintomas para que possa ser diagnosticado com Ansiedade Generalizada, entre eles estão: ansiedade e preocupações excessivas que acontece na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, afetando eventos tais como vida escolar ou profissional; a ansiedade e a preocupação vem associados a três sintomas ou mais dos sintomas seguintes (inquietação, fadigabilidade, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono); a ansiedade e a preocupação, ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente considerável ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Características associadas que apoiam o diagnóstico podem haver tremores, contrações, abalos e dores musculares, nervosismo ou irritabilidade associados a tensão muscular. Muitos indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada também experimentam sintomas somáticos (p. ex., sudorese, náusea, diarreia) e uma resposta de sobresalto exagerada. Sintomas de excitabilidade autonômica aumentada (p. ex., batimentos cardíacos acelerados, falta de ar, tonturas) são menos proeminentes no transtorno de ansiedade generalizada do que em outros transtornos de ansiedade, tais como o transtorno de pânico. Outras condições que podem estar associadas ao estresse (p. ex., síndrome do intestino irritável, cefaleia) frequentemente acompanham o transtorno de ansiedade generalizada.

CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA DO CASO

Quando as pessoas apresentam dificuldades frequentes que afetam suas ações, relações ou desempenho tendem a ser disfuncionais. As crenças centrais ou nucleares de acordo com Beck, 1997 são os entendimentos mais básicos sobre elas mesmas, sobre o mundo e sobre as outras pessoas e o futuro. As crenças centrais de Paulo de que é incapaz e um derrotado foram se fortalecendo cada vez mais, toda vez que ia a uma entrevista de emprego e não conseguia a vaga sua ansiedade aumentava. Seu pai sempre dizia que tinha que se esforçar mais. Quando tinha uma entrevista de emprego, Paulo se sentia ansioso e tinha dificuldade de sair de casa para a entrevista. Como estratégia de fuga ou esquiva ele decidia não ir à entrevista, assim não se sentiria um inútil. Beck – 1997 ressalta que o modo em que as pessoas se sentem está associado ao modo de como elas interpretam e pensam sobre uma determinada situação.

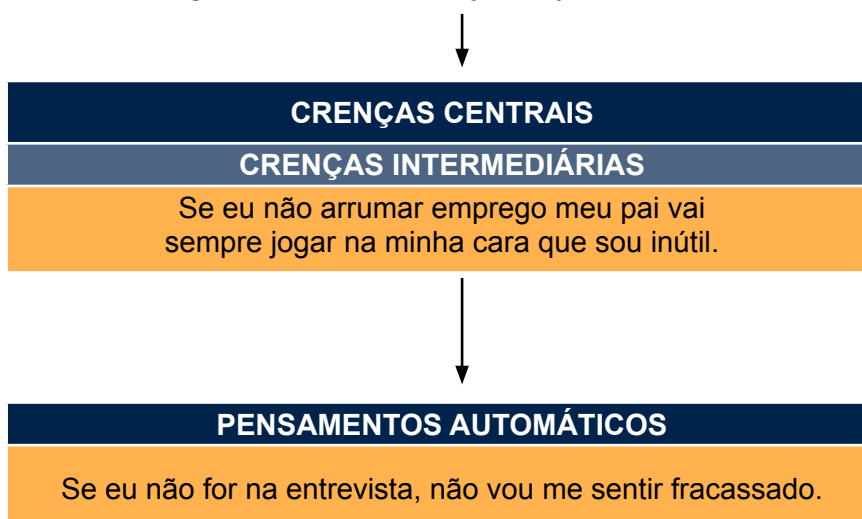
Ansiedade é um sistema de resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental complexo (isto é, modo de ameaça) que é ativado quando eventos ou circunstâncias antecipadas são consideradas altamente aversivas porque são percebidas, como eventos imprevisíveis, incontroláveis que poderiam potencialmente ameaçar os interesses vitais de um indivíduo.

(Clark, Beck - 2012)

Quando tem entrevistas Paulo se sente muito ansioso e com dificuldade de sair de casa, como estratégia para lidar com essas crenças, ele não saía de casa acreditando que se não fosse às entrevistas não se sentiria inútil ou incapaz.

Paulo fica muito tempo em seu quarto, não se relaciona bem com seu pai e evita contato com o mesmo, tem bom relacionamento com a mãe. Relatou ter poucos momentos de lazer, pois se sente culpado em se divertir já que não trabalha e não ajuda em casa.

Diagrama de conceitualização do paciente Paulo



PLANO DE TRATAMENTO

Clark, Beck 2012 diz que a alta taxa de transtornos e sintomas de ansiedade na população em geral deve incluir uma avaliação mais específica levando em consideração a frequência e intensidade do sintoma, bem como escalas que permitam o diagnóstico diferencial entre os transtornos.

De acordo com Beck-1997, o terapeuta cognitivo deve ter como meta um tratamento compreensível para o paciente quanto para ele próprio, o terapeuta também deve buscar que sua terapia seja o mais eficiente possível.

O plano de tratamento do Paulo será de 1 ano, dividido em 33 sessões, sendo nos primeiros seis meses, uma consulta por semana, nos próximos três meses, uma a cada quinze dias, e por fim nos últimos três meses, uma a cada mês, isso para que o paciente vá se preparando para o término do tratamento, uma vez que esse acompanhamento tenha sido feito de maneira correta e tenha tido os resultados esperados.

Seguindo os passos de Beck, 1997 nas primeiras sessões com Paulo deve-se estabelecer o vínculo para que o paciente se sinta à vontade, socializar o paciente na terapia cognitiva, ou seja fazer a psicoeducação e explicar como se dará o tratamento, regularizar as dificuldades de Paulo, extrair as expectativas do paciente com relação à terapia sempre que for necessário, psicoeducar o paciente em relação ao seu transtorno, estabelecer uma agenda, fazer a checagem de humor, estabelecer uma tarefa de casa (nas sessões seguintes sempre verificar se conseguiu realizar a tarefa), promover um resumo, obter um feedback.

TÉCNICAS E INTERVENÇÃO

O terapeuta deve sempre avaliar os sintomas de seu paciente, quais são os gatilhos que geram ansiedade, para então refletir e definir quais estratégias existentes para definir seu plano de intervenção.

1. **PSICOEDUCAÇÃO:** A psicoeducação deve estar presente durante todo o tratamento, pois a mesma auxilia no engajamento do paciente, facilita sua compreensão sobre tudo que está acontecendo durante as sessões e todos os aspectos e dúvidas relacionados ao tratamento, Wright et al, 2019 diz que a psicoeducação auxilia o paciente a aprender habilidades básicas de como lidar com os pensamentos, sentimentos e seus comportamentos.
2. **REGISTRO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS (RPD):** O registro de pensamentos é uma estratégia que auxilia no reconhecimento dos pensamentos automáticos e o visualizar seus pensamentos escritos em um papel pode facilitar para que consiga rever ou corrigir suas cognições disadaptativas. A técnica de registro de pensamentos disfuncionais (RPD) é um elemento chave na TCC, a mesma incentiva os pacientes a reconhecer seus pensamentos automáticos, aplicar métodos para flexibilizá-los e observar os resultados positivos (WRIGHT et al, 2019).
3. **ROLE-PLAY:** Essa é uma técnica de dramatização e é muito útil na aprendizagem do paciente, pois possui uma significação grande onde o paciente pode trazer à tona os pensamentos automáticos, desenvolver a prática de habilidades sociais, trabalhar respostas mais adaptativas e reestruturar crenças (BECK, 1997). Na dramatização, o terapeuta faz o papel de uma pessoa na vida do paciente, como por exemplo um chefe, namorado ou os pais, e tenta estimular uma interação para trazer ocasionalmente os pensamentos automáticos (WRIGHT et al, 2019). Podemos utilizar essa técnica com Paulo para auxiliar na sua próxima entrevista de emprego.
4. **MINDFULNESS:** Pesquisas apontadas por Beck (2022) mostram que o mindfulness pode tornar o tratamento mais efetivo, principalmente quando o paciente está engajado com preocupações, pensamentos obsessivos, ruminação de pensamentos, autocrítica contínua ou evitação de experiências. O Mindfulness pode ser essencial no processo terapêutico, pois ele auxilia a desenvolver a reestruturar as áreas cognitivas e a autopercepção, a concentração, engajamento na terapia e a diminuição do processo de ruminação dos pensamentos automáticos disfuncionais, possibilitando a redução dos sintomas ansiosos.
5. **CARTÕES DE ENFRENTAMENTO:** Os cartões de enfrentamento auxiliam os pacientes a praticarem as principais intervenções da terapia cognitivo comportamental aprendidos na psicoterapia. Podem conter instruções que os pacientes gostariam de aplicar a si mesmos para ajudá-los a enfrentar situações ou questões importantes (WRIGHT et al, 2019).

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS DO PSICÓLOGO

O transtorno de ansiedade generalizada, traz uma preocupação excessiva que prejudica a capacidade do indivíduo de fazer as coisas de forma rápida e eficiente, seja em casa, seja no trabalho, ou seja, acaba por trazer grandes prejuízos no seu cotidiano. Sendo assim, em adultos em específico agem em diversas lugares, como traz o DSM-V

O indivíduo tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em questão. Os adultos com transtorno de ansiedade generalizada frequentemente se preocupam com circunstâncias diárias da rotina de vida, como possíveis responsabilidades no trabalho, saúde e finanças, a saúde dos membros da família, desgraças com seus filhos ou questões menores (p. ex., realizar as tarefas domésticas ou se atrasar para compromissos).

Portanto, a partir desse caso clínico de Transtorno de Ansiedade Generalizada, foi possível compreender melhor e obter muitas informações relevantes, de como os sintomas se manifestam, como o paciente lidava com isso, e conseqüentemente como passou a lidar depois do tratamento e acompanhamento, e também como passou a perceber suas realidades e implementar mudanças no seu dia a dia e cotidiano, a fim de conseguir lidar com as situações com suas próprias percepções.

REFERÊNCIAS

Beck, J. S. **Terapia Cognitiva Comportamental: teoria e prática** / Judith S. Beck; trad. Sandra Costa. – Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental – teoria e prática**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

Clark, D. A. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade** [recurso eletrônico]: ciência e prática / David A. Clark, Aaron T. Beck; tradução: Maria Cristina Monteiro; revisão técnica: Elisabeth Meyer. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Psiquiatria, A. A. D. DSM-IV TR: **Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais E Desordem Mental**. 5. ed. Associação Psiquiátrica Americana, 2022.

Wright, J. H et al. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental – um guia ilustrado**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

3

TRANSTORNO DE PÂNICO E A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

► *Evellys Karen Sartório Trindade*
► *Karla Cristina da Cruz Pinheiro Sete*
► *Augusto Cesar Soares da Cunha*

CASO CLÍNICO

Luísa, 27 anos, casada, mora com seu parceiro, classe média, possui boas relações com seus familiares e colegas de trabalho, é professora de uma instituição de ensino infantil, relata quadros onde por determinados momentos tem crises de tremores, falta de ar, batimentos cardíacos acelerados, suor excessivo e um medo fora do comum de morrer.

Luísa relata que as sensações surgem fora de um contexto específico e em qualquer lugar, tendo já acontecido na igreja, velório de um familiar, já acontecendo algumas vezes enquanto dirigia, forçando-a a parar o veículo imediatamente, também relata que os sintomas já ocorreram em seu expediente, durante a ministração de várias de suas aulas, ficando com medo de perder o controle nesses momentos, medo de ter um infarto ou morrer, decidindo por fim abandonar a função de professora, o que a fez pedir, nos últimos meses, uma licença. Além desses sintomas, Luísa relata um extremo cansaço, diz que seu sono a noite é sempre interrompido por sonhos agitados e que por muitas vezes a impede de dormir a noite toda gerando ainda mais cansaço. Esses sintomas persistem há mais de 8 meses.

O primeiro ataque de pânico que teve ocorreu na escola em que trabalha, durante uma aula, um dia após ter ocorrido uma invasão em uma escola na cidade vizinha, visto que estes atentados vêm sendo recorrentes em escolas no decorrer dos últimos anos.

A paciente relata pensamentos relacionados a morte, diz sentir que irá morrer a qualquer momento, e que não irá conseguir suportar mais os ataques de pânico, sente que está perdendo o controle de si e de sua vida, que as pessoas vão realizar julgamentos ao ver ela durante os ataques, não quer retornar aos lugares pois acredita que vai ter um novo ataque de pânico, acredita ser muito vulnerável e que o mundo é um lugar extremamente perigoso

DIAGNÓSTICO / DSM IV TR

A paciente relata a presença dos seguintes sintomas: Palpitações, batimentos cardíacos acelerados, Sudorese, Tremor, Sensações de falta de ar ou sufocamento e Medo de morrer.

De acordo com estes sintomas apresentados por Luísa é possível realizar a comparação dos sintomas listados pela American Psychiatric Association (2022) no DSM IV TR em casos de transtorno de pânico F 41.0, são necessários para categorizar como transtorno de pânico segundo o manual no mínimo 4 dos 13 sintomas listados, a paciente apresenta 5 deles além de atender a outros critérios como:

[...]Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionado aos ataques (por exemplo, comportamentos projetados para evitar ataques de pânico, como evitar exercícios ou situações desconhecidas. Preocupação persistente ou preocupação com ataques de pânico adicionais ou suas consequências (American Psychiatric Association, 2022, P. 236)

CONCEITUALIZAÇÃO DO CASO

A partir dos sintomas relatados, e comparação com o DSM IV TR o diagnóstico da paciente é Transtorno de pânico.

A paciente se vê como uma pessoa fraca, que não vai superar as situações que têm vivenciado, que o mundo é um lugar perigoso e que as pessoas fazem muitas coisas ruins, relata que não se sente segura, que se sente impotente em relação ao transtorno e que não vai ter uma vida normal como antes, que terá mais ataques de pânico.

Luísa não faz uso de medicamentos, e não realiza acompanhamento médico, no entanto ela acredita que será necessário.

A mãe de Luísa possui diagnóstico de depressão e ansiedade, iniciado durante a pandemia de COVID 19, e realiza tratamento farmacológico prescrito pelo psiquiatra, além de acompanhamento psicológico. Demais familiares não apresentam doenças e/ou transtornos mentais.

A paciente apresenta aspectos importantes para um quadro de melhora, apesar de não se achar forte o suficiente para melhorar acredita ser importante buscar tratamento, além de querer se esforçar para a busca de um bom prognóstico, está disposta a aderir ao tratamento, possui um bom suporte familiar, amigos de trabalho e outros grupos de amizade. Gosta de exercer sua criatividade, principalmente em tarefas para seus alunos, é motivada e focada.

Suas maiores queixas são o medo e a ansiedade em relação ao seu trabalho como professora e por isso procurou o atendimento psicológico. O objetivo principal da terapia será controlar esses sintomas da paciente, modificando as crenças nucleares, para então consequentemente reduzir os ataques de pânico e os sintomas apresentados para retornar a sala de aula.

PLANO DE TRATAMENTO

O tratamento terá como base a terapia cognitiva comportamental (TCC), durante as sessões de psicoterapia serão utilizadas técnicas com o objetivo de modificar os pensamentos disfuncionais, as crenças nucleares, para futuramente retornar às suas funções.

As sessões ocorrerão por aproximadamente 50 minutos, e serão realizadas em média 20 sessões, podendo variar de acordo com a necessidade da paciente e as variações que podem acontecer durante o decorrer do tratamento.

Durante as primeiras sessões é importante a formação do vínculo com a paciente, esse rapport vai propiciar uma sensação de maior confiança do paciente no terapeuta. O psicólogo deve fornecer informações a respeito do transtorno, do tratamento, da abordagem utilizada, aproveitando o momento para esclarecer as dúvidas da paciente que surgirem durante a ocasião.

[...]estabelecer rapport e confiança com os clientes, familiarizá-los com o tratamento, fazer uma verificação do humor (para que possa monitorar o progresso e a adaptação ao tratamento), coletar dados adicionais para a conceitualização, informá-los sobre o modelo cognitivo, programar atividades ou trabalho sobre uma questão, desenvolver um novo Plano de Ação e obter feedback.

(BECK, 2022)

Após esse momento serão estabelecidos os objetivos de acordo com a necessidade, prioridade e escolha da paciente, sendo decidido com ela a pauta da sessão no início de cada encontro.

TÉCNICAS E INTERVENÇÕES

Nas primeiras sessões após a conceitualização, o profissional irá se dedicar na criação e fortalecimento de vínculo com a paciente, o rapport, fazendo com que ela se sinta segura e confiante para seguir o tratamento. Além disso, o psicólogo vai fornecer uma visão geral do tratamento e explicar por meio da psicoeducação como a TCC pode ajudar a paciente a lidar com os sintomas, e também irá fornecer informações sobre o transtorno por meio da técnica cognitiva da psicoeducação, ademais, junto da paciente serão definidas as metas do tratamento.

[...]a psicoeducação consiste em uma modalidade de intervenção psicossocial que se caracteriza por informar ao paciente dados sobre o seu diagnóstico abrangendo a etiologia, o funcionamento, o tratamento mais indicado e o prognóstico, entre outras informações, tornando o paciente um colaborador ativo, aliado dos profissionais de saúde (SEHNEM et al, 2016)

Após esse momento serão identificados os pensamentos disfuncionais que contribuem para os ataques de pânico por meio da técnica cognitiva registro de pensamentos disfuncionais, em seguida será utilizada outra técnica cognitiva, seta descendente, para descobrir a crença nuclear, é possível solicitar ao paciente depois da explicação da técnica que ele realize o RPD como plano de ação, favorecendo um melhor entendimento sobre seu funcionamento cognitivo e seus pensamentos disfuncionais.

O registro dos pensamentos disfuncionais (RPD) é uma tabela na qual o paciente anota a situação em que ocorreu o pensamento, qual emoção vivenciada, o pensamento automático da forma como ele apareceu na mente, a resposta racional para cada pensamento registrado e uma reavaliação do grau de convicção em cada pensamento automático[...] No TP, a técnica da seta descendente é eficaz para a correção dos pensamentos e crenças relacionadas aos sintomas físicos. É capaz de corrigir o pensamento catastrófico do paciente e os cálculos errados de probabilidades. A prática dessa técnica consiste no questionamento contínuo sobre o real significado de um pensamento até alcançar seu significado mais central (DE BAËRE, 2015, P. 7)

Após esse período de identificação das crenças nucleares o terapeuta utilizará a técnica cognitiva do continuum cognitivo, para auxiliar na reestruturação das crenças nucleares, mostrando alternativas mais realistas, que fazem a paciente desafiar suas crenças mostrando se elas são realmente reais ou se elas contradizem o que ela pensava.

Em seguida desse início do processo de mudanças de crenças e pensamentos disfuncionais o terapeuta vai ensinar a paciente a técnica comportamental de respiração diafragmática e relaxamento, para auxiliá-la nos momentos de ansiedade, tirando o foco dela e aliviando a tensão. O terapeuta deve ajudar a paciente a praticar essas técnicas durante a sessão e pedir feedback sobre a eficácia dela, caso seja positivo será usada como plano de ação o treinamento dessa respiração.

Uma das técnicas para o enfrentamento da ansiedade é a respiração diafragmática. Respirar de forma inadequada conduz à hiperventilação e ao aumento de oxigenação sanguínea, assemelhando-se às sensações vivenciadas durante uma crise de pânico(DE BAËRE, 2015, P. 5)

Outra técnica a ser utilizada é a mindfulness, que vai auxiliar a paciente a manter a atenção plena, se concentrar em algo específico, auxiliando-a a se manter calma nos momentos de ansiedade. De acordo com GARLAND; BAKER; RIQUINO; PRIDDY (2019) A intervenção baseada em Mindfulness envolve ensinar o paciente a manter o foco de modo intencional no momento presente, nos pensamentos, emoções e reações fisiológicas, partindo do princípio da aceitação (apud PEREIRA;SOARES; DONADON, 2020)

Em seguida, o terapeuta irá começar a trabalhar com a paciente na exposição gradual ao medo por meio da técnica comportamental de dessensibilização sistemática e exposição interoceptiva. O terapeuta pode ajudar a paciente a identificar as situações que provocam medo ou ansiedade e desenvolver um plano de exposição gradual a essas situações, aumentando gradualmente a dificuldade das situações enfrentadas, chegando a situações que podem provocar os ataques de pânico na paciente. A ordem da exposição pode ser: Falar sobre a escola com as pessoas; Ver fotos e vídeos de uma sala de aula; Ir até a porta escola; Ir até a recepção, pátio da escola e conversar com colegas e alunos; Ministrando uma aula online para seus alunos que estão com uma professora substituta; Ir até a sala de aula em um momento sem alunos e colegas de trabalho; Ministrando uma aula presencial para seus alunos por um tempo menor até conseguir permanecer durante o tempo total da aula.

A exposição interoceptiva consiste na indução gradual das sensações físicas para que o paciente se habitue a elas e perceba que condicioná-las com interpretações catastróficas é disfuncional, pois são sensações comuns, que todas as pessoas costumam sentir. A sensação deixa de ser assustadora e se torna apenas desconfortável e estranha (DE BAËRE, 2015, P. 6)

Na fase final do tratamento, o terapeuta pode ajudar a paciente a consolidar as habilidades aprendidas ao longo das sessões e desenvolver um plano de prevenção de recaídas para manter os ganhos obtidos após a conclusão do tratamento, treinar como agir diante de algumas situações temidas. Uma técnica que poderá ser utilizada nesse momento, é o ensaio cognitivo para imaginar situações temidas pela paciente e ela treinar como agir diante delas na vida real, tendo respostas mais assertivas.

O ensaio cognitivo é uma técnica de imagística desenvolvida para auxiliar os pacientes a experimentarem as situações temidas imaginando que elas estão ocorrendo naquele exato momento. No consultório ou como tarefa entre as sessões, os pacientes são solicitados a “vivenciar” a situação temida na imaginação e construir as melhores estratégias de enfrentamento para superá-la com sucesso. (KNAPP; BECK, 2008)

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS DO PSICÓLOGO

O caso clínico de Luísa descreve sintomas consistentes com o Transtorno do Pânico, conforme diagnosticado com base nos critérios do DSM-IV TR. Ela experimenta ataques de pânico recorrentes que ocorrem em diferentes contextos, esses ataques são acompanhados por sintomas físicos intensos, e a persistência dos mesmos, por mais de 8 meses, indica a presença de um transtorno.

Uma análise conceitual do caso revela que Luísa se sente fraca, impotente e vulnerável diante dos ataques de pânico, o que afeta negativamente sua vida profissional e pessoal. No entanto, ela possui características importantes para o tratamento, como motivação para buscar ajuda, suporte social e disposição para aderir ao tratamento proposto.

O tratamento recomendado é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A TCC é uma abordagem eficaz para o tratamento do Transtorno do Pânico e visa modificar os pensamentos disfuncionais e as crenças nucleares do paciente, visando reduzir os sintomas e permitir o retorno às atividades cotidianas.

No início do tratamento, é importante estabelecer um bom rapport com a paciente, fornecer informações sobre o transtorno e o tratamento, esclarecer dúvidas e estabelecer metas terapêuticas em conjunto. A psicoeducação desempenha um papel importante nessa fase, fornecendo informações sobre o transtorno e seu tratamento.

Ao longo das sessões, técnicas cognitivas e comportamentais específicas são aplicadas. Essas técnicas incluem identificar e desafiar pensamentos disfuncionais, identificar crenças nucleares, utilizar o registro de pensamentos disfuncionais (RPD), realizar a técnica da seta descendente para identificar as crenças centrais, aplicar o continuum cognitivo para reestruturar as crenças, e ensinar técnicas de relaxamento, como a respiração diafragmática e o relaxamento progressivo.

No estágio final do tratamento, é importante consolidar as habilidades adquiridas e desenvolver um plano de prevenção de recaídas. O ensaio cognitivo é uma técnica que pode ser utilizada para ajudar a paciente a imaginar situações temidas e praticar estratégias de enfrentamento eficazes.

Por fim nota-se que por meio da realização deste trabalho foi possível compreender de forma mais aprofundada o transtorno de pânico, sintomas e critérios para realização do diagnóstico, além da utilização de técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental como abordagem eficiente para o tratamento.

Além disso, ressaltou ainda mais a importância da formação do vínculo com o paciente e da utilização de técnicas comprovadas cientificamente, possibilitando um melhor percurso de tratamento e um melhor prognóstico para o paciente.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision**. Washington, DC, Associação Psiquiátrica Americana, 2022

Beck, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática 3. ed.** Artmed, 2022.

DE BAÈRE, Thais Delmonte. **Técnicas cognitivas-comportamentais para o tratamento do transtorno do pânico**. 2015.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 30, p. 554-564, 2008.

SEHNEM, Scheila Beatriz et al. **Psicoeducação enquanto técnica da teoria comportamental cognitiva**. Seminário de Iniciação Científica e Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão, 2016.

PEREIRA, Caio Coimbra Barato; SOARES, Tatiana de Abreu Braga; DONADON, Mariana Fortunata. **Mindfulness: uma ferramenta complementar na manutenção e remissão dos sintomas de transtorno de pânico**. Revista eixo , v. 9, n. 3, pág. 86-95, 2020.

4

TRANSTORNO OBSESSIVO- COMPULSIVO (TOC) E A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

► Anna Luiza dos Reis de Oliveira Mata
► Jéssica de Lourdes Louback
► Augusto Cesar Soares da Cunha

CASO CLÍNICO

Carlos, 18 anos, gênero masculino, hétero, solteiro, estudante de cursinho para vestibular em período matutino, família de classe média, mora com os pais e a irmã mais velha. Relata não ter boa relação com o pai (descrito como rígido, repressor, fechado e ausente) e a mãe (dita como crítica, pouco acolhedora ou afetuosa), sente não ter o apoio de sua família, sendo considerado por eles, “um jovem que só quer chamar atenção”, por isso Carlos procurou o atendimento sozinho. Trabalha meio período em uma loja de roupas masculinas e femininas onde gosta de ajudar os outros a escolher peças de roupa, além de um ótimo salário para continuar comprando seus produtos de beleza. Seu relacionamento com colegas e seu chefe é tido como satisfatório, e traz que seu círculo social é bem restrito, seus únicos amigos são dois colegas de trabalho e um aluno do cursinho, também informa estar conversando com uma garota amiga de sua irmã por quem sente um “crush” (termo popular que significa, estar gostando de alguém ou algo).

Carlos buscou ajuda pois se sente incomodado quanto a sua aparência, desde pequeno se sente inadequado, diferente e com auto estima baixa, ele pensa que seu corpo, face e roupas estão errados, com isso se arruma excessivamente, o que tem lhe causado problemas em outras áreas de sua vida, onde ele diz “*minha obsessão não me deixa focar em outras coisas que também são importantes*”. Tem manias relacionadas a vaidade, como gastar muito em cremes para o cabelo, e maquiagem para cobrir ou modificar o que considerava “imperfeições da face”, estar sempre se olhando no espelho, arrumando o cabelo ou a roupa, e incapacidade em focar no que há a sua volta por estar incessantemente preocupado com sua aparência física. O que ele deseja é ter foco para estudar e passar no vestibular da faculdade de moda, além de diminuir seu vício e obsessão na vaidade de forma que se torne um hábito saudável ao invés de prejudicial.

O jovem se esforça para esconder suas manias e obsessões dos amigos, mas recentemente elas têm sido mais intensas e seu medo é de que os amigos se afastem por o considerarem vaidoso demais, e relata que já fizeram piadas em relação a necessidade constante de se manter bem apresentado, dizendo coisas como *“você já tá lindo o suficiente, para com isso”* ou *“pra que se arrumar tanto? A única forma de ficar diferente é com plástica ou nascendo de novo”*. No cursinho ele se sente inquieto por não poder se ver no espelho, por isso senta perto da janela para conseguir ver seu reflexo e não consegue prestar atenção na aula, quando em casa passa a maior parte do tempo cuidando de seu corpo, diz que seus pais o criticam por ser tão vaidoso e gastar seu dinheiro com “coisas de mulher” como diversos produtos para o cabelo, maquiagens e uma quantidade exagerada de roupas. No trabalho seu chefe já reclamou diversas vezes sobre o tempo que ele leva no banheiro, chegando a fazer piadas sobre retirar o espelho de lá, também reclamou sobre as diversas roupas que ele separa para si, que nem sempre compra de imediato deixando na loja sem vender. Suas queixas são sobre não ter concentração para passar no vestibular e entrar na faculdade de moda, além do medo de perder seu emprego, de que sua vaidade esteja o prejudicando mais do que ele percebe, e em relação a sua vida amorosa teme nunca conseguir namorar por não ser bonito o suficiente.

DIAGNÓSTICO

Com o que foi descrito pelo jovem Carlos em seu caso sobre suas manias relacionadas com a vaidade as quais ele se esforça para esconder, descrevendo que sente inquieto no cursinho por não ter um espelho perto, no trabalho seu chefe já reclamou diversas vezes pelo tempo que ele fica no banheiro se olhando no espelho, e a grande quantidade de roupas que ele separa para si, e nem sempre compra de imediato deixando na loja sem vender, suas queixas são que sua vaidade esteja o prejudicando. Observando os comportamentos de Carlos relacionados as suas manias de vaidade extrema, como gastar muito em cremes para o cabelo e maquiagem para cobrir ou modificar o que considera “imperfeições da face”, estar sempre se olhando no espelho arrumando o cabelo ou a roupa, e não consegue focar no que há a sua volta por estar incessantemente preocupado em como está visualmente.

De acordo com as características dos comportamentos de Carlos, o seu diagnóstico se enquadra nos critérios do Transtorno obsessivo compulsivo (TOC), mais especificamente no Transtorno Dismórfico Corporal (F45.22), com insight ruim, que de acordo com o DSM V se caracteriza como a preocupação com falhas percebidas na aparência física que não são percebidas para outros, comportamentos repetitivos executados, como por exemplo arrumar-se excessivamente e verificar-se no espelho constantemente são comportamentos que o indivíduo realiza em algum momento durante o curso do transtorno. A forte preocupação com a aparência causa sofrimento clinicamente significativo, prejuízo no desempenho social, profissional e em outras áreas da vida.

“O Transtorno Dismórfico Corporal, a qual a pessoa excessivamente se preocupa com um ou mais defeitos ou falhas percebidas em sua aparência física, que acreditam parecer feia, sem atrativos, anormal ou deformada, tendo ideias e delírios, acreditando que outras pessoas prestam especial atenção ou caçoam devido sua aparência. O transtorno está associado a altos níveis de ansiedade, humor deprimido, neuroticismo e perfeccionismo”. Torres, A. R., Ferrão, Y. A., & Miguel, E. C.. (2005).

CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO

O paciente Carlos foi diagnosticado com transtorno dismórfico corporal com insight ruim, categoria que faz parte dos Transtornos Obsessivos-Compulsivos e Relacionados no DSM-V para classificação, sua obsessão é relacionada a vaidade excessiva. O paciente relata que desde pequeno se sente inadequado fisicamente tentando sempre se mostrar impecável quanto a sua imagem, pensa que seu corpo, face e roupas estão errados, por isso se arruma muito e vive preocupado sobre como está, sempre procurando espelhos e mexendo em seu cabelo e roupas para se “ajustar”. Sua queixa geral é que sua preocupação excessiva com a aparência esteja prejudicando várias áreas de sua vida. Carlos traz que quando criança sua mãe o arrumava mas sempre dizia que faltava algo para que estivesse perfeito, quando adolescente, recebia muitos comentários negativos de sua família sobre suas escolhas de roupa e etc, diz que sempre se sentiu “a ovelha má da família”. No histórico geral familiar não foi encontrado nada relevante para o caso. Carlos é ótimo em moda, em seu trabalho gosta de aconselhar e ajudar as pessoas a encontrar a melhor peça para si, além de achar as melhores combinações para manequins, e escolher as melhores peças para serem adquiridas.

O principal objetivo é ajudar Carlos a focar em seus estudos para o vestibular, e ajudá-lo a diminuir sua obsessão pela vaidade a um nível não prejudicial. Pensamento automático: Não estou apresentável o suficiente; Crença nuclear: Eu sou inadequado, meu corpo, face e roupas estão errados

PLANO DE TRATAMENTO

O tratamento do jovem Carlos, será realizado através de sessões com o profissional da psicologia utilizando abordagem da Terapia Cognitiva-comportamental (TCC), com o objetivo de reeducar seus comportamentos e pensamentos relacionados a sua aparência, visando melhorar sua concentração para as outras áreas de sua vida. Para TOC é recomendado um tratamento de 2 anos, sendo o primeiro ano com 48 sessões, e o segundo diminuindo gradativamente, a estimativa é de 15 sessões, totalizando 63 sessões em 2 anos que serão realizadas em média com 50 minutos, sendo que a primeira será realizada em 1 hora.

No primeiro momento das primeiras sessões o terapeuta se apresentará e logo em seguida irá trabalhar com os objetivos que a primeira sessão deve conter.

Os objetivos a serem trabalhados com o paciente nas primeiras sessões são: estabelecer o rapport e confiança; normalizar suas dificuldades e demonstrar esperança; familiarizar o paciente no tratamento, educando-o a respeito de seu transtorno, explicar sobre a técnica que será trabalhada no tratamento; coletar dados que irão ajudar a conceituar o paciente; desenvolver uma lista de objetivos e começar a resolver um problema importante para o paciente.

Para obter o maior desempenho nos resultados do tratamento do paciente, as sessões serão realizadas contendo início, meio e fim. No momento da parte inicial será definido a pauta, a definição é rápida e direta, fazer isso geralmente ajuda o paciente a reduzir a ansiedade, dar uma justificativa realizando uma verificação do humor, obtendo atualização desde a avaliação, discutir o diagnóstico do paciente e fazer uma psicoeducação. A parte intermediária será realizada a identificação do problema definindo os objetivos, tendo importância de educar o paciente sobre o modelo cognitivo e discutir sobre um problema. No momento

final da sessão, será apresentado ou solicitado um resumo, examinar o exercício de casa e por fim solicitar um feedback sobre a sessão.

Nas sessões iniciais o terapeuta estabelece o vínculo e a confiança entre o paciente, familiariza sobre a TCC a abordagem que será trabalhada, educa-o sobre o diagnóstico, informando sobre as características e os comportamentos que pode causar, coleta a história de vida (Anamnese), e define os objetivos desde o início do tratamento. Nas sessões do meio do tratamento o terapeuta deve checar o humor do paciente, atualizar sobre os problemas que estão prejudicando, construir uma agenda junto com o paciente que facilitará o tratamento, fazer um ponte com a sessão anterior, revisar o plano de ação para que o paciente não perca o foco, discute os tópicos da agenda, estabelecer um novo plano de ação e solicitar um feedback do paciente, através do feedback no final de cada sessão o terapeuta consegue avaliar a satisfação do paciente, pois ele nunca poderá sair pior do que o momento que ele chegou. Nas seções finais o terapeuta estimula o paciente a prosseguir o que vem sendo feito, trazendo resultados positivos estimulando e comparando os pontos de melhora, prevê dificuldades futuras, avalia o progresso elencando todas as mudanças, trabalha no processo de prevenção de recaídas espaçando as sessões fazendo com que o paciente comece a dar conta sem o terapeuta, trabalha sobre as emoções, pensamentos em relação a finalização do tratamento, e por fim discute sobre a importância do encerramento do vínculo.

TÉCNICAS E INTERVENÇÃO

Nas primeiras sessões será realizada a psicoeducação, para que o paciente esteja a par da terapia e de sua condição, em coletivo serão decididos os objetivos e a ordem que serão trabalhados. O objetivo principal é ajudá-lo a focar nos estudos, mas para isso será necessário modificar seus pensamentos automáticos de sempre pensar em sua aparência antes de tudo, as técnicas de Registro de Pensamento Disfuncional (RPD) e Continuum Cognitivo serão úteis para esse fim e serão utilizadas durante as primeiras sessões. Por haver um prazo a cumprir (até a época do vestibular) será necessário usar as técnicas cognitivas em conjunto com as técnicas comportamentais de Modelagem e Agenda de Atividades, a primeira para ajudar a tirar o foco de si e de comportamentos vaidosos, e a agenda de atividades para estimulá-lo a realizar os estudos dando a oportunidade de tarefas prazerosas serem incluídas (muitas vezes focamos tanto no que temos que fazer que esquecemos o que gostaríamos, tendo a oportunidade de visualizar sua rotina e misturar as obrigações com lazer, isso poderá o motivar ainda mais a estudar) porém as técnicas comportamentais só serão utilizadas após 2 sessões seguidas de êxito com as técnicas cognitivas. No meio do tratamento, com a relação entre paciente e terapeuta bem estabelecida, e o bom encaminhamento das outras técnicas, é viável utilizar a técnica de Experimento Comportamental para ajudar o paciente a se desvincular de sua crença sobre ser inadequado. Todo o tratamento deve ser realizado utilizando da descoberta guiada.

Técnicas: Psicoeducação; RPD (registro de pensamento disfuncional); Continuum Cognitivo; Experimento Comportamental; Agenda de atividades; Modelagem.

Das intervenções, será necessário modificar suas crenças nucleares e pensamentos automáticos logo no início do tratamento, auxiliar para uma melhora em sua relação familiar e seu ciclo social, possivelmente o impulsionando a criar novas relações, conseguir uma namorada (um de seus desejos com o tratamento), e entender como é o olhar de outros sobre si, realçar seus pontos fortes e o instigar a focar em outras áreas

de sua vida, e mais ao fim das sessões, após revisar todo o tratamento com Carlos, começar o processo de espaçamento e prevenção de recaídas, que ocorrerá de forma gradual à medida que o paciente se sentir confortável, lembrando que todo o processo será feito e decidido em um trabalho conjunto com o paciente, levando em conta seus desejos e disposição, bem como seu contexto. A vaidade em si não é prejudicial, porém a intensidade dela é o que causa sofrimento psíquico ao paciente, deve-se o ajudar a encontrar níveis mais saudáveis de vaidade.

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões ou compulsões.

“A obsessão pode ser definida como eventos mentais, como pensamentos, idéias, imagens e impulsos vivenciados como incômodos, as obsessões podem ser criadas a partir de qualquer substrato da mente, como palavras, medos, preocupações, imagens ou cenas. Compulsões são definidas como comportamentos ou atos mentais repetitivos, com intuito de diminuir o incômodo ou a ansiedade causados pelas obsessões.” Rosario-Campos MC do, Mercadante MT. Transtorno obsessivo-compulsivo. (2000).

Transtorno Dismórfico corporal está associado ao Transtorno Obsessivo Compulsivo, no qual o jovem Carlos citado no caso clínico foi diagnosticado. O Transtorno Dismórfico corporal é um transtorno mental que afeta a percepção que o indivíduo tem sobre si, a percepção distorcida pode vir do imaginário ou se basear em pequenas alterações da aparência.

A Partir desse caso clínico de Transtorno Dismórfico Corporal que está associado ao Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) foi possível obter muitos conhecimentos importantes sobre o transtorno, obtendo melhor uma percepção sobre o que é e como realmente os transtornos se manifestam e se comportam no paciente, e a grande importância do tratamento adequado para que o paciente trabalhe melhor com os comportamentos e pensamentos gerados pelo transtorno para ter uma vida sem tantos sofrimentos psicológicos.

REFERÊNCIAS

CLÍNICA PSICOLÓGICA ANA MARIA POPPOVIC. BOLETIM CLÍNICO - NÚMERO 18 - SETEMBRO/2004. Disponível em: https://www.pucsp.br/clinica/boletim-clinico/boletim_18/boletim_18_15.html. Acesso em: 28 mar. 2023.

LEAHY, Robert L.. Técnicas de terapia cognitiva: Manual do terapeuta. 2. ed. artmed, 2018. p. 39-140.

PSQUIATRIA, A. A. D. DSM-IV tr: MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO de transtornos mentais e desordem mental. 5. ed. Associação Psiquiátrica Americana, 2022. p. 48-426.

Rosario-Campos, M. C. do ., & Mercadante, M. T.. (2000). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 16–19. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600005>

Torres, A. R., Ferrão, Y. A., & Miguel, E. C.. (2005). Transtorno dismórfico corporal: uma expressão alternativa do transtorno obsessivo-compulsivo?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27(2), 95–96. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000200004>

WAINER PSICOLOGIA COGNITIVA. Principais Técnicas Cognitivas e Comportamentais. Disponível em: <https://www.wainerpsicologia.com.br/site/>. Acesso em: 24 abr. 2023.

5

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

► *Fabírcia Carla Araújo de Almeida*
 ► *Sônia Louback de Campos Silveira*
 ► *Augusto César Soares da Cunha*

1- INTRODUÇÃO

De acordo com o DSM-V TR (2022, p.1007), o Transtorno de Personalidade Borderline apresenta como característica essencial um padrão generalizado de instabilidade de relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, e marcada impulsividade, começando no início da vida adulta e presente em uma variedade de contextos.

É classificado como Transtorno de Personalidade do Tipo B, constituído por indivíduos de atitudes e comportamentos intensos, dramáticos, imprevisíveis e com grande carga de emoção.

Segundo Neufeld e Cavenage (2010) esses indivíduos sofrem e causam sofrimento, muitas vezes de um modo bastante doloroso e dramático, têm o transtorno da personalidade com maior frequência na prática clínica e com taxa mais elevada de suicídio consumado e tentativa de suicídio.

De acordo com o DSM-V TR (2022, p.1008) indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline, podem ter um padrão de prejudicar a si mesmos no momento em que um objetivo está prestes a ser alcançado.

Portanto, trata-se de um Transtorno de Personalidade complexo, que acarreta uma série de prejuízos para o indivíduo, sejam de ordem social, profissional, amorosa e de convívio de modo geral.

2- CASO CLÍNICO – HISTÓRICO DO PACIENTE

Maria, 22 anos, branca, brasileira, solteira, estudante do 4º Período de Direito no Centro Universitário UNIFACIG, à 2 anos. Maria tem histórico de relacionamentos interpessoais intensos, estáveis e muito conflituosos, que vão rapidamente do amor ao ódio. A jovem tem muita dificuldade de controlar suas emoções

e seus impulsos, muitas vezes experimentando sentimentos intensos e incontroláveis de raiva, tristeza intensa, ansiedade, e euforia exacerbada. Maria também luta para manter seu senso estável de identidade, sentindo-se frequentemente perdida, confusa sem saber qual é seu lugar no mundo e com uma sensação de um grande vazio e desejo de sumir.

Durante sua vida, mais precisamente após ingressar na vida adulta, tem experimentado muitas situações referentes à mudança intensa em seu humor. Em alguns momentos se sente muito feliz, animada e eufórica, com vontade fazer muitas coisas ao mesmo tempo e faz coisas exageradas como estourar o limite de seu cartão de crédito, mesmo sabendo que não tem como pagar. Em outros, querendo só ficar na cama, isolada em seu quarto, não quer fazer nada, achando tudo ruim e querendo só sumir da face da terra. Seus relacionamentos amorosos tem durado pouco tempo, sente tanto medo de ficar sozinha, que faz loucuras para manter o relacionamento, mesmo que esteja em um relacionamento abusivo, sobre seu último relacionamento, contou que era frequentemente agredida fisicamente pelo companheiro, mas preferia apanhar dele e viver cheia de hematomas do que terminar o relacionamento e depois ter que suportar a sensação de ficar sozinha. Em relação ao trabalho, passou por várias demissões nos últimos anos, mais precisamente 10 demissões nos últimos 2 anos devido a sua irritabilidade e inabilidade, contou que sua última demissão foi porque seu chefe pediu que fizesse novamente um serviço pois não havia atendido o padrão da empresa, ficou tão irritada que perdeu totalmente o controle e partiu pra cima dele de socos e chutes. Contou também que confusões e brigas são parte de sua rotina, pois vive explodindo com alguém e partindo para a briga. Também relatou que, não consegue sucesso em nada, pois quando está prestes a alcançar um objetivo coloca tudo a perder e só fracassa. E por fim, relatou que precisa se controlar financeiramente quando se sente eufórica, pois faz compras pessoais além de suas condições, estourando o cartão de crédito e comprando várias coisas que não precisa e que nem servem nela. Em relação ao tempo em que experimenta as alterações de humor, Maria contou ao psicólogo que geralmente dura apenas algumas horas e raramente mais do que alguns dias, depois experimenta uma sensação de melhora. Entretanto, volta a enfrentar outros episódio de crise, e faz estragos na própria vida, depois fica se considerando uma fracassada por não conseguir controlar suas atitudes e reações, se culpa por fazer tanta loucura e sente vontade enorme de morrer.

3- DIAGNÓSTICO DO CASO CONFORME DSM-V TR

Após análise dos relatos apresentados pela paciente e com base nas informações do DSM-V TR(2022), a paciente foi diagnosticada com Transtorno de Personalidade Borderline, que apresenta como característica essencial um padrão generalizado de instabilidade de relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, e marcada impulsividade que começa no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme sintomas da paciente detalhadas na tabela 1 – Critérios de Diagnóstico e Sintomas Relatados pela Paciente.

Tabela 1 – Critérios de Diagnóstico e Sintomas Relatados pela Paciente.

Critérios de Diagnóstico (DSM V- TR)	Sintomas Relatados pela Paciente
1-Esforços frenéticos para evitar abandono real ou imaginário.	Seus relacionamentos amorosos tem durado pouco tempo, sente tanto medo de ficar sozinha, que faz loucuras para manter o relacionamento, mesmo que esteja em um relacionamento abusivo, sobre seu último relacionamento, contou que era frequentemente agredida fisicamente pelo companheiro, mas preferia apanhar dele e viver cheia de hematomas do que terminar o relacionamento e depois ter que suportar a sensação de ficar sozinha.
2-Padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e valorização.	tem histórico de relacionamentos interpessoais intensos, estáveis e muito conflituosos que vão rapidamente do amor ao ódio.
3-Perturbação da identidade: auto-imagem ou sensação de auto-imagem marcada e persistentemente instável.	“luta para manter seu senso estável de identidade, sentindo-se frequentemente perdida, confusa sem saber qual é seu lugar no mundo e desejo de sumir.”
4-Impulsividade em pelo menos duas áreas que são potencialmente autodestrutivas(por exemplo gastos, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, compulsão alimentar)	“faz compras pessoais além de suas condições, estourando o cartão de crédito e comprando várias coisas que não precisa e que nem servem nela”
5-Comportamento suicida recorrente, gestos ou ameaças, ou comportamento de automutilação.	Desejo de sumir. Envolvimento em confusões e brigas. Vontade enorme de morrer.
6-Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade de humor (por exemplo, disforia episódica intensa, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e raramente mais do que alguns dias.	“Em alguns momentos se sente muito feliz, animada e eufórica, com vontade fazer muitas coisas ao mesmo tempo e faz coisas exageradas como estourar o limite de seu cartão de crédito, mesmo sabendo que não tem como pagar. Em outros, querendo só ficar na cama, isolada em seu quarto, não quer fazer nada, achando tudo ruim e querendo só sumir da face da terra”
7-Sentimentos crônicos de vazio.	“sensação de um grande vazio e desejo de sumir.”
8-Raiva inapropriada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (por exemplo, demonstrações frequentes de temperamento, raiva constante, brigas físicas recorrentes).	“muita dificuldade de controlar suas emoções e seus impulsos, muitas vezes experimentando sentimentos intensos e incontroláveis de raiva, tristeza intensa, ansiedade, e euforia exacerbada.”
9-Ideação paranóide transitória relacionada ao estresse ou sintomas dissociativos graves.	

Fontes: DSM-V TR (2022) e Relatos da Paciente

De acordo com o DSM-V TR (2022), o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline é definido após constatada a presença de cinco (ou mais) dos critérios diagnósticos apresentados acima. A paciente analisada apresentou oito desses critérios.

4- CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA DO CASO

Segundo Beck, (BECK, 2022) “A conceituação ou conceitualização cognitiva é o fundamento da Terapia Cognitivo Comportamental” e também explica que a conceitualização cognitiva do caso fornece uma estrutura para o tratamento, pois ajuda a:

- entender o cliente e conhecer seus pontos fortes e fracos, suas aspirações e seus desafios;
- reconhecer como o cliente desenvolveu um transtorno psicológico com pensamento disfuncional e comportamento mal-adaptativo;
- fortalecer a relação terapêutica;
- planejar o tratamento dentro e entre as sessões;
- escolher intervenções apropriadas e adaptar o tratamento quando necessário;
- superar pontos de bloqueio (BECK, 2022, p. 25).

Desse modo, a conceitualização cognitiva, funciona como um mapa, que possibilita seguir uma trajetória mais acertada e eficiente no curso do tratamento. Também auxilia a fortalecer a relação terapêutica, desenvolvendo a empatia e a confiança, essenciais para a realização de um bom trabalho.

Beck (2022) ressalta que “A terapia cognitivo-comportamental (TCC) efetiva requer que você avalie os clientes em profundidade para que possa formular o caso de maneira acurada, conceitualizar o cliente específico e planejar o tratamento”. (BECK, 2022, p. 71)

Sobre essa avaliação em profundidade Wrigt, Brown, Thase e Basco (2019) ressaltam que:

“A avaliação na TCC começa com os aspectos fundamentais utilizados em qualquer forma de psicoterapia: uma anamnese completa e um exame de estado mental. Deve-se estar atento aos sintomas atuais do paciente, as suas relações interpessoais, a sua base sociocultural e aos seus pontos fortes pessoais, além de levar em consideração o impacto da história de seu desenvolvimento, da genética, dos fatores biológicos e das doenças médicas. A avaliação detalhada das influências desses múltiplos domínios permitirá produzir uma formulação de caso multidimensional”. (WRIGT, BROWN, THASE E BASCO, 2019, pag. 33).

Partindo da avaliação e da escuta atenta do cliente, o terapeuta deverá planejar o tratamento incluindo o levantamento de hipóteses de trabalho, a orientação quanto à formulação do caso e os planos de tratamento.

Neufeld e Cavenage (2010) também ressaltam a importância de coletar o máximo de informações na etapa da avaliação:

“É importante que o terapeuta tenha coletado muitas informações sobre o cliente para ajudá-lo a identificar seus pensamentos, emoções e comportamentos em cada situação, e esteja munido do máximo de informações na sessão onde será dado início ao processo de construção colaborativa da conceitualização com o cliente”. (NEUFELD E CAVENAGE, 2010).

Beck ressalta que, a conceitualização começa no primeiro contato e é um processo contínuo, sempre sujeito a modificações quando novos dados forem revelados e hipóteses prévias forem confirmadas e rejeitadas (BECK, 2022, pag. 54).

Embora a conceitualização seja considerada a etapa entre o processo de recepção do paciente e sua escuta inicial e a aplicação do plano de tratamento, vai sendo ajustada ao longo do tratamento à medida que vão surgindo novas informações do cliente.

Para a contextualização deste caso, foram observados os pontos abaixo:

Avaliação	
Diagnóstico:	Diagnóstico: Transtorno de Personalidade Limítrofe ou Borderline
Formulação do caso - Conceituação Cognitiva Inicial	Pensamentos automáticos: não consigo controlar minhas atitudes; Crença Intermediária: “Eu sou uma fracassada”. Crença Nuclear: Sentimentos de Desamparo (fracasso).
Definição do número de sessões);	1 sessão semanal (mínimo de 20 sessões nos primeiros 5 meses).
Encaminhamentos	Encaminhamento para Médico Psiquiatra - para prescrição medicamentosa
Levantamento e identificação dos problemas importantes e definição de objetivos iniciais.	Iniciar o processo trabalhando as questões que mais afligem o paciente para possibilitar alívio.

Fonte: Relatos da paciente

Com base nessa conceitualização do caso, buscou-se desenvolver um caminho importante para construir um processo terapêutico sólido, pautado em evidências e fundamentação teórica. Desse modo, pôde-se obter um entendimento profundo da história de vida da paciente, como forma de conduzir o sucesso da terapia, uma vez que possibilitou ao terapeuta o entendimento dos pensamentos disfuncionais da paciente, como e quando eles surgiam, bem como as emoções que o acompanham e que se evidenciavam nos comportamentos problemáticos relatados pela paciente. Dessa forma, por meio da conceitualização cognitiva do cliente, foi organizada uma lista de objetivos e toda a trajetória do tratamento foi traçada e ajustada.

A lista de objetivos criada juntamente com a paciente apresenta os seguintes objetivos:

- Controlar melhor os comportamentos impulsivos;
- Superar a insegurança e instabilidade interpessoais,
- Envolver-se menos em confusões e brigas;
- Melhorar os relacionamentos interpessoais.

Após a criação da lista de objetivos que teve como principal foco a melhoria nos relacionamentos, buscou-se analisar juntamente com a paciente suas crenças e como elas influenciavam seus comportamentos e suas interações com outras pessoas e partindo dessa análise, construir um Plano de ação, para alcançar os objetivos traçados. Partindo da identificação dos pensamentos e das crenças relativos aos problemas de relacionamento, foram selecionadas várias técnicas visando uma reestruturação cognitiva.

Rodrigues (2016) enfatiza a importância da reestruturação cognitiva para o progresso do tratamento:

“A reestruturação cognitiva consiste em modificar os pensamentos automáticos e as crenças disfuncionais envolvidos nos problemas do cliente. No processo, as distorções da realidade são também identificadas e diretamente trabalhadas. A avaliação crítica do pensamento automático e a sua substituição por pensamentos mais realistas produzem progresso clínico”. (RODRIGUES, 2016).

5- PLANO DE TRATAMENTO

Mediante a conceituação cognitiva, a Psicoterapia será realizada com base na TCC – Terapia Cognitivo Comportamental.

Segundo Beck (2022) Aaron Beck desenvolveu uma forma de psicoterapia nas décadas de 1961 e 1970, a qual denominou originalmente ‘terapia cognitiva’, um termo que muitas vezes é usado como sinônimo de “Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)” (BECK, 2022, pag. 2).

Essa psicoterapia, foi desenvolvida por Aaron T. Beck, como uma Psicoterapia Breve, estruturada, orientada ao presente, voltada para resolver problemas atuais e modificar pensamentos e comportamentos.

Trata-se de uma abordagem psicoterápica com bases científicas apoiada por evidências empíricas substanciais. De acordo com Beck (2022, pag. 5):

“A TCC tem sido amplamente testada desde que foram publicados os primeiros estudos científicos em 1977 (Rush et al., 1977). Até o momento, mais de 2.000 estudos científicos demonstraram a eficácia da TCC para uma ampla gama de transtornos psiquiátricos, problemas psicológicos, e problemas médicos com componentes psicológicos”. (BECK, 2022, pag. 5).

Além disso, a TCC tem sido a abordagem psicoterápica amplamente utilizada, em diversos casos, devido à sua abrangência.

Segundo Beck (2022, pag. 4) “A TCC tem sido adaptada a clientes com diferentes níveis de educação e renda, bem como a uma variedade de culturas e idades, desde crianças pequenas até adultos com idade mais avançada.”

Baseado em uma conceituação, ou compreensão, de cada paciente/cliente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – como forma de produzir uma mudança comportamental duradoura.

De acordo com Beck (2022), na TCC o terapeuta busca, de uma variedade de formas, produzir a mudança cognitiva – mudanças no pensamento e no sistema de crenças do paciente, visando promover a mudança emocional e comportamental duradoura.

Dessa forma, a TCC possibilitará a psicoeducação do paciente para que o mesmo participe ativamente do tratamento, aprendendo aos poucos a lidar com suas questões.

6- TÉCNICAS E INTERVENÇÃO

A Terapia Cognitiva Comportamental - TCC trabalha com uma diferentes Técnicas voltadas para o aprendizado de habilidades para lidar com os pensamentos disfuncionais e controlar as emoções.

Para Conceição e Bueno (2020) o papel do psicólogo é ajudar o cliente a reconhecer seus pensamentos e a modifica-los, examinando até que ponto eles são reais e a partir daí observar e analisar todas as evidências que contradizem esses pensamentos.

Desse modo, o terapeuta cognitivo-comportamental, deve estimular o paciente a avaliar seus pensamentos de modo realista.

Nesse sentido, Conceição e Bueno destacam a importância de utilizar técnicas em Psicoterapia, ressaltando que, tais técnicas ativam novas experiências e sentimentos, e fazem com que o cliente possa confrontar a realidade com os novos pensamentos e comportamentos e constatar a importância de uma resposta racional.

De acordo com Beck, (2022) a TCC utiliza técnicas variadas:

“Existe uma grande variedade de técnicas usadas na TCC. Algumas se aplicam a todas as condições; algumas são específicas para um transtorno em particular. Muitas são adaptadas a outras modalidades. Essas Técnicas podem influenciar o pensamento, o comportamento e/ou a excitação fisiológica dos clientes, além do seu humor.” (BECK, 2022, pag.336).

Diante disso, para aplicação no caso analisado, foram selecionadas as seguintes técnicas:

Psicoeducação: como o próprio nome diz, a técnica consiste na educação do paciente sobre o seu transtorno psíquico. Pode ser realizada utilizando-se material informativo ao paciente e seus familiares ressaltando os sintomas, causas e tratamento. É interessante incluir a família nesse processo. No caso apresentado, a Psicoeducação também irá orientar a paciente a respeito das consequências dos comportamentos e como estes repercutem em sua vida e na dos outros, mostrando a importância de mudar os comportamentos para melhorar os relacionamentos (CONCEIÇÃO, 2020).

Questionamento Socrático ou Descoberta Guiada: Por intermédio de perguntas abertas, o terapeuta vai orientando o paciente de forma que ele entenda seus próprios problemas, explore possíveis soluções e desenvolva um plano para lidar com as dificuldades; seu objetivo é a avaliação independente e racional dos problemas e de suas soluções. No caso apresentado, irá ajudar a paciente a reconhecer e modificar o pensamento desadaptativo, entender melhor suas questões e encontrar soluções para lidar melhor com as situações. (CONCEIÇÃO, 2020).

Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD): permite reconhecer os pensamentos disfuncionais que despertam as alterações de humor e os comportamentos do paciente. Por meio da RPD o paciente evidencia seus pensamentos automáticos e crenças nucleares negativas, possibilitando a reestruturação do pensamento. No caso apresentado, possibilitará que a paciente consiga identificar e analisar, de modo consciente, seus pensamentos, emoções e comportamentos conflituosos, buscando respostas adaptativas para suas cognições negativas e desse modo aprender a lidar com seus conflitos (CONCEIÇÃO, 2020).

Exercícios de casa/Plano de ação: Tudo que for necessário e fundamental deve ser registrado pelo paciente como tarefa. A anotação permite que o paciente em casa consiga examinar a situação. No apresentado será muito importante para reforçar as questões abordadas durante as sessões de terapia e manter a paciente ativa e focada no tratamento. (CONCEIÇÃO, 2020).

Automonitoramento/Autorregulação: essa técnica também conhecida como CHECKLIST ajuda o sujeito a perceber suas próprias ações e o efeito causado por elas compreendendo a necessidade de mudança de pensamentos e comportamentos. No caso dessa paciente, ajudará a mapear pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais, além de monitorar as situações que podem desencadear as alterações de humor, possibilitando que ela aprenda a lidar com as situações. (CONCEIÇÃO, 2020).

Gráfico de Humor: o paciente é convidado a montar um gráfico que tem como objetivo monitorar os sintomas, identificando o seu início, uma vez que assim, ainda é possível seu controle. No caso apresenta-

do, ajudará a paciente perceber suas mudanças de humor e se autorregular para evitar explosões de raiva. (BECK, 2022).

Técnica do Espelho: Também conhecida como “terapia do espelho”, essa técnica, visa melhorar a autoestima e promover o autoconhecimento. Consiste em pronunciar para si mesmo frases de autoafirmação, olhando-se no espelho. Sua prática contínua ajudará a paciente a fortalecer sua autoestima e melhorar sua segurança pessoal e emocional. (CONCEIÇÃO, 2020).

Cartões de Enfrentamento: consiste no uso de cartões com frases motivacionais e realistas para ajudar a pessoas a manter o foco ou ver as coisas de uma forma menos negativa, nos momentos de crise. No caso dessa paciente, ajudará a lembrar o que foi discutido e refletido durante as sessões, reduzirá os pensamentos disfuncionais e ajudará a paciente ter forças para passar por situações desafiadoras. (CONCEIÇÃO, 2020).

Prevenção de Recaídas: consiste em promover alterações na maneira como o paciente vive, com intuito de diminuir risco de novos episódios. Será importante que a paciente, através da Psicoeducação aprenda a lidar com suas próprias questões, praticar a autoterapia e prevenir recaídas. (WRIGHT, BROWN, THASE E BASCO, 2019).

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS DO PSICÓLOGO

As considerações clínicas do psicólogo em relação ao Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) envolvem uma abordagem terapêutica específica para lidar com os desafios a este transtorno. Aqui estão alguns pontos importantes a serem considerados:

Estabelecer uma relação terapêutica: O psicólogo deve criar um ambiente seguro e empático para o paciente com TPB, estabelecendo uma relação terapêutica de confiança. Isso é fundamental para que o paciente se sinta confortável em explorar suas emoções e comportamentos disfuncionais.

Gerenciamento de crises: Pacientes com TPB podem apresentar crises emocionais intensas, o psicólogo precisa estar preparado para lidar com essas situações, desenvolvendo um plano de segurança e procedimentos ajustados para ajudar o paciente, relevante pontuar sobre a importancia de psicoeducar o paciente quanto ao seu diagnostico pois faz aumentar as chances desse paciente/cliente aderir ao tratamento.

O intuito da proposta de intervenção, baseada na aplicação da Psicoterapia Cognitivo Comportamental no Transtorno de Personalidade Borderline, é que a paciente envolva-se em seu tratamento e que através de sua participação ativa ocorra a remissão dos sintomas.

A psicoterapia vai promover a psicoeducação e o autoconhecimento para que a paciente/cliente entenda o transtorno e se compreenda melhor, vai auxiliar no desenvolvimento de habilidades socioemocionais, isso envolve o reconhecimento e compreensão das próprias emoções, gerenciar melhor essas emoções e sentimentos, entender o sentimento do outro, compreender o ponto de vista e comportamento do outro, melhorando assim as relações sociais.

A psicoterapia também visa o reconhecimento de possíveis crenças e pensamentos distorcidos, ou seja, quando a pessoa interpreta a si mesma, os outros e os acontecimentos da vida de uma forma distorcida e equivocada e muitas das vezes dando um peso desproporcional a uma situação.

A psicoterapia também incentiva a pessoa a manter um estilo de vida saudável, cuidar da alimentação, do sono, praticar atividades físicas e evitar o uso de álcool e outras drogas.

Unindo todos estes fatores envolvidos na psicoterapia a pessoa passa a desenvolver um senso mais realista tanto de si mesma, quanto das outras pessoas e vai desenvolver habilidades para solução de problemas, para lidar de forma mais assertiva com os contratempos da vida.

Desenvolver esse trabalho sobre o Transtorno de Personalidade Borderline, envolveu uma pesquisa aprofundada sobre o tema, incluindo revisão da literatura científica e estudos relevantes. Foi possível atentar para a importância de compreender os critérios diagnósticos, sintomas e características do transtorno, bem como as teorias e modelos explicativos subjacentes. Como foi aplicada abordagem da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi possível constatar que a mesma está entre as abordagens terapêuticas mais estudadas e eficazes no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline. Tivemos a oportunidade de explorar as principais características da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (TCC), como a identificação e modificação de pensamentos disfuncionais, o desenvolvimento de habilidades de regulação emocional e o trabalho com crenças e esquemas disfuncionais.

Compreender como essas técnicas são aplicadas no contexto do Transtorno de Personalidade Borderline é fundamental para o nosso processo de aprendizado enquanto acadêmicas.

É válido, ressaltar que um trabalho sobre o Transtorno de Personalidade Borderline e a aplicação da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental pode contribuir para uma melhor compreensão do transtorno e para a disseminação de conhecimentos que possam beneficiar profissionais e alunos da área da saúde mental, bem como familiares e pacientes que enfrentam essa condição.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, Judith S. **Terapia Cognitiva**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 1997.

CONCEIÇÃO, Jaqueline; BUENO, Gabriela. **101 Técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental**. Ed. Unc, 2020.

FINKLER, Débora Cassiane; SCHAFER, Julia Luiza; WESNER, Ana Cristina. **Transtorno de personalidade Borderline: Estudos brasileiros e considerações sobre: DBT**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva; Volume XIX no 3, 274-292 (2017).

RODRIGUES, Olivia da cunha; VANDENBERGHE, Luc. **O relacionamento terapeuta-cliente e o Transtorno de personalidade Borderline**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva; Volume XVIII no 1, 45-58 Curitiba (2016).

WRIGHT, JESSE H.; BASCO, MONICA R.; THASE, MICHAEL E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LINEHAN, Marsha M. **Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline**; Porto Alegre :Artmed, 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**– Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 2010 volume 6 nº2

6

BULIMIA NERVOSA E A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

► *Vitória Moraes Vieira*
► *Yzadora Barbosa da Silva*
► *Augusto Cesar Soares da Cunha*

CASO CLÍNICO

Melissa, 19 anos de idade, com queixa de pirose e fraqueza há 2 semanas. Relata que nunca gostou do corpo que apresentava, sentindo vergonha. Isso se intensificou devido as piadas e comentários se tratando de sua aparência física, principalmente pelos familiares e amigos, mas que só querem o bem dela, como eles dizem.

Aos 17 anos, iniciou com alimentação hipercalórica e hiponutritiva (doces, massas, açúcares, refrigerantes) em grandes quantidades e, ao sentir-se incomodada devido raciocinar que iria ganhar peso (massa gorda), recorria vômitos induzidos por toques na laringe, e relata que se sentia bem.

Após alguns meses, notou que poderia utilizar de tal medida para não engordar e, então, induzia vômitos, relatou que esses episódio ocorriam em média 5 episódios semanais, esses episódios aconteciam nos dias de semana, que seria quando a jovem ficava sozinha em casa.

Ela sentia um descontrole em relação ao que comia, não conseguindo parar de comer até ficar dolorosamente cheia. Após esses episódios, Melissa se sente incapaz e deprimida, por não conseguir controlar sua alimentação e com medo do ganho de peso, sendo assim, ao induzir vômitos, com isso ela alega sentir uma sensação de prazer corporal.

DIAGNÓSTICO

F50.2 – BULIMIA NERVOSA

Silva et al (2015) define tal transtorno como:

Nessa psicopatologia há intensa compulsão alimentar, além de preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), levando os pacientes a utilizarem métodos compensatórios inapropriados para alcançar o corpo idealizado. Tais pacientes costumam julgar-se baseando-se quase exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitos. (SILVA et al 2015)

O DSM V TR (2022) define os critérios para o diagnóstico de Bulimia nervosa segundo o quadro abaixo:

QUADRO RETIRADO DO DSM V TR

CRITÉRIO A	1 -Episódios recorrentes de compulsão alimentar
	2- Uma sensação de falta de controle sobre a alimentação durante o episódio (por exemplo, uma sensação de que não se pode parar de comer ou controlar o que ou quanto se está comendo).
CRITÉRIO B	Comportamentos compensatórios inadequados recorrentes para evitar ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício excessivo.
CRITÉRIO C	A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana durante 3 meses.
CRITÉRIO D	A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporal.
CRITÉRIO E	A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Com base do exposto, a jovem Melissa se encaixa no Critério A, isso devido seus episódios recorrentes de descontrole sobre sua alimentação, após ingerir alimentos até se sentir doloridamente cheia, a paciente tem comportamentos compensatórios inadequados, sendo o vomito induzido e o uso de laxantes para a sensação de prazer corporal (Critério B), esses comportamentos acontecem em média quatro vezes na semana, isso durante dois anos (Critério C). Melissa relata se sentir feia e muito gorda, evitando sair de casa com vergonha de seu corpo (critério D) a perturbação ocorre sempre que come compulsivamente e se arrepende e então realiza os comportamentos compensatórios inadequados para não engordar (critério E)

O DSM V TR (2022) dispõe também sobre a gravidade do transtorno, conforme a tabela abaixo:

QUADRO RETIRADO DO DSM 5 TR

LEVE	Uma média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana
MODERADO	Uma média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.
GRAVE	Uma média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.
EXTREMO	Uma média de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.

Sendo assim, de acordo com o relato da paciente, em que diz que os episódios ocorrem em média 4 vezes na semana, a gravidade é considerada moderada.

O DSM V TR (2022) ressalta que:

“Indivíduos com bulimia nervosa geralmente têm vergonha de seus problemas alimentares e tentam esconder seus sintomas. A compulsão alimentar geralmente ocorre em segredo ou tão discretamente quanto possível. A compulsão alimentar muitas vezes continua até que o indivíduo esteja desconfortavelmente, ou mesmo dolorosamente, cheio. O antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo.” (DSM V TR)

Considerando o exposto, Melissa relata que só come compulsivamente quando está sem ninguém por perto, sentindo um grande descontrole sob a comida nesses momentos, isso causando grande sentimento de incapacidade.

CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA DO CASO

A paciente Melissa foi diagnosticada com Bulimia nervosa moderada, segundo o DSM V TR. Relata que sofre inúmeras piadas por sua forma física, sendo por seus familiares e seus amigos, os mesmos sempre alegavam que era brincadeira. Mas durante episódios de compulsão alimentar, a jovem encontrou nos vômitos uma forma preventiva ao ganho de peso, para ela poderia comer o quanto tivesse vontade e eliminaria essa comida dessa formas. Ao se olhar no espelho, apresenta grande insatisfação com sua forma física e diz ter vergonha do próprio corpo.

A cerca disso, Atílio et al (2022) diz que:

(...) o modo como pensamos influencia diretamente nossos sentimentos, comportamos e reações físicas, essa pessoa, que supervaloriza a magreza, vai entender que o pensamento de que “engordar é algo muito ruim”, produz os sentimentos de tristeza e culpa quando come algo que considera excessivo e como consequência ocorre a busca por alívio e então a utilização de alguns comportamentos compensatórios para perder peso (CARVALHO et al., 2019 apud ATTÍLIO et al 2022)

Sua queixa geral é sua vontade incontrolável de ingerir comida, isso em uma proporção maior do que uma pessoa normalmente comeria, fazendo com que ela ganhe peso e se sinta feia. Melissa diz que quando criança, suas irmãs sempre foram mais magras que ela, e a colocavam apelidos por isso, assim, ela se sempre sentiu como se não se encaixasse dentro de sua própria família.

Melissa gosta de sair com as amigas, ir para festas e eventos, mas o incomodo com sua aparência fez com que ela não quisesse mais sair e se sentisse mal com todas suas roupas.

Ela também é uma ótimo jogadora de vôlei, mas em decorrência de seu aumento de peso, sente vergonha em estar inserida nesse contexto.

O principal objetivo é ajudar Melissa a controlar sua alimentação, para assim evitar os comportamentos compensatórios, aliviando o sofrimento da paciente. PA: Estou muito gorda e nunca vou ter um corpo padrão. CN: Sou inadequada pelo meu peso, ninguém nunca vai gostar de mim.

TRÍADE COGNITIVA

VISÃO DE SI	Gorda e fracassada
VISÃO DO MUNDO	Não quero sair, as pessoas são maldosas e vão rir do meu peso
VISÃO DO FUTURO	Nunca vou ter o corpo que eu sonho

Os objetivos do tratamento são:

1. Reduzir a compulsão alimentar
2. Eliminar os comportamentos compensatórios inadequados
3. Conseguir se sentir bem com seu próprio corpo
4. Voltar a fazer seus hobbies

PLANO DE TRATAMENTO

O tratamento de Melissa será realizado com um Psicólogo da abordagem Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) que é reconhecida como uma das psicoterapias mais eficientes no tratamento dos transtornos alimentares, sendo considerada o padrão-ouro de tratamento da bulimia nervosa (SILVA et al 2015). Objetivando-se no controle na ingestão de alimentos e também nas estratégias de compensação inadequadas em que a mesma realiza para evitar o ganho de peso.

Serão realizadas 20 sessões com em média 45 min cada uma, sendo que a primeira a duração será de 1h. O plano de tratamento é traçado seguindo a conceitualização cognitiva.

O tratamento dentro da terapia cognitivo comportamental é dividido em início, meio e fim. Sendo assim, nas sessões iniciais, foi trabalhado com a jovem o fortalecimento de vínculos, que Mattos et al (2022) define como:

(...) uma relação formada entre o psicólogo e o cliente durante o processo de tratamento, essencial para desenvolver um plano de tratamento colaborativo, como também se refere aos sentimentos e atitudes do psicólogo e do cliente um para com o outro, e a maneira como são expressos.

Beck (2022) destaca que na primeira sessão é necessário dizer ao cliente que o tratamento será colaborativo, deverá expor a ele o processo do tratamento, a forma que as sessões serão estruturadas e o plano de tratamento (psicoeducação), solicitando feedback do mesmo acerca do exposto.

Beck (2022) também traça a estrutura da primeira sessão de terapia, é dividida em parte inicial, parte intermediária e parte final. Sendo que a parte inicial contém a verificação de humor, a definição de pauta, a solicitação de uma atualização e revisão do plano de ação e a discussão do diagnóstico com o cliente. Na parte intermediária seria a identificação de aspirações, valores e objetivos, a programação de atividades e colaborativamente definir um novo plano de ação e verificar a probabilidade do cliente executá-lo. No final da primeira sessão é para apresentar um resumo, verificar o quanto é provável que o cliente coloque o novo plano de ação em prática e obtenção do feedback.

Importante ressaltar que os objetivos são traçados colaborativamente com o cliente e registrados.

Dentro das sessões intermediárias é feita a checagem de humor, a atualização dos problemas, a construção da agenda, que nesse momento vai para a mão do cliente, faz ponte com a sessão anterior, revisa o

plano de ação, para com isso evidenciar para o paciente que suas questões são importantes; é discutido os tópicos da agenda; estabelece um novo plano de ação e sempre ao fim das sessões, solicita um feedback.

Nas sessões finais, o terapeuta estimula o paciente a prosseguir com o que tem trazido resultados positivos; faz a comparação dos pontos de melhora; prevê dificuldades futuras; avalia o progresso; processo de prevenção de recaídas (espaçando as sessões, para que o cliente seja seu próprio terapeuta); trabalha as emoções, pensamentos a cerca da finalização do tratamento e discute sobre o encerramento de vínculos.

TECNICAS E INTERVENÇÃO

As técnicas utilizadas no tratamento da bulimia nervosa (BN) objetivam a normalização do padrão alimentar e o desenvolvimento de estratégias para controle de episódios de compulsão alimentar e dos comportamentos compensatórios. (DUCHESNE e ALMEIDA 2002) tem como base, principalmente, técnicas para a redução da ansiedade, auto verificação dos comportamentos, visando o auto manejo, e a modificação de cognições disfuncionais. (ATTÍLIO et al 2022)

Segundo Wright et al (2019) o modelo da TCC acerca do tratamento de transtornos alimentares se fundamenta em crenças disfuncionais sobre a magreza norteiam o comportamento de comer mais do que o normal e a purgação em função de não ganhar peso.

Sendo assim, no caso de Melissa, a primeira técnica a ser utilizada é a psicoeducação, a qual deve estar presente no tratamento do começo ao fim, que Figueredo et al (2009) cita como:

A psicoeducação consiste em uma intervenção que se caracteriza por informar ao paciente dados sobre o seu diagnóstico. Estas informações abrangem a etiologia, o funcionamento, o tratamento mais indicado e o prognóstico, entre outras (COLOM & VIETA, 2004 apud FIGUEREDO et al 2009).

Dentro da demanda apresentada, explicar para a paciente sobre o seu diagnóstico, falando sobre a Bulimia Nervosa, sobre a como funciona a Terapia Cognitivo Comportamental e como será o tratamento, explicando sempre o que está sendo feito e justificando.

A abordagem da TCC é necessariamente multimodal e inclui aconselhamento nutricional, além da psicoeducação, auto monitoração e intervenções cognitivas e comportamentais. Em geral, é uma boa ideia trabalhar com um nutricionista experiente. (WRIGHT et al 2019). Dentro disso, o autor ainda diz sobre o objetivo inicial do tratamento, o qual seria determinar, de forma conjunta com o paciente um peso que deseja atingir e também traçar, considerando a realidade de Melissa, um plano alimentar adequado. Para isso, é necessário que seja traçada uma meta realista e um método para que o seu peso possa ser monitorado.

A cerca disso, a jovem pesando 80 kg, traçou o objetivo de chegar aos 70kg, e o plano de alimentação que seriam três refeições regulares e pelo menos dois lanches, dividindo assim as calorias para a maior saciedade. (Wright et al 2019) Também evidenciado para Melissa fatos sobre a inutilidade das estratégias comuns para a perda de peso, como a indução de vômito após se alimentar e o uso de laxantes, é um aspecto de grande importância dentro da psicoeducação.

A partir do citado por Wright et al (2019), a auto monitoração no começo, necessita do acompanhamento dos horários das refeições, como também o comportamento alimentar problemático e os sinais e gatilhos.

No decorrer da terapia será desenvolvido o plano regular de alimentação propondo horários regulares

para serem cumpridos (Agenda de atividades), ensinando estratégias de controle dos episódios de compulsão alimentar (esquivar dos episódios, estabelecer metas, exercícios de respiração para auto controle). Trabalhar com a paciente a eliminação de métodos compensatórios inadequados através da modificação dos pensamentos e crenças disfuncionais associados a aparência, peso e alimentação.

Por meio da descoberta guiada, através de questionamentos simples, o terapeuta orienta Melissa para que ela entenda seus próprios problemas. Segundo Santos e Medeiros (2017) a referida técnica questiona através de perguntas indutivas revelar pensamentos e comportamentos disfuncionais do paciente. Os autores ressaltam que:

O objetivo é trazer informações a consciência do paciente, relacionando o pensamento automático com suas consequentes emoções e comportamentos. Assim, perguntas simples como “o que poderia acontecer então?”, e “e, então?” Proporcionam a condução do processo por parte do terapeuta, de modo que o paciente evoque e identifique os pensamentos disfuncionais, os pressupostos e esquemas, propiciando desta forma a descoberta dos significados idiossincráticos que o mesmo concede em cada situação. (SANTOS e MEDEIROS 2017)

A descatastrofização, é uma estratégia que ajuda os pacientes a testarem a realidade de seus pensamentos. (SAVOIA, 2004 apud CANALS et al 2009). Dentro desse processo é questionado sobre as interpretações em que as pessoas fazem sobre determinados acontecimentos, para verificar se não se fato realistas. Já que nossa mente, em determinadas situação torna os problemas muito maiores do que realmente são e os colocam no pior cenário possível. Nessa técnica, ao se identificar pensamentos disfuncionais e exagerados é necessário desafiar e substituir esses, os trazendo para a realidade. Questionado com Melissa qual seria a probabilidade de que as pessoas não gostem dela a partir de seu peso, e quais são as evidências que sustentam esse argumento. Sendo que seria trabalhado com ela também sobre o que de pior poderia acontecer se ela voltasse a sair com as amigas e usar suas roupas preferidas.

Os cartões de enfrentamento, essa técnica consiste em a paciente em questão, escrever em um cartão o que foi trabalhado na sessão para se recordar e colocar em prática durante a sessão. Dentro dessa técnica, serão identificados gatilhos os quais resultam na compulsão alimentar e as estratégias de compensação inadequadas (situações estressantes, emoções intensas, alguns alimentos) e serão criados cartões que contém estratégias específicas para lidar com cada um desses.

Caminhando para o fim do tratamento será treinado e avaliado a capacidade de resolução de problemas, as habilidades sociais que a paciente terá desenvolvido ao longo do processo de terapia e também sobre a meta estabelecida de peso.

Por fim, com resultados positivos, é elaborado um plano de prevenção a recaídas, fazendo espaçamento entre as sessões, transferindo de uma vez na semana, para 15 em 15 dias, após somente uma sessão mensal e uma sessão anual, e também o plano de alta da paciente.

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS DO PSICÓLOGO

O transtorno Bulimia Nervosa é caracterizado como a falta de controle na hora de se alimentar, comendo muito mais do que uma pessoa normalmente comeria, e logo após a ingestão dessa grande quantidade de comida, o indivíduo se arrepende e realiza comportamentos compensatórios inadequados para evitar o

ganho de peso, visto que, essas pessoas geralmente estão com o peso corporal normal ou com sobrepeso. Dentro do caso citado, a TCC é um dos principais métodos de tratamento para os transtornos alimentares (WRIGHT 2019).

Sendo assim, foi possível conhecer mais a fundo o transtorno de Bulimia Nervosa (BN) e os critérios diagnósticos, também compreender a gravidade desse transtorno alimentar, que muitas vezes é banalizado e as possibilidades de tratamento a cerca disso. Compreendendo a importância do tratamento adequado para o citado transtorno e do comprometimento do terapeuta e paciente para a eficácia do tratamento. Dentro do referido caso, é importante também o trabalho conjunto com um nutricionista para estabelecimento de um plano alimentar para o controle de sua alimentação, para além de trabalhar as crenças irracionais, também auxiliar na sua auto estima e bem estar de Melissa.

REFERÊNCIAS

ATTÍLIO, Bárbara; BADARÓ, Auxiliatrice. Tratamento para quadros de bulimia nervosa: uma discussão comparativa entre a terapia cognitivo comportamental beckiana e a terapia do esquema. **CADERNOS DE PSICOLOGIA**, v. 3, n. 6, 2022. Disponível em: < <http://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/3195/2195> >

BOHM, Carlos Henrique; GIMENES, L. S. Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental. **Revista psicolog**, v. 1, n. 1, p. 89-101, 2008.

COSTA, Thalles Ferreira; RODRIGUES, Simone Alves Pereira; VIDOTTI, Marcia Zucchi. Bulimia nervosa: relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 9, n. 4, 2020. Disponível em: < <https://archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/4747/pdf> >

DE AVILA CANALS, Aneron et al. Terapia Cognitivo-Comportamental nos transtornos alimentares: uma abordagem familiar para intervenção em crise. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 1, n. 1, p. 56-71, 2009. Disponível em: < [file:///D:/Nova%20pasta%20\(3\)/Dialnet-TerapiaCognitivoComportamentalNosTranstornosAlimen-5154992%20\(1\).pdf](file:///D:/Nova%20pasta%20(3)/Dialnet-TerapiaCognitivoComportamentalNosTranstornosAlimen-5154992%20(1).pdf) >

Figueiredo, Ângela L. de, de Souza, L., Dell'Áglio Jr., J. C., & Argimon, I. I. de L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 11(1), 15–24. Disponível em: < <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v11i1.412> >

PSIQUIATRIA, A. A. D. DSM-IV tr: MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO de transtornos mentais e desordem mental. 5. ed. Associação Psiquiátrica Americana, 2022. p. 48-426.

SILVA, Tatiana A. et al. As terapias cognitivo-comportamentais no tratamento da bulimia nervosa: uma revisão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, p. 160-168, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/qcpgTH-hwypWCcMx4pHsCM9b/?format=pdf&lang=pt> >

MATTOS, Ana Maria Guadalupe de Oliveira et al. A importância da relação terapêutica no tratamento pela Terapia Cognitivo-Comportamental: uma revisão integrativa. 2022. Disponível em: < <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/32432> >

OLIVEIRA, Letícia Langlois; DEIRO, Carolina Peixoto. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 36-49, abr. 2013. Disponível em: < <https://rbtcc.com.br/RBTCC/article/view/565/377> >

WRIGHT, Jesse H. et al. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado**. Artmed Editora, 2018.

7

TRANSTORNO DEPRESSIVO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA/ MEDICAÇÃO E A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

► *Brenda de Freitas Cecílio*
► *Kelly Maria dos Santos Evaristo*
► *Maria Clara de Carvalho Dutra*
► *Augusto César Soares da Cunha*

CASO CLÍNICO

Julia, paciente de 17 anos, gênero feminino, está no 3º ano do ensino médio, família de classe média alta, mora com os pais e com a irmã mais nova. Relata ter uma relação muito boa com a família de quem é muito próxima, se afeiçoa mais com o pai. Possui uma relação muito agradável com seus amigos que são de longa data. Na escola sempre obteve notas boas, porém não é tão dedicada aos estudos e aos compromissos escolares.

Após seu pai ser diagnosticado com uma doença terminal ela passou a dedicar seu tempo livre para ficar com o mesmo pois a mãe tinha que trabalhar e sua irmã ficava na escola, logo acabou criando um laço muito forte com o pai pois passavam a maior parte do tempo juntos. Cada dia ela se via mais dependente da presença dele e se sentia com medo e perda pois o quadro de sua doença não apresentava melhoras. Sentia-se desanimada, mau humorada, com cansaço extremo, sonolência, crises de choro e desesperança, sensação de vazio, ansiedade, começou a ir mal na escola, e se afastou do seu ciclo social.

Procurando alguma forma de tentar descontar seu sofrimento em algo, viu na medicação do tratamento de seu pai (Fentanil - é um opiáceo sintético, uma substância derivada do ópio que se liga a receptores no cérebro e incita a liberação de certos neurotransmissores como a dopamina; ele também pode se ligar a receptores no sistema nervoso e é indicado para dor intensa) e nas drogas uma válvula de escape, era como um alívio momentâneo, fazendo com que ingerisse cada vez mais em busca de efeito proporcionado, relata que ao usar a medicação sentia que seus problemas e pensamentos disfuncionais sumiam enquanto a droga fazia efeito em seu organismo.

Posteriormente ao falecimento de seu familiar ela se viu no “fundo do poço”, se via sem saída e não sabia como iria conseguir viver sem ele. Após meses de sua morte ela tinha cortado sua relação com os amigos, com a família que antes ela era muito ligada, não tinha mais vontade de fazer nada, via-se em uma

profunda dependência e depressão ocasionada após a perda de seu ente e ao uso abusivo de drogas.

A família e os amigos sempre tentam a reaproximação com a paciente, porém ela rejeita todo tipo de afeto recebido por eles, com receio de perderem mais um ente, a família a aconselhou a procurar ajuda médica e psicológica a fim de lidar com o luto da perda do pai e com o vício que adquiriu enquanto seu pai estava doente.

DIAGNÓSTICO

Sobre a demanda apresentada pela paciente, antes do diagnóstico médico terminal do pai, a paciente apresentava uma vida socialmente ativa, onde tinha relações boas, com família, amigos e bom desenvolvimento escolar, após o diagnóstico começou a apresentar desânimo, mau humor, cansaço extremo, sonolência, crises de choro e desesperança, sensação de vazio, ansiedade, e mal desenvolvimento escolar. Para se sentir melhor de forma momentânea procurou uma válvula de escape do qual foram os medicamentos do pai, a sensação dos problemas sumiram por um momento a fazia bem, o que levou a dependência do medicamento, se tornando não só como um refúgio para a mesma e sim um vício do qual ela já não tinha mais controle.

De acordo com o DSM-V-TR o diagnóstico apresentado por Julia é de Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicação (F32.81).

“Um grande número de substâncias de abuso, alguns medicamentos e diversas condições médicas podem estar associados a fenômenos semelhantes à depressão. Esse fato é reconhecido nos diagnósticos de transtorno depressivo induzido por substância/medicamento e de transtorno depressivo devido a outra condição médica.” Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM- 5 / American Psychiatric Association; Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento; revisão técnica Aristides Volpato Cordioli. 5. ed - Porto Alegre artmed 2014.

Foi diagnosticado também através do DSM- 5 TR o Transtorno de luto prolongado (F43.8), após o falecimento do pai.

Sintomas causados pelo Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicação (F32.81). (APA, 2022).

- Cansaço extremo;
- Crises de choro;
- Desesperança;
- Sensação de vazio;
- Abuso de medicamentos.

Sintomas causados pelo Transtorno de luto prolongado (F43.8):

- Anseio intenso ou saudade pelo falecido
- Tristeza intensa e dor emocional e preocupação.
- Diminuição do auto cuidado.

Os sintomas do transtorno de luto prolongado são observados em todos os contextos culturais, mas as respostas ao luto podem se manifestar de maneiras culturalmente específicas, inclusive na duração esperada, e mostram variação histórica. Por exemplo, em todas as culturas, pesadelos sobre o falecido podem ser especialmente angustiantes por causa de seu significado atribuído; a prevalência de alucinações do falecido ou de sintomas somáticos relacionados ao luto pode variar; e expressões indiretas de comprometimento funcional relacionado ao transtorno de luto prolongado. PSQUIATRIA, A. A. D. DSM-IV tr: MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO de transtornos mentais e desordem mental. 5. ed. Associação Psiquiátrica Americana, 2022. p. 48-426.

CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO

A paciente Julia foi diagnosticada com Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicação (F32.81), e Transtorno de luto prolongado (F43.8), ela relata sentimento de vazio e crises de ansiedade que começou após o diagnóstico recebido, sente-se desesperançosa com a vida, sem prazer de realizar atividades que antes gostava. Sua principal queixa é a sensação de vazio e culpa, por não ter mais por perto uma pessoa que era tão próxima, e se culpa pela sua dependência que causa tanto sofrimento a sua mãe e sua irmã mais nova. Sente-se sozinha pois abandonou suas amizades, não sabe como vai sair dessa situação se se tornou tão dependente dessas substâncias que afetam não só a sua vida mas a de todos ao seu redor.

A fim de aliviar esses sentimentos e pensamentos que tem ao longo do dia, usa a medicação que seu pai usava em seu tratamento como válvula de escape, porém o uso lhe causou uma dependência maior após a perda de seu pai. A família e amigos preocupados com a situação de Julia a aconselha a procurar ajuda psicológica e médica, para que ela consiga voltar a rotina que tinha antes, conseguir se socializar novamente com seus amigos e família, e voltar a escola com um desenvolvimento escolar melhor.

PLANO DE TRATAMENTO

O tratamento foi realizado através de sessões semanais com o profissional da psicologia utilizando abordagem da Terapia Cognitiva-comportamental (TCC), com o objetivo de reeducar seus comportamentos e pensamentos relacionados sobre si, sobre o mundo e sobre o futuro, identificado suas crenças nucleares disfuncionais. (BECK, 2013). As primeiras sessões serão para estabelecer a rapport com o cliente, para obter uma anamnese mais completa será necessário a criação da aliança terapêutica de forma que a paciente se sinta segura para compartilhar seus medos e inseguranças. Após estabelecer o vínculo terapêutico se faz necessário a criação de uma agenda terapêutica colaborativamente com o paciente sendo necessário medir o feedback e a checagem do humor a cada início da sessão (BECK, 2013).

O transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicação, requer um plano de tratamento multiprofissional, como farmacológico, acompanhamento com psicólogo e suporte por grupos de apoio, para a melhoria do bem estar físico, mental e psicológico (APA, 2022).

As demais sessões se basearão na inserção da paciente no meio social, incentivando a mesma a reestabelecer seus vínculos, desde família até os seus amigos, criar uma nova rotina a fim de ressignificar seus sentimentos e pensamentos acerca do luto (BECK, 2013). Sobre a dependência nas drogas está sendo trabalhada a auto regulação a fim de aprender a controlar seu comportamento e identificar quais gatilhos são acionados que incentivam o uso das drogas. Nas últimas sessões o psicólogo irá potencializar sobre a melhoria da qualidade de vida que a paciente obteve ao longo das sessões, evitando assim novas recaídas.

TÉCNICAS E INTERVENÇÃO

As primeiras sessões são para levantamento de demandas, onde é realizado a anamnese com o paciente, a fim de obter o maior número de informações sobre o mesmo. No caso da Julia, a primeira técnica a ser aplicada será de psicoeducação, onde será pautada a importância do paciente ser ativo nas sessões, onde ele estará ciente como será o andamento do tratamento, de forma colaborativa, criando assim uma agenda de atividades do qual ela irá apresentar ao psicólogo em todas as sessões, pedindo também um feedback, a fim de melhorar as sessões de acordo que deseja que seja. O objetivo é a redução total da abstinência ao uso de drogas, e faz com que ela saiba discernir sobre o luto do pai e como lidar com o mesmo (BECK, 2013).

Julia, antes do diagnóstico do pai, tinha um ciclo social ativo em suas diversas áreas da vida, onde tirava notas boas na escola, tinha amigos de longas datas e uma boa relação com a família, durante o tratamento do pai, esses laços foram se desfazendo, com a técnica de Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) será possível identificar os possíveis gatilhos que a induz a fazer o uso. Também será aplicada a técnica da Tríade Cognitiva do qual Julia irá elencar a visão que tem de si, do mundo e do futuro, possibilitando entender um pouco mais de como ela se sente em relação a situação que sua demanda apresenta.

Para melhorar a boa relação com a família e os amigos, e também a inserção novamente na escola, será utilizado a técnica de Habilidades Sociais, incentivando a mesma a reestabelecer seus vínculos, desde família até os seus amigos, criar uma nova rotina afim de ressignificar seus sentimentos e pensamentos acerca do luto (BECK, 2013).

Julia e sua família deseja a redução total do uso das drogas, sendo assim será aplicado a técnica Auto-monitoramento ou Autorregulação, onde o paciente vai descrever quais momentos, sentimentos, pensamentos, servem como gatilho para o uso, sendo assim quando a mesma saber identificar será mais fácil fazer o automonitoramento de si mesma, possibilitando o não uso da medicação como válvula de escape.

Em todas as sessões será verificado o humor da paciente, sempre pedir um breve resumo da semana para mesma, e o psicólogo irá potencializar nas sessões todo o avanço que a paciente apresentou durante as sessões, a melhoria de vida e do bem estar que a paciente alcançou, incentivando-a continuar no processo terapêutico, evitando assim novas recaídas (BECK, 2013).

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

DEFINIÇÃO DO TRANSTORNO

De acordo com a OPAS (Organização Pan – Americana da Saúde), a depressão é um transtorno afetivo que é caracterizado pelo sentimento de tristeza profunda, o qual tem longa duração. O mesmo interfere na vida diária, capacidade de trabalhar, dormir, estudar, entre outras atividades.

Segundo o DSM -5 - TR, para ter o diagnóstico de depressão, é necessário que o indivíduo possua os seguintes sintomas por pelo menos duas semanas:

- Humor deprimido;
- Perda de interesse ou prazer.

Entre eles os critérios ou sintomas variados como perda ou ganho significativo de peso, insônia, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de inutilidade, fadiga ou perda de energia e pensamentos recorrentes de morte.

Após estudos realizados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) o luto é considerado um Transtorno Mental classificado como o CID 11 e sendo adicionado no DSM - 5 TR publicação atualizada de 2022, como F43.8 Transtorno de luto prolongado.

Os sintomas se associam com os de ansiedade e depressão, em crianças se manifestam em sintomas do quais como ficar isolado, dificuldade de concentração e socialização, sofrimento agudo. Em adultos, os sintomas se evidenciam na dificuldade de concentração, dificuldade de produção, sentir-se sem rumo, incapacidade e desesperança, atua na baixa libido tornando assim difícil estabelecer relações sociais.

TIPOS DE DEPRESSÃO SEGUNDO O DSM-5-TR (APA, 2022)

- Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor;
- Transtorno Depressivo Maior;
- Disfórico pré-menstrual;
- Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento;
- Depressão devido a outra condição médica

Por sua vez, o transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicação é um tipo de depressão categorizada pelo DSM – 5, e é caracterizado pelo uso de algum fármaco, que causa a mudança de algum ou vários comportamentos do sujeito.

Esse tipo de depressão evidencia a importância de acompanhamento médico para o uso de qualquer tipo de fármaco em modo contínuo.

PARECER DO PSICÓLOGO

A paciente Julia, apresenta sintomas como cansaço extremo, sensação de vazio, desesperança com relação as expectativas para o presente e futuro próximo e uso abusivo de medicamentos . Sintomas esses que se enquadram no diagnóstico para Depressão (Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicação, segundo o DSM-V-TR) (DSM V-TR, 2022).

Levando em conta que a perda do ente para a paciente foi como um gatilho em meio à questão dos fármacos, foi necessária a investigação quanto aos sintomas do transtorno e validação da sua busca por ajuda. O tratamento tem como foco a redução da abstinência referente ao uso abusivo do medicamento Fentanil, o qual a paciente já se encontra em vício. A reinserção de Julia em seu meio social também é um ponto central do tratamento, pois tem forte influência em sua melhora quando se tratando do apoio que poderia receber de seus amigos e familiares.

Técnicas como a psicoeducação, agenda de atividades, método RPD (registro de pensamentos disfuncionais), tríade cognitiva e automonitoramento ou autorregulação são de extrema importância para o avanço na melhora da paciente.

O acompanhamento semanal é imprescindível, pois é um transtorno onde pode ocorrer episódios de recaídas, ou seja, reforçar a ideia de melhora juntamente com a paciente é de suma importância para a continuidade e retorno positivo do tratamento que está sendo aplicado.

REFERÊNCIAS

BECK, Judith S. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2 Porto Alegre: Artmed, 2013, 413 p. ISBN: 978-85-8271-008-1.

DSM- 5 / American Psychiatric Association; Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento; revisão técnica Aristides Volpato Cordioli. 5. ed - Porto Alegre artmed 2014.

[manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5 \(1\).pdf](#)

A clínica do luto e seus critérios diagnósticos: possíveis contribuições de Tatossian; Luís Henrique Fuck, Joanneliese de Lucas Freitas; USP; São Paulo, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180185>

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde , Depressão <https://www.paho.org/pt>. 2023.

PSQUIATRIA, A. A. D. DSM-IV TR: MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO de transtornos mentais e de ordem mental. 5. ed. Associação Psiquiátrica Americana, 2022. p. 48-426.

Rosario-Campos, M. C. do ., & Mercadante, M. T.. (2000). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 16–19. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600005>

Torres, A. R., Ferrão, Y. A., & Miguel, E. C.. (2005). Transtorno dismórfico corporal: uma expressão alternativa do transtorno obsessivo-compulsivo?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27(2), 95–96. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000200004>

WAINER PSICOLOGIA COGNITIVA. Principais Técnicas Cognitivas e Comportamentais. Disponível em: <https://www.wainerpsicologia.com.br/site/>. Acesso em: 24 abr. 2023.

PSQUIATRIA, A. A. D. DSM-IV tr: MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO de transtornos mentais e de ordem mental. 5. ed. Associação Psiquiátrica Americana, 2022. p. 48-426.

Rosario-Campos, M. C. do ., & Mercadante, M. T.. (2000). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 16–19. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600005>

Torres, A. R., Ferrão, Y. A., & Miguel, E. C.. (2005). Transtorno dismórfico corporal: uma expressão alternativa do transtorno obsessivo-compulsivo?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27(2), 95–96. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000200004>

WAINER PSICOLOGIA COGNITIVA. Principais Técnicas Cognitivas e Comportamentais. Disponível em: <https://www.wainerpsicologia.com.br/site/>. Acesso em: 24 abr. 2023.

FRAN MARTINS MINISTÉRIO DA SAÚDE. Luto prolongado é um transtorno mental, segundo a Organização Mundial da Saúde 23/09/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/luto-prolongado-e-um-transtorno-mental-segundo-a-organizacao-mundial-da-saude>