

Autoras | Authors

Alessandra Cristina
Braçale Arrigoni*Êdela Aparecida
Nicholeti**Aline Gerbasi
Balestra***Marina Fortunata
Donadon****
[marianadonadon@hotmail.
com]

A REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA COMO INTERVENÇÃO NA REDUÇÃO DAS INTERPRETAÇÕES CATASTRÓFICAS NO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

COGNITIVE RESTRUCTURING AS INTERVENTION IN REDUCING CATASTROPHIC INTERPRETATIONS IN GENERALIZED ANXIETY DISORDER

Resumo: Experimentada de forma catastrófica, a ansiedade generalizada vem da preocupação antecipatória frente a eventos futuros e perigos eminentes de uma determinada situação, momento em que o evento desencadeador pode levar ao medo e a preocupações excessivas devido à avaliação antecipada do perigo. A reestruturação cognitiva é uma técnica da TCC que tem como objetivo ensinar os pacientes a reconhecer os pensamentos automáticos disfuncionais, contestar esses pensamentos e construir pontos de vista alternativos a fim de tornar o paciente mais consciente de seus processos de pensamentos. O presente estudo teve por objetivo descrever um estudo de caso de uma paciente com transtorno de ansiedade generalizada (TAG) atendida na abordagem psicoterápica cognitivo-comportamental, bem como testar a eficácia da técnica de reestruturação cognitiva nesse processo. Como metodologia, foi adotado o delineamento de estudo de caso com intervenções psicoterápicas voltadas à psicoterapia cognitivo-comportamental individual. Como instrumentos e técnicas, foi utilizada a reestruturação cognitiva (pensamento e crenças) e os inventários de Beck para depressão, ansiedade e desesperança. Os resultados constataram que, após 30 sessões, a paciente conseguiu aprender a avaliar e a contestar os seus pensamentos e crenças disfuncionais. Houve também uma melhora significativa dos sintomas de ansiedade. Conclui-se que a reestruturação cognitiva pode ajudar na diminuição da resposta emocional imaginada dos pacientes com TAG.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade; terapia cognitivo-comportamental; reestruturação cognitiva

Abstract: Experienced in catastrophic ways, generalized anxiety comes from anticipatory concern about future events and imminent dangers of a particular situation, where the triggering event can lead to fear and excessive worries due to the early assessment of the danger. Cognitive restructuring is a TCC technique that aims to teach patients to recognize dysfunctional automatic thoughts, to challenge these thoughts, and to construct alternative viewpoints in order to make the patient more aware of their thought processes. The present study aimed to describe a case study of a patient with generalized anxiety disorder (GAD) and a cognitive behavioral psychotherapeutic approach, as well as to test an assessment of the cognitive restructuring technique in this process. As a methodology, a case study design with psychotherapeutic interventions aimed at individual behavioral cognitive psychotherapy was adopted. The following instruments and techniques were used: cognitive restructuring (thinking and beliefs), Beck's inventories for depression, anxiety and hopelessness. The results found that after 30 sessions the patient was able to learn to assess, contest his dysfunctional thoughts and beliefs, as well as there was a significant improvement in anxiety symptoms. It is concluded that cognitive restructuring can help to decrease the imagined emotional response of patients with GAD.

Recebido em: 02/12/2019

Aceito em: 15/06/2020

Keywords: anxiety disorder; cognitive behavioral therapy; cognitive restructuring.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é uma condição crônica e incapacitante, comum em muitos cenários médicos, provocando sofrimento clínico significativo e prejudicando aspectos importantes da vida dos pacientes. Essa deficiência está associada tanto a aspectos sociais quanto profissionais e degrada a qualidade geral da vida (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2013). O DSM-5 (DSM-5 Diagnostic Classification, 2013) define o TAG como a presença de ansiedade excessiva e a preocupação com uma variedade de tópicos, eventos ou atividades. As situações de preocupação são experimentadas de formas mais catastróficas (BORZA, 2017) e influenciadas pelas distorções cognitivas (WRIGHT; BASCO; THASE, 2000). O mundo circundante é percebido com apreensão, vigilância e pessimismo (sentimento crônico de insegurança, perda de contato com o experiencial) (BORZA, 2017).

Indivíduos com esse transtorno apresentam grande dificuldade em controlar suas preocupações. Os pacientes também podem apresentar nervosismo, inquietação, dificuldade para dormir, dificuldade de concentração e aumento de dores musculares. Além disso, são geralmente sobrecarregados pelas consequências significativas que o transtorno tem em seus relacionamentos (BORZA, 2017). Diversos estudos (HENNING *et al.*, 2007; HOFFMAN; DUKES; WITTCHEM, 2008) indicaram a diminuição de relações sociais e de trabalho em indivíduos com o TAG.

A ansiedade é um estado emocional e pode ser definida como um sistema complexo de respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas e comportamentais, sendo que, em níveis normais é considerada uma propulsora do desempenho. Quando em níveis patológicos, porém, pode desencadear paradoxalmente uma piora importante na performance do indivíduo (MARAFANTI *et al.*, 2013). O sistema ansioso é ativado no momento em que eventos ou circunstâncias antecipadas são considerados altamente aversivos, pois são percebidos como eventos imprevisíveis, incontroláveis, com a possibilidade de ser uma ameaça aos interesses vitais de uma pessoa (HANS; HILLER, 2013; MULLER *et al.*, 2015).

Com uma preocupação desproporcional quanto ao futuro, os pacientes com TAG cometem vários erros de pensamento, como a catastrofização, já que têm dificuldade de raciocinar com base na realidade (LONDON *et al.*, 2014). As interpretações exageradas dos eventos tomam grandes proporções quando enfatizam os aspectos negativos e ignoram os positivos, dificultando as tomadas de decisões e a solução de problemas para mudanças (OLIVEIRA, 2011). A catastrofização é a per-

cepção de uma resposta inadequada ou exagerada da situação e incluiu elementos como ruminação, ampliação e desamparo (LONDON *et al.*, 2014).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é muito eficaz no tratamento de transtornos de ansiedade em adultos e amplamente aceita em contextos de prática de rotina (HANS; HILLER, 2013). Essa terapia visa corrigir interpretações catastróficas e medos condicionados de sensações corporais e evitações e tem se mostrado eficaz para uma ampla variedade de transtornos mentais, sendo também associada a melhorias na qualidade de vida em pacientes com ansiedade (BECK; DOZOIS, 2011; MANFRO *et al.*, 2008). A TCC foi desenvolvida por Aaron T. Beck como terapia breve, estruturada e orientada no presente (ALMEIDA; MARTINS; ALARCON, 2015), e teve início na década de 60, na Universidade da Pensilvânia (BECK; DOZOIS, 2011). Além de modificar os comportamentos e pensamentos disfuncionais, é direcionada para a resolução de problemas (SINGULANE *et al.*, 2017).

Três estruturas mentais explicam o processamento de informações na TCC. Tais estruturas estão inter-relacionadas e são responsáveis pela percepção e interpretação dos eventos do mundo. São as chamadas crenças centrais, crenças condicionais ou intermediárias, e pensamentos automáticos (ASSUMPÇÃO; NEUFELD; TEODORO, 2016). Todo o sistema organizado da interação entre cognições, sentimentos e comportamentos é chamado de modo ou esquema (CLARK; BECK; ALFORD, 1999). Assim, as cognições do sujeito se baseiam em atitudes ou pressuposições desenvolvidas a partir de vulnerabilidades biológicas e experiências que teve ao longo de sua vida (MULULO *et al.*, 2009).

A TCC faz uso de uma série de técnicas que visam trabalhar os pensamentos distorcidos: identificação de pensamentos imprecisos, exame das evidências a favor e contra pensamentos automáticos, desafio e mudança de pensamentos desadaptativos, alteração de comportamentos problemáticos, e relacionamento mais adaptável com outras pessoas. (KACZKURKIN; FOA, 2015).

Como parte integrante da TCC, a reestruturação cognitiva (KACZKURKIN; FOA, 2015) dedica-se a ajudar o paciente a reconhecer e modificar os pensamentos automáticos desadaptativos. Como parte da reestruturação cognitiva, utiliza-se o questionamento socrático, os registros de pensamentos, e a identificação de pensamentos automáticos (WRIGHT; BASCO; THASE, 2000). Todas essas técnicas em conjunto conduzem ao benefício da tolerância aos riscos, às incertezas e à ansiedade (WENZEL, 2018). Além dos dados obtidos a partir de cada cliente durante todo o curso de tratamento, o seu uso deve ser guiado pela conceituação de caso (WENZEL, 2018).

Outra parte importante do processo de flexibilização cognitiva envolve a identificação de erros cognitivos, que inclui o exame das evidências (análise pró e contra), a reatribuição (modificar o estilo atributivo), a listagem de alternativas racionais e o ensaio cognitivo. Segundo Beck, Emery e Greenberg (1985) (BECK; DOZOIS, 2011), as estratégias de reestruturação cognitiva objetivam basicamente ensinar o paciente a observar e controlar os pensamentos irracionais e negativos, a examinar as evidências favoráveis e contrárias aos pensamentos distorcidos e a corrigir as interpretações tendenciosas com interpretações calcadas na realidade, o que geralmente resulta em redução sintomática da ansiedade. A prática repetitiva normalmente é necessária até que os pacientes possam modificar prontamente cognições desadaptadas arraigadas (WRIGHT; BASCO; THASE, 2000). Nos transtornos de ansiedade, a atenção é dada à superestimação da probabilidade de resultados negativos (MANFRO *et al.*, 2008).

A TCC está focada nos problemas e questões que o paciente identifica como sendo de interesse primário, permitindo que ele ganhe o domínio das técnicas para que possa aplicar o que aprendeu após o término do tratamento. No tratamento de transtornos de ansiedade, a terapia cognitiva é frequentemente usada em conjunto com técnicas comportamentais que podem incluir exercícios de exposição (KACZKURKIN; FOA, 2015).

Em geral, o tratamento clínico do TAG, segundo a TCC, envolve a identificação de esquemas desadaptativos relacionados aos pressentimentos (incluindo crenças sobre a probabilidade e as consequências psicológica de ameaças à segurança), à vulnerabilidade pessoal (incluindo crenças sobre inadequação, falta de apoio e falta de recursos pessoais para lidar com situações produtoras de ansiedade), à intolerância, à incerteza (incluindo crenças sobre a frequência, as consequências, a evitação e a não aceitação de eventos negativos incertos ou ambíguos), e à preocupação em excesso (GONÇALVES *et al.*, 2011; MAIA *et al.*, 2015)

Portanto, o uso da técnica de reestruturação cognitiva é um recurso que permite ao paciente reconhecer a relação entre os pensamentos e os seus sintomas. Além disso, permite capacitá-lo a reduzir a interferência negativa dos pensamentos sobre as suas emoções, aumentando, assim, seu controle e sua autoconfiança e diminuindo os sintomas ansiosos e a catastrofização (ITO *et al.*, 2008). O presente estudo teve por objetivo descrever um estudo de caso de uma paciente com transtorno de ansiedade generalizada atendida pela abordagem psicoterápica cognitivo-comportamental, bem como testar a eficácia da técnica de reestruturação cognitiva nesse processo.

MÉTODOS

O presente trabalho corresponde a um estudo de caso no qual foram realizados atendimentos individuais pela abordagem cognitivo-comportamental.

História do Caso

Laura, 20 anos, sexo feminino, solteira, branca. Filha única, mora com os pais. Está no segundo ano de arquitetura. Deu início a um estágio após o acompanhamento psicoterápico. A paciente foi conduzida pela mãe para buscar a terapia devido às queixas de ansiedade elevada em relação às atividades da faculdade. Desde o momento em que iniciou o curso, passou a desenvolver alguns sintomas fisiológicos e chegou a pensar em desistir da graduação. Os sintomas pioraram quando a paciente precisou fazer os trabalhos em grupo e apresentá-los diante da sala.

Laura identificou-se como uma pessoa muito ansiosa. Chegou a passar mal em um evento após sentir um desconforto estomacal. Pensou que poderia morrer, chegando a um suposto desmaio. Outras vezes teve dificuldades para dormir quando lembrava de eventos futuros, como sair com grupos de amigos, tocar órgão na igreja e até mesmo falar com a mãe sobre sair com o namorado. Quando acontecia, sentia sintomas fisiológicos como palpitação, sudorese, respiração ofegante e insônia. Os sintomas pioraram quando iniciou o curso de arquitetura. O grupo em que estava inserida deixava-a insegura, levando-a ao comportamento da procrastinação. Não sentia mais vontade de dar continuidade à faculdade, alegando que uma de suas colegas era autoritária e não aceitava outras opiniões.

A paciente não tinha histórico de tratamento psiquiátrico. Fez uso de fluoxetina a pedido do clínico na ocasião em que iniciou tratamento para hipotireoidismo. Nunca fez uso de substâncias psicoativas.

Laura é filha única de uma família de doutrina religiosa. Seus pais são rígidos. A mãe, crítica e catastrófica, sempre cobrou a filha quanto aos estudos. Acredita que a filha é preguiçosa e que não aproveita as oportunidades que tem. Acompanhou a filha na primeira avaliação e relatou que a filha é desorganizada, que não tem metas e que deixa tudo para a última hora.

A paciente alega que a mãe sempre a criticou em tudo. Não conseguia tomar decisões; era sempre a mãe quem decidia o que iria fazer. Devido ao discurso crítico e catastrófico da mãe, acabava desistindo de seus compromissos. Quando a mãe não consentia com algo que gostaria de fazer, acabava acatando as

decisões da mãe por medo do que poderia acontecer. Depois chorava e sentia-se triste e com raiva de si mesma.

Laura mantinha um ciclo social com os colegas da igreja, participava de encontros de jovens e tocava órgão no grupo de música. Sentia medo de conhecer alguém fora da religião e essa pessoa não ser aceita pelos pais. Tinha dificuldade em se relacionar devido à oposição da mãe, que muitas vezes a criticava por suas escolhas.

Laura faz tratamento para hipotireoidismo e prolactina. Descobriu no último exame que pode desenvolver reumatismo e lúpus, doença também adquirida pela mãe. Já desenvolveu uma doença de pele devido ao grau de estresse que passou após uma mudança de escola.

Na primeira sessão de avaliação, a paciente pediu para entrar com a mãe, demonstrando-se insegura e ansiosa, principalmente quando a mãe criticava seu comportamento. Com a voz trêmula e baixa, quase não conseguia relatar suas dificuldades, deixando que a mãe completasse sempre o que gostaria de dizer.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico para Doenças Mentais (DSM-5) (APA, 2013), a paciente foi diagnosticada com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

Formulação de Caso

A paciente passou a apresentar os sintomas após ingresso na faculdade, quando se viu diante das dificuldades de lidar com a quantidade de conteúdo e trabalhos que seriam apresentados no semestre. Laura também passou a ter dificuldades em lidar com uma colega de grupo, que, além de ser autoritária, não a permitia dar opiniões e participar das decisões do grupo. Quando dava opinião, a colega a ignorava, além de pedir atividades complexas de última hora.

Devido à ativação de sua insegurança, no mesmo período a paciente passou a apresentar dificuldades para tocar órgão na igreja, principalmente quando era convidada a tocar no culto dos adultos. Os gatilhos eram ir para a faculdade e pensar que precisava se reunir com o grupo e apresentar o trabalho na classe, considerando que um dos fatores que contribuía para aumentar a ansiedade da paciente era a colega de grupo.

Depois que Laura passou a namorar, os gatilhos passaram a ser também falar com a mãe a respeito de suas idas à casa do namorado. Pensar nas atividades da faculdade gerava na paciente pensamentos como: “*não vou dar conta*”; “*não consigo dizer não*”; “*estou fazendo tudo sozinha*”. Sentia-se muito ansiosa e irritada com isso e não conseguia dormir. Procrastinava o início das atividades e chorava.

Em uma outra situação, quando era convidada para tocar órgão na igreja no culto de adultos, seus pensamentos eram: “*vou errar*”; “*todos vão ver que eu não sei*”; “*vai dar tudo errado*”; “*eu não posso errar*”. Esses pensamentos lhe geravam medo e ansiedade. Com isso, a paciente se consumia nos estudos e não conseguia dormir.

Em uma terceira situação, quando marcava de ir para à casa do namorado, devido ao seu sofrimento antecipatório e medo de pedir para a mãe, adia seu comunicado e sentia-se ansiosa e frustrada. Seus pensamentos eram: “*tenho que ficar pedindo*”; “*não tenho autonomia*”; “*me tratam como se eu não soubesse o que quero*”. Devido aos argumentos da mãe, muitas vezes desistia de sair e ia para o quarto chorar.

Filha de pais rígidos, a mãe, crítica, rotulava-a como preguiçosa e irresponsável, além de dizer que a filha não aproveitava as oportunidades que ela havia lhe dado, chegando a chamá-la de burra. Também era superprotetora e induzia a filha em suas escolhas, situação que levou a paciente a desenvolver um esquema de desamparo.

A crença de incapacidade e a crença de sentir-se burra e irresponsável eram reforçadas quando seus progressos nos estudos não eram bem-sucedidos. Teve muitas dificuldades no ensino médio. Na faculdade, ficou de exame, chegando a pegar dependência. Isso a fez ser muito criticada pela mãe. Laura sentia medo de errar.

Laura apresentou alguns pressupostos: “*se eu errar, vão ver que sou burra, então não posso errar*”; “*se eu consigo colocar minha opinião no grupo, então sou capaz*”; “*se eu errar, não serei boa o suficiente*”. Laura mantinha estratégias compensatórias comportamentais de esquiva, de procrastinação (deixar para estudar na última hora), de hipervigilância (com fatores de manutenção de ruminação), de catastrofismo, e de excesso de preocupação (medo de errar). Além disso, mantinha-se na passividade e desistia dos planos após os argumentos da mãe, fracassando nas tomadas de decisão.

A paciente tinha interesses em promover mudanças em sua vida, além de desejar se formar e entrar para o mercado de trabalho; passou a se dedicar para isso. Também tinha o desejo de iniciar um namoro, pois ainda não havia namorado. Apesar das dificuldades enfrentadas no ensino médio, após a mudança de uma escola, conseguiu se superar e fechar o ensino médio.

Laura cresceu em um ambiente crítico e exigente, de modo que as suas crenças de desamparo foram formadas possivelmente devido às críticas que a mãe lhe fazia todas as vezes que não conseguia fechar uma média ou que não conseguia ter sucesso em alguma situação. Além disso, os pais não a deixavam tomar suas próprias decisões; sempre fizeram as coisas por ela.

Acreditava que não podia errar e que teria de acertar sempre para não parecer burra.

Suas crenças eram ativadas em situações que não conseguia obter sucesso total, mantendo estratégias comportamentais compensatórias de estudar em demasia em algumas situações. Outras vezes deixava para estudar na última hora, mantendo-se na passividade. Ao desistir dos seus planos, era levada a um estado de excesso de preocupação e aumento da ansiedade, reforçando sua crença de incapacidade.

Plano de Tratamento

Lista de problemas

- Não conseguir expressar sua opinião nos grupos da faculdade;
- Não comunicar com os pais assuntos pessoais;
- Medo de expressar sua opinião;
- Entregar *Curriculum* nos escritórios de arquitetura;
- Não conseguir impor-se diante das críticas da mãe.

Os objetivos do tratamento

- Diminuir os sintomas de ansiedade e normalizar a preocupação;
- Organizar o tempo;
- Conseguir expressar sua opinião nos grupos da faculdade;
- Melhorar a comunicação com os pais;
- Diminuir o medo de expressar sua opinião;
- Reduzir os pensamentos catastróficos;
- Diminuir a procrastinação;
- Tentar um estágio na área de arquitetura;
- Conseguir colocar-se diante das críticas da mãe;
- Aumentar a autoconfiança e a autonomia (modificar a crença de não conseguir, de não poder errar, de sentir-se incapaz).

Curso do Tratamento

Foi estabelecida uma boa relação terapêutica com a paciente, que sempre se apresentou participativa e motivada a seguir com os planos de ação estipulados na sessão.

Intervenções e procedimentos

Os objetivos da fase inicial foram: reduzir a ansiedade, melhorar e estabilizar o humor, organizar o tempo, diminuir

a procrastinação, aumentar a iniciativa nos grupos da faculdade, e melhorar a comunicação com os pais. Para isso, foram utilizadas técnicas de psicoeducação, treino de relaxamento, descatastrofização, quadro de atividades, registro e questionamento de pensamento, vantagens e desvantagens, e estratégias de resolução de problemas.

Na fase intermediária, foi trabalhada a aquisição de novas habilidades sociais, como expressar opiniões, fazer pedidos e dizer não, entregar *curriculum* para colocação em um estágio, colocar-se diante das críticas da mãe, reparar as crenças intermediárias e centrais relacionadas à própria capacidade, diminuir a regra e os pressupostos de não poder errar, e aumentar a segurança para lidar com os desafios futuros. Foram usadas técnicas que incluíram treino de assertividade, *role play*, experimentos comportamentais, contínuo cognitivo, custo e benefício, questionamento socrático, inventário de crenças, entre outras.

Na fase final, os objetivos foram: manter os ganhos e prevenir a recaída com o uso de lista de méritos, observar as vantagens e desvantagens da alta, e registrar pensamentos e manejar as técnicas apreendidas ao longo das sessões.

Foram também aplicadas em todas as sessões as escalas de Beck: Inventário de depressão de Beck (BDI); Inventário de Ansiedade de Beck (BAI); Escala de Desesperança de Beck (BHS).

Obstáculos

As críticas da mãe foram um dos obstáculos do tratamento, além do seu comportamento de impor-se nas decisões da filha, o que reforçava a crença da paciente de sentir-se incapaz e impotente, levando-a a desistir dos compromissos. A situação se agravou depois que a paciente iniciou o namoro. No início, a mãe era contra e regulava as saídas e idas para a casa do namorado. Depois passou a impor-se, questionando as decisões da filha quando pedia para sair. A ansiedade e o sofrimento da paciente aumentavam todas as vezes em que precisava pedir à mãe para sair. Foi proposto, com o consentimento da paciente, uma sessão com a mãe, a fim de psicoeducá-la sobre os gatilhos que acionavam a ansiedade da filha, como o medo de ser criticada pelos pais. A mãe compreendeu os fatos. Procurou-se aumentar o senso de segurança e a autoconfiança da paciente com um trabalho junto aos familiares.

RESULTADOS

Foram necessárias ao todo 30 sessões de psicoterapia individual na modalidade cognitivo-comportamental.

Ao longo da aplicação das intervenções, foram mensurados, a cada sessão, os escores de sintomas de humor deprimido, de ansiedade e de desesperança, por meio das escalas de Beck (Inventário de depressão de Beck; Inventário de ansiedade de Beck; Escala de Desesperança de Beck). Inicialmente, foram observadas altas pontuações para todos os indicadores, que foram se reduzindo no decorrer do acompanhamento psicoterápico, conforme evidenciado na Figura 1. Os resultados evidenciam melhoras objetivas nos sintomas de ansiedade, foco das intervenções do presente atendimento.

Através da reestruturação cognitiva, observou-se também que a paciente aprendeu a identificar as suas próprias cognições disfuncionais e a realizar testes de realidade, corrigindo suas interpretações distorcidas, diminuindo o número de pensamentos automáticos disfuncionais e flexibilizando as regras e crenças centrais, conforme descrito no Quadro 1. Isso foi reforçando ganhos que Laura afirmava não conseguir obter.

O processo de flexibilização das crenças ocorreu da seguinte maneira: o procedimento inicial envolveu a psicoeducação sobre o modelo da TCC, bem como sobre os sintomas de ansiedade. Na sequência, foi ensinado à paciente de que forma ela poderia identificar seus pensamentos automáticos (PA) e os erros cognitivos que elevavam a ansiedade e a preocupação,

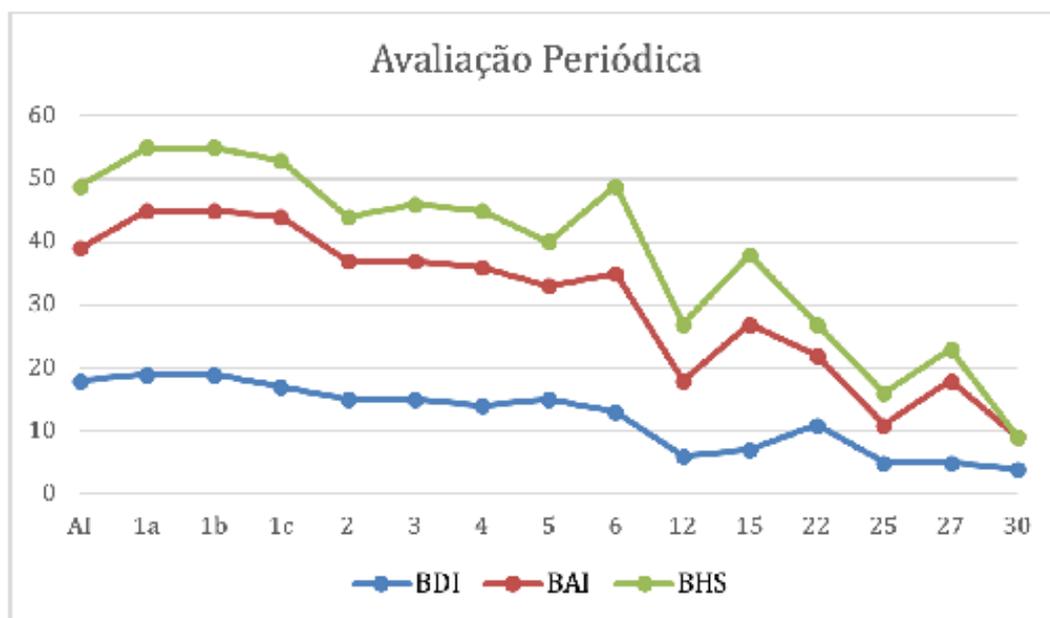
como a catastrofização, a maximização e a visão de túnel. O treino de respiração diafragmática e relaxamento (*mindfulness*) também foram técnicas utilizadas nesse momento de flexibilização de crenças.

O segundo passo foi questionar a validade dos pensamentos (reestruturação cognitiva). Foi usado o registro de pensamentos disfuncionais durante a sessão e fora dela (como tarefa de casa). O terceiro passo foi responder aos pensamentos disfuncionais (desadaptativos) usando como estratégias a reestruturação cognitiva, por meio, por exemplo, da busca de evidências e da identificação de vantagens e desvantagens dos pensamentos. A aplicação dessas técnicas consiste na identificação do pensamento e na identificação, na sequência, tanto de evidências que apoiam o pensamento como de evidências contrárias ao pensamento, chegando-se, ao final, em um pensamento alternativo e mais funcional. Um exemplo da técnica é descrito no Quadro 2.

Por meio da flexibilização cognitiva, a paciente também conseguiu fechar a dependência que possuía nos estudos e passou a apresentar um bom rendimento acadêmico. Além disso, conseguiu apresentar-se nos grupos da faculdade, passou a dar sua opinião nos trabalhos, recebeu elogios dos colegas e chegou a conseguir um estágio em sua área de formação.

Outro ganho importante observado ocorreu, por sua vez, na melhoria da comunicação da paciente com seus pais. Laura conseguiu iniciar o namoro e passou a conseguir se posicionar diante dos argumentos da mãe. A paciente melhorou a tomada

Figura 1 – Gráfico de evolução do humor nas diferentes sessões (BDI – Inventário de depressão de Beck; BAI – Inventário de ansiedade de Beck; BHS – Escala de Desesperança de Beck)



de decisões e aumentou, com isso, sua autoconfiança e autonomia. Tais ganhos foram possíveis por meio da aplicação de experimentos comportamentais e de treino de assertividade, que também contribuiu para ajudar a paciente na resolução de problemas dentro e fora da sessão. Além de ajudar a paciente a expressar seus desejos, dizer não, fazer pedidos, permitiu que ela conseguisse se colocar diante dos argumentos da mãe.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo descrever um estudo de caso de uma paciente com transtorno de ansiedade generalizada atendida na abordagem psicoterápica cognitivo-comportamental, bem como testar a eficácia da técnica de reestruturação cognitiva nesse processo. Observaram-se inúmeros ganhos, tais como a redução dos sintomas ansiosos que a paciente enfrentava com relação aos eventos futuros e a falta de racionalização sobre tais pensamentos. Segundo Oliveira (2011), o paciente ansioso, por ter dificuldade de raciocinar

com base na realidade, comete vários erros de pensamento, já que se preocupa desproporcionalmente com o futuro.

Oliveira (2011) aponta ainda que devido às grandes proporções relacionadas às interpretações errôneas do evento ansiogênico, o paciente com transtorno de ansiedade generalizada acaba exagerando os possíveis efeitos negativos, enfatizando os aspectos negativos e ignorando os positivos, o que leva a dificuldades para mudar, tomar decisões e solucionar problemas. Condizente com esses achados da literatura, a paciente, após aprender as técnicas de flexibilização de pensamento e crenças, passou a questionar as conclusões precipitadas que fazia em relação ao futuro, e isso acabou por impactar na redução dos medos e das preocupações exageradas. Também reduziu o comportamento de esquiva e permitiu a aquisição de habilidades mais funcionais, como a resolução de problemas.

Outro ponto bastante positivo conquistado com essas intervenções foi que Laura passou a enfrentar as situações novas e passou a lidar melhor com os imprevistos que ocorriam na faculdade e no grupo da igreja, melhorando a execução

Quadro 1 – Quadro de crenças disfuncionais e funcionais e/ou flexibilizados da paciente

Crenças disfuncionais	Crenças flexibilizadas e mais funcionais
“Não posso errar”	“É normal errar, as pessoas podem errar, o erro faz parte da vida, todos podemos errar”
“Sou incapaz”	“Não ser boa em algumas coisas não me faz incapaz”
“Eu não tenho autonomia” (sou incapaz)	“Mesmo que meus pais ainda me sustentem, posso ter autonomia”

Quadro 2 – Exemplo de aplicação de uma das técnicas de flexibilização cognitiva

Pensamento: não consigo tirar boas notas na escola	
Evidências a favor	Evidências contra
Não me sentei para estudar como deveria; Faltei às aulas; Não me esforcei como deveria.	Se tivesse estudo mais, teria mais chances de ir bem; Se não tivesse faltado, teria prestado mais atenção às matérias; Como eu não entendia, não me interessava em me esforçar.
Pensamento alternativo e flexibilizado: Se eu estudar e me dedicar mais, posso conseguir tirar melhores notas	

de suas tarefas diárias. Porto *et al.* (2008) apontam que temas relacionados ao perigo são pensamentos automáticos comuns dos pacientes ansiosos. Esses pensamentos envolvem imprevisibilidade e medo em relação aos eventos futuros. Quando os esquemas cognitivos relacionados ao perigo são ativados, as avaliações da realidade se caracterizam por pensamentos automáticos negativos relacionados a catástrofes físicas, psicológicas e sociais.

Os pensamentos distorcidos da paciente eram desencadeados quando ela passava por imprevistos, como ocorria quando precisava desenvolver-se no grupo de trabalho na faculdade e tocar órgão no grupo da igreja durante os cultos em que compareceriam adultos e visitantes. Essas situações a levavam a prever que não iria conseguir, que erraria naquele momento, levando-a a sentir medo e preocupação excessiva. A paciente chegava a se prejudicar na execução de algumas tarefas. De acordo com Greenberger e Padesky (2015), quando o paciente está com sintomas ansiosos, além de serem desenvolvidos pensamentos sobre ameaças, acredita-se que não se é capaz de lidar com a situação temida.

Segundo a literatura, a TCC tem como objetivo ajudar os pacientes a se desviarem de seus pensamentos automáticos, bem como a diminuir a preocupação que surge da identificação dos tipos de erros lógicos associados ao questionamento dos pensamentos (BORZA, 2017; MITO *et al.*, 2008). Uma das técnicas mais eficazes nesse processo envolve sem dúvidas a aplicação da técnica de reestruturação cognitiva, principalmente a reestruturação dos pensamentos catastróficos ligados a ameaças e/ou medos irrealistas (ALMEIDA *et al.*, 2015; MANFRO *et al.*, 2008).

Do mesmo modo, as regras e crenças de Laura foram flexibilizadas, de forma que a paciente passou a acreditar um pouco mais em si mesma e na capacidade de atuar-se frente às situações adversas. Laura percebeu que errar em situações variáveis não a fazia uma pessoa incapaz, crença relacionada ao esquema de desamparo da paciente. Através da flexibilização cognitiva, a paciente passou a identificar um aumento em suas conquistas ao se comparar com aqueles que acreditava serem mais capazes que ela. Conforme aponta Duchesne (2002), a TCC utiliza diversas técnicas para modificar o sistema de pensamentos e crenças, e uma dessas técnicas consiste em ensinar o paciente a identificar pensamentos que possam conter alguma distorção. A finalidade é tornar esses pensamentos mais funcionais. O paciente é incentivado a analisar todas as evidências disponíveis que possam confirmar ou refutar os pensamentos distorcido.

Por fim, como ressalta Wenzel (2018), a reestruturação cognitiva tem sido uma estratégia fundamental na identificação de pensamentos automáticos associados a uma mudança negativa

do humor, sendo um processo pelo qual os pacientes são ensinados a avaliarem a precisão e a utilidade desses pensamentos, para ver certa situação de maneira mais adaptativa e equilibrada. No presente estudo, depois de desenvolver habilidades para reconhecer suas distorções cognitivas e flexibilizar suas crenças, através da reestruturação cognitiva, a paciente conseguiu transformar suas preocupações errôneas e exageradas frente aos eventos e situações específicas; passou a analisar as situações e o modo como as julgava, diminuindo o comportamento de esquiva e de busca de segurança.

CONCLUSÃO

O presente estudo de caso trouxe os resultados analisados frente aos processos empregados na reestruturação cognitiva para diminuir aspectos negativos que geravam sintomas ansiosos na paciente. O tratamento obteve como resposta ganhos significativos e uma melhora do quadro de TAG, conforme evidenciado pelo uso dos Inventários de Beck. As intervenções parecem ter contribuído para diminuir as preocupações exageradas da paciente, levando à correção dessas interpretações e à redução dos sintomas ansiosos.

Outros estudos que comprovem os respectivos ganhos fazem-se necessários, apesar das variáveis técnicas. Além disso, ressalta-se que a experiência do terapeuta e a compreensão individualizada de cada paciente, considerando sua singularidade, são também aspectos importantes para a compreensão e busca de um resultado melhor. É preciso analisar cada caso e buscar mais estudos que possam corroborar essa prática.

Quanto ao tempo de tratamento realizado, não existe uma regra frente ao número de sessões a serem realizadas para o TAG. a experiência do terapeuta pode diminuir esse tempo e obter ganhos mais rápido ainda na fase inicial. No caso estudado, percebe-se que os ganhos vieram de forma aleatória, e outras situações, além da queixa, foram aparecendo e contribuindo para algumas situações de recaída.

Conclui-se que a reestruturação cognitiva, técnica utilizada pela TCC, corresponde a um modo positivo de tratamento para o transtorno de ansiedade generalizada, pois pode ajudar o paciente a examinar de modo construtivo a resposta emocional imaginada e seus comportamentos, bem como os medos iminentes diante de situações temidas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. de; MARTINS, E. M.; ALARCON, R. T. Application of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Social Anxiety. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 11, n. 1, p. 32-41, 2015.
- ALMEIDA, C. de; MARTINS, E. M.; ALARCON, R. T. Aplicação da Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo na Ansiedade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 11, n. 1, p. 32-41, 2015.
- ASSUMPCÃO, A. A.; NEUFELD, C. B.; TEODORO, M. L. M. Cognitive-behavioral therapy for treatment of diabetes. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 12, n. 2, p. 105-115, 2016.
- BECK, A. T.; DOZOIS, D. J. A. Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. **Annual Review of Medicine**, v. 62, n. 1, p. 397-409, 2011.
- BORZA, L. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 19, n. 2, p. 203-208, 2017.
- CABALLO, V. E. **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental de transtornos psicológicos**: transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos. Santos Ed., 2003.
- CLARK, D. A.; BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression**. [s.l.] John Wiley, 1999.
- COUTINHO, F. C. *et al.* Adaptation of a Cognitive-Behavioral Protocol for Generalized Anxiety Disorder Patients with Low Educational Attainment. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 3, p. 1.411-1.426, 2017.
- DSM-5 Diagnostic Classification. *In*: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. [s.l.] American Psychiatric Association, 2013.
- DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P. E. de M. Cognitive-behavioural therapy of eating disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, p. 49-53, 2002.
- GONÇALVES, R. *et al.* Potenciais biomarcadores da terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 38, n. 4, p. 155-160, 2011.
- GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. **A mente vencendo o humor**: muda como você se sente, mudando o modo como você pensa. Artmed Editora, 2016.
- GUSMÃO, E. É. da S. *et al.* Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da fobia social. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 9, n. 2, p. 118-125, 2013.
- HANS, E.; HILLER, W. A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. **Clinical Psychology Review**, v. 33, n. 8, p. 954-964, dez. 2013.
- HENNING, E. R. *et al.* Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. **Depression and Anxiety**, v. 24, n. 5, p. 342-349, 2007.
- HOFFMAN, D. L.; DUKES, E. M.; WITTCHEN, H.-U. Human and economic burden of generalized anxiety disorder. **Depression and Anxiety**, v. 25, n. 1, p. 72-90, jan. 2008.
- ITO, L. M. *et al.* Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. suppl 2, p. s96-s101, out. 2008.
- KACZKURKIN, A. N.; FOA, E. B. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 17, n. 3, p. 337-346, set. 2015.
- LONDON, D. A. *et al.* The impact of depression and pain catastrophization on initial presentation and treatment outcomes for atraumatic hand conditions. **The Journal of bone and joint surgery (American volume)**, v. 96, n. 10, p. 806-814, maio 2014.
- MAIA, A. C. C. de O. *et al.* Cognitive Behavioral Therapy: state of the art, a review. **Medical Express**, v. 2, n. 6, 2015.
- MANFRO, G. G. *et al.* Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. suppl 2, p. s81-s87, out. 2008.
- MARAFANTI, Í. *et al.* **Influência de sintomas ansiosos no desempenho acadêmico de formandos de medicina**. Disponível em: fcmscsp.edu.br [s.d.].
- MONTIEL, J. M. *et al.* Pensamentos negativos automáticos em pacientes com transtorno do pânico. **Liberabit**, v. 20, n. 2, p. 239-249, 2014.

MULLER, J. D. L. *et al.* Transtorno de Ansiedade Social: um estudo de caso. **Contextos Clínicos**, v. 8, n. 1, p. 67-78, abr. 2015.

MULULO, S. C. C. *et al.* Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 36, n. 6, p. 221-228, 2009.

OLIVEIRA, M. I. S. de. Cognitive-behavior Intervention in Anxiety Disorder: Case Account. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, n. 1, p. 30-34, 2011.

OLIVEIRA, M. I. S. de. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, n. 1, p. 30-34, 2011.

SINGULANE, B. A. R. *et al.* Aliança Terapêutica nas Terapias Cognitivo-comportamentais por Videoconferência: uma Revisão da Literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 3, p. 784-798, set. 2017.

SINGULANE, B. A. R.; SARTES, L. M. A. Therapeutic Alliance in Cognitive Behavior Therapy for Videoconferencing: A Literature Review. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 3, p. 784-798, 2017.

WENZEL, A. **Inovações em Terapia Cognitivo-Comportamental: Intervenções Estratégicas para uma Prática Criativa**. 2018.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**. [s.l.] Grupo A – Artmed, 2000.

CURRÍCULOS

* Especialista em Terapia Cognitiva pelo Centro de Terapia Cognitiva CTC VEDA

** Coordenadora Geral do Centro de Terapia Cognitiva CTC VEDA

*** Mestre pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Docente do Centro de Terapia Cognitiva CTC VEDA. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7125936809661784>

**** Doutora pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo. Docente do Centro de Terapia Cognitiva CTC VEDA. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8553808669566010>