

Temas Gerais em Psicologia 2

Janaina Merhy
(Organizadora)

 **Atena**
Editora

Ano 2018

Janaina Merhy
(Organizadora)

Temas Gerais em Psicologia 2

Atena Editora
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
T278	Temas gerais em psicologia 2 / Organizadora Janaina Maria Fernandes Merhy Picciani. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. Formato: PDF Requisitos do sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-85107-55-0 DOI 10.22533/at.ed.550181510 1. Psicologia. I. Picciani, Janaina Maria Fernandes Merhy. CDD 150
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

O conteúdo do livro e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

“Temas Gerais em Psicologia 2” é uma obra que remete à pluralidade do campo da Psicologia, uma ciência de olhares múltiplos e inúmeras possibilidades; exatamente como o seu objeto de estudo, o ser humano. Cada vez mais justifica-se o uso do termo “Psicologias” para uma área do conhecimento que não teme a diversidade de ideias e perspectivas.

Do início da Psicologia, preocupada em firmar-se como ciência, cumprindo os protocolos vigentes, até a contemporaneidade, nota-se um enorme crescimento de conhecimento e pesquisas que sustentam a atual demanda pela aplicação deste saber aos mais diversos campos.

Nesta obra é possível acompanhar o “olhar clínico” da Psicologia, na análise do vínculo terapêutico ou das distorções cognitivas em um caso de depressão; o “olhar para o grupo” das identificações adolescentes ou do ambiente pré-escolar e seus signos de saúde e patologia; o “olhar transubjetivo”, da cultura na qual estamos inseridos, através da análise de obras literárias; o “olhar social” para o comportamento sexual liberal ou para os dilemas da Psicologia Jurídica; o “olhar do pesquisador” que procura respostas nos registros documentais sobre recrutamento e seleção dos profissionais com deficiência ou nos registros sobre o material didático usado em Análise do Comportamento para a formação do Psicólogo.

Cada capítulo abre diferentes reflexões, interseções e possibilidades para o olhar atento do leitor. Desta forma, a leitura desta obra certamente provocará novos pesquisadores e psicólogos a contribuir para o desenvolvimento deste campo plural. No trânsito entre as diversas áreas da Psicologia abordadas nesta obra, evidencia-se o potencial desta ciência, que só faz crescer e instrumentalizar-se, a fim de conseguir alcançar a complexidade do homem contemporâneo.

Janaina Merhy

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
O VÍNCULO TERAPÊUTICO EM UM CASO DE IDEAÇÃO SUICIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Ana Lia Paes de Barros Mendes Regina Celia Paganini Lourenço Furigo	
CAPÍTULO 2	17
PENSO, LOGO ME COMPORTO: A FLEXIBILIZAÇÃO DE IDEIAS DISFUNCIONAIS EM UM CASO DE DEPRESSÃO	
Fábio Henrique Paulino Tatiana de Cássia Ramos Netto Jacqueline Araújo de Souza	
CAPÍTULO 3	24
UM CASO DE RESISTÊNCIA: O GAROTO QUE DEIXOU DE SER O LATERAL	
Marielle Frascareli Lima Ana Celina Pires de Campos Guimarães	
CAPÍTULO 4	33
UMA EXPERIÊNCIA FORMATIVA EM PSICOPATOLOGIA: A CORRELAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA NA DETECÇÃO DE SIGNOS NO AMBIENTE PRÉ-ESCOLAR	
Isabela Victória Teixeira Keytli Cardoso Paulino Tiago Gonçalves Corrêa	
CAPÍTULO 5	44
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E ADOLESCÊNCIAS: O “SI” ENTRE IDENTIDADES E IDENTIFICAÇÕES	
Flávia Ávila Moraes Bruno Aires Simões Juliana Pereira de Araújo	
CAPÍTULO 6	60
DILEMAS ÉTICOS DA PSICOLOGIA JURÍDICA NO SISTEMA PRISIONAL	
Erik Cunha de Oliveira	
CAPÍTULO 7	73
O COMPORTAMENTO SEXUAL LIBERAL NOS MOVIMENTOS MODERNOS	
Maria Fernanda Sanchez Maturana Vagner Sérgio Custódio Isadora de Oliveira Pinto Barciela	
CAPÍTULO 8	82
RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM DEFICIÊNCIA NO ATUAL SÉCULO: UM ESTUDO EM ATENÇÃO À SAÚDE	
Guilherme de Souza Vieira Alves Vanessa Cristina Sossai Camilo	

CAPÍTULO 9	92
A PSICOLOGIA EM MATO GROSSO DO SUL: CATALOGAÇÃO DO MATERIAL DIDÁTICO DE ANÁLISE DO COMPORTAMENTO	
Felipe Maciel dos Santos Souza	
CAPÍTULO 10	104
ANALISANDO A AFETIVIDADE NA OBRA LITERÁRIA A CULPA É DAS ESTRELAS: UMA PERSPECTIVA DOS PROCESSOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS	
Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior Kalina Galvão Cavalcante de Araújo	
CAPÍTULO 11	112
ANÁLISE DO CONTO: “A CHAVE NA FECHADURA”, DE CECÍLIA PRADA	
Sarah Thayne Rodrigues Silva Santos	
SOBRE A ORGANIZADORA	116

PENSO, LOGO ME COMPORTO: A FLEXIBILIZAÇÃO DE IDEIAS DISFUNCIONAIS EM UM CASO DE DEPRESSÃO

Fábio Henrique Paulino

Universidade do Sagrado Coração, Centro de Ciências Humanas
Bauru – São Paulo

Tatiana de Cássia Ramos Netto

Universidade do Sagrado Coração, Centro de Ciências Humanas
Bauru – São Paulo

Jacqueline Araújo de Souza

Universidade do Sagrado Coração, Centro de Ciências Humanas
Bauru – São Paulo

RESUMO: A terapia cognitivo-comportamental surgiu como sistema psicoterapêutico em meados da década de 60, por meio do psiquiatra norte-americano Aaron Temkin Beck. Foi concebido um modelo de psicoterapia estruturado, de curta duração, voltado para o presente, direcionado para a solução de problemas atuais e para modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Esse estudo objetiva descrever as práticas clínicas de uma intervenção psicológica realizada em uma clínica-escola de uma universidade particular do interior de São Paulo, tendo como fundamentação metodológica a terapia cognitivo-comportamental. A paciente mencionada nesse estudo é uma mulher adulta de 36 anos, solteira, que apresentou como

queixa principal o sofrimento causado por sintomas depressivos. Ao todo foram realizados 16 atendimentos, cada um ocorrendo com frequência semanal ou quinzenal, tendo em média 50 minutos de duração. O foco das intervenções foi voltado para a flexibilização das crenças disfuncionais da paciente, que envolviam a ideia de ser inadequada e de que os vínculos sociais iriam lhe causar algum tipo prejuízo. Após o término do processo, as crenças disfuncionais manifestadas a priori pela paciente foram flexibilizadas, o que proporcionou um considerável ganho em qualidade de vida, permitindo-a vivenciar novas experiências sociais, além de contribuir com a remissão dos sintomas depressivos. Dessa forma, é possível compreender a terapia cognitivo-comportamental como um modelo teórico extremamente efetivo para casos clínicos de depressão, pois apresenta resultados expressivos em um espaço de tempo consideravelmente curto.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia cognitivo-comportamental. Depressão. Psicologia clínica.

ABSTRACT: Cognitive Behavioral Therapy (CBT) first came to light as a psychotherapeutic system in the mid sixties developed by American psychiatrist Aaron Temkin Beck. It was previously thought as a short-term and present-targeted structural psychotherapy model, led to current

problem-solving issues, thought modification as well as dysfunctional behaviors back then. This paperwork aims to describe the clinical practices of a psychological intervention carried out at a private university school clinic in São Paulo State countryside, having the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) as its methodological fundamentals. The so-called patient treated all along this study is a 36-year-old single lady whose suffering had supposedly been caused by depressive symptoms. Sixteen appointments as a whole, each one taking place weekly or every two weeks, lasting fifty minutes on average. Interventions focus was turned to patient's dysfunctional beliefs flexibilization, which majorly involved the idea of being unfit and that these social peers relations would cause her any kinds of damage. After finishing the ongoing process, the dysfunctional beliefs unleashed a priori by the patient have been softened, enabling a considerable life quality gain and allowing the patient live up to good social experiences, besides slowing down depression symptoms. On that ground, it is possible to understand Cognitive Behavioral Therapy (CBT) as an extremely effective theoretical model for clinical cases of depression, as it presents exciting outcomes within a considerably short space of time.

KEYWORDS: Cognitive Behavioral Therapy. Depression. Clinical Psychology.

1 | BREVE INTRODUÇÃO SOBRE O MODELO COGNITIVO

O modelo cognitivo foi originalmente construído através de pesquisas conduzidas por Aaron Temkin Beck. Em meados da década de 60, o psiquiatra norte-americano desenvolvia trabalhos que tinham como objetivo explicar os processos psicológicos na depressão, em uma tentativa de provar a hostilidade retrofletida reprimida, conforme sugeria a teoria freudiana.

Os dados coletados apontaram para resultados inesperados para Beck. Ao invés de hostilidade e raiva, a pesquisa sobre os sonhos dos pacientes deprimidos mostrou um “senso de derrota, fracasso e perda”. Os temas de pacientes deprimidos ao dormirem eram consistentes com seus temas em vigília; sonhos poderiam ser simplesmente um reflexo dos pensamentos do indivíduo. Baseado em uma pesquisa sistemática e observações clínicas, Beck propôs que os sintomas de depressão poderiam ser explicados em termos cognitivos como interpretações tendenciosas das situações, atribuídas à ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro – a tríade cognitiva (BECK, 1976).

Como consequência natural, Beck começou a questionar cada vez mais o modelo de motivações inconscientes da psicanálise e o seu método terapêutico, principalmente a ênfase da psicanálise em conceitualizações motivacionais e afetivas como causa dos transtornos emocionais, que ignoram em grande parte os fatores cognitivos, como foi substanciado por seus achados sobre depressão (BECK, 1963). Estabelecendo as bases para a teoria e terapia cognitivas, Beck passou a diferenciar a abordagem cognitiva da psicanalítica, focando o tratamento em problemas presentes,

em oposição a desvelar traumas escondidos do passado, e na análise de experiências psicológicas acessíveis, ao invés de inconscientes (BECK, 1976).

A premissa fundamental da TCC postula que não é a situação (concreta) a real responsável pela alteração de humor e comportamentos de uma pessoa. Frente a um estímulo, o sujeito percebe e processa o evento de forma particular, fenômeno chamado de pensamento automático. O que ocorre, principalmente em pessoas adoecidas, é o processamento distorcido (este é espontâneo e muito rápido) da realidade. Esse erro no processamento da realidade é nomeado como distorção cognitiva.

Os pensamentos automáticos distorcidos podem ser compreendidos como uma camada superficial de cognições mais profundas e rígidas, chamadas de crenças nucleares. Em outras palavras, as crenças são responsáveis por “modelar” o padrão de pensamentos de cada pessoa. O desenvolvimento dessas crenças ocorre ao longo da vida de cada sujeito (desde o nascimento até a morte). Sua construção ocorre por meio das suas interações com o ambiente externo, resultando no desenvolvimento de concepções rígidas sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro.

O objetivo principal da terapia cognitivo-comportamental, desde seus primórdios, tem sido reestruturar e corrigir esses pensamentos distorcidos e colaborativamente desenvolver soluções pragmáticas para produzir mudança e melhorar transtornos emocionais (KNAPP & BECK, 2008, p. s57).

O presente relato de caso visa expor práticas interventivas baseadas no modelo desenvolvido pelo psiquiatra Aaron T. Beck. Por meio de técnicas cognitivo-comportamentais, foi desenvolvido um plano de intervenção voltado para uma mulher adulta com sintomas depressivos e aplicado de forma colaborativa com a paciente.

2 | METODOLOGIA

As práticas clínicas foram desenvolvidas em uma clínica-escola de Psicologia de uma Universidade particular situada no interior de São Paulo. Ao todo, foram realizados 16 atendimentos que tinham em média 50 minutos de duração. No início do processo terapêutico, as sessões aconteceram com frequência semanal e posteriormente, conforme a paciente passou a ter mais autonomia e o momento da “alta” se aproximou, o intervalo entre sessões passou a ser quinzenal. A paciente mencionada nesse estudo é uma mulher adulta de 36 anos, solteira, que trabalha atualmente como operadora de caixa. No momento em que entrevista inicial foi realizada, a paciente apresentou como queixa principal o sofrimento intenso causado por sintomas depressivos, como tristeza, falta de energia, irritabilidade, perda da libido, insônia e isolamento social.

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2014), para ser diagnosticado com um transtorno depressivo maior, o paciente precisa de cinco dos seguintes sintomas presentes durante o período de duas semanas: a) humor deprimido na maior parte do dia; b) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia; c) redução ou aumento do apetite quase todos os

dias; d) insônia ou hipersonia quase todos os dias; e) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; f) fadiga ou perda de energia quase todos os dias; g) sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; h) capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão; i) pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

3 | DESENVOLVIMENTO DE CRENÇAS DISFUNCIONAIS, COMPORTAMENTOS DE RISCO E MANUTENÇÃO DE SINTOMAS

Quanto ao seu histórico pessoal, a paciente cresceu em um ambiente extremamente conturbado. A dinâmica familiar era marcada por constantes agressões físicas e psicológicas. Sua mãe e um de seus irmãos são diagnosticados com esquizofrenia. Por não ser medicada corretamente, sua mãe tinha constantes crises. Os delírios persecutórios de sua mãe marcaram a infância e adolescência da paciente, que ouvia constantemente que as pessoas eram ruins e poderiam causar algum mal para ela. Aos 25 anos, a paciente deixou sua família e mudou-se para outra cidade com sua namorada. Alguns anos depois, foi traída por sua companheira e passou a morar sozinha. A traição culminou para o fortalecimento de sua crença em que as pessoas eram ruins.

A solidão fez com que a paciente desenvolvesse sintomas depressivos. Além do ambiente familiar conturbado, a paciente tinha muito medo de que sua família descobrisse sua orientação sexual (sentia-se inadequada por ser homossexual). Isso fez com que suas visitas aos familiares acontecessem esporadicamente, apenas quando julgava como realmente necessárias. Sem manter um vínculo familiar saudável e com o círculo social extremamente reduzido, a paciente passava horas trancada em seu quarto assistindo televisão. Exceto em suas horas de trabalho, ela evitava qualquer tipo de aproximação social.

Apesar de se sentir só e sofrer muito com a ausência de interações sociais afetivas, a paciente imaginava consequências catastróficas caso se atrevesse a criar novos vínculos interpessoais (ou retomar antigos), o que fez com que se isolasse cada vez mais. Essas cognições e comportamentos alimentaram um ciclo vicioso, responsável pela manutenção de sintomas depressivos por muitos anos.

4 | AS SESSÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O primeiro contato com a paciente foi destinado à realização de uma entrevista inicial. Nesse momento, foram levantadas informações básicas sobre a paciente, como: idade, profissão, estado civil, escolaridade, queixas (principal e secundárias), uso de medicamentos, entre outros.

Por meio das informações levantadas nesse primeiro momento, foi possível iniciar a construção da conceituação cognitiva da paciente. Beck e Newman (2005) descrevem a conceituação de caso como uma avaliação histórica e prospectiva de padrões e estilos de pensamento. Nessa conceituação, são mapeadas as crenças centrais, crenças intermediárias (suposições, regras condicionadas e estratégias compensatórias), esquemas, fatos relevantes para a formação destas cognições e três situações interpretadas pela crença em vigor.

Como forma de mensurar de forma quantitativa os resultados obtidos ao longo do processo psicoterapêutico e acompanhar a evolução da paciente, as Escalas de Beck (BDI, BAI e BHS) foram aplicadas na grande maioria das sessões. A partir do segundo atendimento, a lista de dificuldades e metas (LDM) começou a ser construída de forma colaborativa com a paciente.

A LDM trata-se de uma sistematização de problemas e metas de diversas áreas da vida da paciente (social, afetiva, acadêmica, familiar, trabalho, entre outras), envolvendo: a) um problema; b) uma meta para resolução desse problema; c) submetas para alcançar a meta estabelecida. Essa lista deve ser extremamente clara, objetiva e concreta, tornando mais fácil a operacionalização por parte do paciente e fornecendo esperança para o tratamento. A LDM embasou o plano de ação desenvolvido pelo terapeuta, que norteou suas intervenções de acordo com as problemáticas e metas levantadas pela paciente.

Ao longo do processo, o terapeuta realizou diversos processos de psicoeducação, tendo como objetivo engajá-la no modelo cognitivo-comportamental. A frase seguinte foi transcrita de uma das sessões, onde a paciente relata de forma metafórica a maneira como assimilou os conceitos da terapia cognitivo-comportamental: “Às vezes, na correria do dia a dia, acabo batendo meu braço e nem me dou conta do que houve. Algumas horas depois, olho para ele e percebo que há um hematoma roxo. O mesmo acontece com nossas emoções. Às vezes, não nos atentamos aos pensamentos, e as emoções permanecem por um bom tempo lá, como o roxo do braço e só vai melhorar quando nós cuidamos dele. “A participação ativa da paciente no processo é fundamental para que seja desenvolvido um senso de autonomia. O ato de ser “autoterapeuta” estende os ganhos da sessão e é um dos principais pontos determinantes para o processo de alta e prevenção de recaída.

Beck (1979) sugere que através da psicoterapia, o paciente aprende a monitorar, testar na realidade e modificar padrões estereotipados de pensamentos negativos. Assim, seriam desenvolvidas novas formas de pensar sobre si mesmo e sobre o mundo. Tais habilidades permitiriam lidar mais eficazmente com as depressões posteriores, abortar depressões incipientes, e, possivelmente, até mesmo prevenir novas depressões (ALMEIDA & NETO, 2003, p. 241).

Algumas das principais técnicas utilizadas no processo terapêutico foram: a) questionamentos socráticos: ao invés de debater ou confrontar as cognições disfuncionais, o terapeuta guia o paciente para a descoberta (KNAPP, 2004); b) RPD – Registro de Pensamento Disfuncional: estimula-se constantemente o inquérito sobre

a veracidade dos padrões cognitivos (WRIGHT, 2008); c) intervenções para ideação suicida: investigação de motivos para viver x motivos para morrer, vantagens de estar vivo e de estar morto (curto, médio e longo prazo); d) exercício de descatastrofização: registro do pior resultado possível, do melhor resultado possível e decisão, com base em experiências passadas, o que é mais provável que aconteça: a catástrofe, o melhor resultado ou um resultado intermediário (MCMULLIN, 2005); e) ativação comportamental: planejamento de atividades que oferecem sentimento de realização ou prazer, além de melhorar o humor e o comportamento. O paciente se torna mais ativo e desenvolve a autoeficácia (BECK, 2013); f) atribuição de tarefas de casa: com base nos objetivos de cada etapa do processo terapêutico, foram desenvolvidas atividades práticas fora da sala de atendimento, responsáveis por estender os ganhos da sessão mesmo sem a supervisão direta do terapeuta.

5 | RESULTADOS E REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO TERAPÊUTICO

Após o desenvolvimento de 16 sessões, a paciente recebeu alta do processo psicoterapêutico. A tomada de decisão foi realizada de forma colaborativa, considerando o prognóstico clínico e a vontade da paciente. Uma das variáveis importantes para obtenção de resultados positivos foi a qualidade da Aliança Terapêutica e a participação ativa da paciente no processo.

De forma geral, a Aliança Terapêutica tem sido descrita como um elemento fundamental do processo psicoterapêutico por ser uma das variáveis relacionadas tanto à adesão quanto ao resultado do tratamento (HORVATH & LUBORSKY, 1993). Nesse sentido, ela pode ser considerada como uma pré-condição para que um processo psicoterápico possa se estabelecer (CORDIOLI, CALICH & FLECK, 1989).

O sucesso nas práticas da paciente colaborou para que sua postura se mantivesse ativa e com esperança, mesmo nos momentos conflituosos e de maior dificuldade. Ao avaliar de forma comparativa os escores obtidos nas Escalas de Beck, a melhora da paciente é evidente. No momento da entrevista inicial, onde ocorreu o primeiro contato entre o terapeuta e a paciente, o escore foi de 15 pontos no BDI (inventário de depressão); 13 no BAI (inventário de ansiedade) e 8 no BHS (inventário de desesperança). Esses valores apontavam para um índice leve de depressão, ansiedade e desesperança, além de uma considerável ideação suicida (levando e conta a análise qualitativa e investigação dos itens assinalados no BDI).

A evolução do quadro foi gradual, e na décima primeira sessão, os escores obtidos pela paciente foram de 5 no BDI, 0 no BAI e 1 no BHS, evidenciando níveis mínimos de depressão, ansiedade e desesperança, além da ausência total de cognições ligadas ao suicídio. A melhora mensurada por meio da ferramenta foi condizente com a postura, funcionamento cognitivo e humor da paciente.

O esquema de inadequação e as crenças centrais da paciente foram flexibilizadas, assim como padrões cognitivos mais saudáveis foram desenvolvidos. A lista de

dificuldades e metas foi reavaliada pela paciente, que atribuiu altos escores de sucesso para a grande maioria dos problemas elencados no início do processo terapêutico. Não havendo mais pendências ou demandas para terapia, de forma consensual, a paciente recebeu alta do processo terapêutico.

Concluindo, após o levantamento e reflexão dos resultados aqui evidenciados, podemos compreender a terapia cognitivo-comportamental como uma importante abordagem de intervenção clínica, mostrando-se extremamente efetiva para casos de depressão, sendo capaz de promover bem-estar psicológico aos usuários em um espaço de tempo reduzido.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M.; LOTUFO NETO, F. **Revisão sobre o uso da terapia cognitiva-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas.** Rev. Bras. Psiquiatria, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 239-244, out. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de junho de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000400011>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Artmed Editora, 2014.

BECK, A. T. **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders.** New York: International Universities Press; 1976.

BECK, A. T. **Thinking and depression.** Idiosyncratic content and cognitive distortions. Arch Gen Psychiatry, 1963.

BECK, A. T. & NEWMAN, C. F. **Cognitive therapy.** In: Kaplan & Sadock's. Comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva-Comportamental: teoria e prática.** 2ª Ed. Porto Alegre. Artmed, 2013.

CORDIOLI, A.; CALICH, J. & FLECK, M. **Aliança terapêutica: uma revisão de conceito.** In C. Eizirik, R. Aguiar, & S. Schestatsky (Orgs.), Psicoterapia de Orientação Analítica: Teoria e Prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

HORVATH, A. O. & LUBORSKY, L. **The role of the therapeutic alliance in psychotherapy.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993.

KNAPP, P. **Princípios da Terapia Cognitiva.** In: Knapp P. (org.) Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

KNAPP, P. & BECK, A. T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva.** Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s54-s64, out. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de junho de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>.

MCMULLIN, R. E. **Manual de técnicas em terapia cognitiva.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

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

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-85107-55-0

