



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

INTRODUÇÃO

O que é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)?

A Terapia Cognitivo Comportamental ou TCC é uma abordagem da psicoterapia baseada na combinação de conceitos do Behaviorismo radical com teorias cognitivas. A TCC entende a forma como o ser humano interpreta os acontecimentos como aquilo que nos afeta, e não os acontecimentos em si. Ou seja: é a forma como cada pessoa vê, sente e pensa com relação à uma situação que causa desconforto, dor, incômodo, tristeza ou qualquer outra sensação negativa.

A Terapia Cognitiva foi fundada no início dos anos 60 por Aaron Beck, Neurologista e Psiquiatra norte-americano. Beck propôs, inicialmente, um “modelo cognitivo da depressão” e que posteriormente evoluiu para a compreensão e tratamento de outros transtornos.

Essa abordagem é bastante específica, clara e direta. É utilizada para tratar diversos transtornos mentais de forma eficiente. Seu objetivo principal é identificar padrões de comportamento, pensamento, crenças e hábitos que estão na origem dos problemas, indicando, a partir disso, técnicas para alterar essas percepções de forma positiva. A TCC se destina tanto ao tratamento dos diferentes transtornos psicológicos e emocionais como a depressão, ansiedade, transtornos psicossomáticos, transtornos alimentares, fobias, traumas, dependência química, entre outros.

Além disso, a Terapia Cognitivo Comportamental auxilia nas diversas questões que envolvem nossa vida como um todo, como: dificuldades nos relacionamentos, escolhas profissionais, luto, separações, perdas,



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

estresse, dificuldades de aprendizagem, desenvolvimento pessoal e muitos outros.

Como funciona a Terapia Cognitivo Comportamental?





CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

Sabendo que o objetivo principal da Terapia Cognitivo Comportamental é mudar os sistemas de significados dos pacientes para alterar suas emoções e comportamentos com relação às situações, o primeiro passo da terapia é entender esses sistemas.

Para isso, durante as sessões de TCC, o psicólogo vai identificando sentimentos, pensamentos e comportamentos de determinadas situações descritas pelo paciente. A partir disso, alguns padrões vão sendo identificados. São esses padrões que determinam crenças e percepções para cada experiência vivida.

Diante dos padrões mal adaptativos ou disfuncionais de pensamentos, cabe ao terapeuta auxiliar o paciente a encontrar novas possibilidades de pensamentos alternativos e mais funcionais que possibilitem uma boa adaptação à sua realidade social. Isso é feito a partir da determinação de um foco e de metas para que, com o tempo, o paciente adquira sua autonomia e possa lidar com as questões por conta própria. Esta é a reestruturação cognitiva e comportamental que dá nome à abordagem.

Os pontos determinantes de compreensão e atuação do TCC são:

Ambiente ou situação onde ocorre o problema



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

Pensamentos e sentimento envolvidos no problema

Estado de humor e emoção resultantes

Reação física

Comportamento

Por exemplo: você já deve ter vivido alguma situação onde precisou apresentar um assunto para um grupo de pessoas. Antes da apresentação, os pensamentos automáticos costumam gerar angústia e ansiedade, criando cenários mentais negativos que nem aconteceram ainda. Esses cenários podem ser: acreditar que ninguém irá gostar da apresentação, sentir que ficará nervoso, suando, gaguejando, que falará algo de errado e passará vergonha, por exemplo. São essas percepções que acabam gerando comportamentos negativos e criando situações desconfortáveis.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S



Cada pessoa olha para as situações da vida pelo seu buraco de percepções.

Isso não significa que, apenas adquirindo pensamentos positivos, as situações serão diferentes. É preciso olhar para cada situação de forma mais aprofundada e complexa, compreendendo os padrões de percepção e comportamentos já enraizados em cada pessoa. A solução é desconstruir esses pensamentos, gerando uma flexibilidade de comportamento.

Quando pensamento, emoção e comportamento estão em equilíbrio, é muito mais fácil agir de forma consciente e sem prejuízos. Para isso, é preciso saber distinguir os sentimentos da própria realidade,



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

entendendo como um influencia o outro e avaliando de forma crítica a veracidade de nossos pensamentos automáticos. Com isso, é possível desenvolver habilidades para perceber quando essas suposições aparecem, interrompendo e modificando suas consequências.

Algumas técnicas da TCC

Entre as técnicas para mudanças de comportamento dentro da Terapia Cognitivo Comportamental estão:

Reversão de hábitos para aumentar a percepção do paciente sobre cada episódio que traz desconforto. Gerar a capacidade de interromper isso com uma resposta mais adequada.

Aumentar a consciência para identificar os fatores desencadeantes e as sequências de acontecimentos associados com determinado sintoma ou comportamento.

Monitoramento e registro de cada ocorrência. Anota-se informações como dia e hora, localização, pensamentos, sentimentos e emoções que podem ser úteis ao tratamento.

Utilização de uma resposta adequada para controlar a reação.

Controle de stress, ensinando maneiras eficientes de respiração, relaxamento muscular e técnicas cognitivas para ajudar o controle da angústia.

Prevenção de recaídas, ensinando o paciente a lidar com os fatores que desencadeiam situações negativas.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

Quem precisa fazer Terapia Cognitivo Comportamental?

Todos podem fazer a Terapia Cognitivo Comportamental: homens, mulheres, crianças, adultos, pessoas com algum transtorno mental ou que estão passando por qualquer tipo de conflito interno.

Entretanto, a TCC é altamente recomendada principalmente em casos de depressão, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo, síndrome do pânico, fobia social e outras situações que possuem como base fundamental os comportamentos, pensamentos e emoções da pessoa com relação à vida.

Para quem possui o diagnóstico de problemas psicológicos, normalmente serão realizadas entre 10 e 20 sessões de Terapia Cognitivo Comportamental. Para cada perfil de paciente serão aplicadas técnicas diferentes no tratamento. Seu curto tempo de duração, ação de forma prática para melhorar comportamentos específicos e eficácia comprovada na cura de transtornos são os principais fatores que fazem com que esse tipo de abordagem seja um dos mais procurados atualmente.

Na Terapia Cognitivo Comportamental, a relação entre paciente e terapeuta deve ser de colaboração mútua. A eficácia do tratamento se dá, em grande parte, pela qualidade desta relação. É o bom vínculo que impulsiona o paciente a manifestar melhor os seus próprios sentimentos durante a sessão.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

A terapia comportamental tem como base as teorias e princípios da aprendizagem que se desenvolveram a partir do início do século XX, apoiando-se principalmente nos conceitos de:

- condicionamento clássico (Pavlov),
- condicionamento operante (Skinner) e,
- aprendizagem social (Bandura).

Sistema de terapia cujo princípio básico é de que as cognições (pensamentos, crenças, interpretações) de um indivíduo frente a situações influenciam suas emoções e comportamentos. O terapeuta atua sobre as cognições, a fim de alterar as emoções e comportamentos que as acompanham. Proposta inicialmente por Aaron T. Beck (1976) que observou a existência de três principais áreas de distorção cognitiva na depressão (triade cognitiva):

- **Visão negativa de si mesmo,**
- **Visão negativa do ambiente de vida e**
- **Visão negativa para o futuro.**
- Beck propôs o uso de estratégias para corrigir tais distorções, que se revelaram efetivas. Posteriormente a terapia cognitiva foi estendida para diversos outros transtornos.

Os modelos principais de disfunção no processamento de informações são baseados em:

Pensamentos automáticos - são cognições que aparecem rapidamente em uma determinada situação e não estão sujeitos à análise racional, relacionados, geralmente, com base em uma lógica defeituosa (erros cognitivos);



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

Crenças centrais (incorporadas aos esquemas) incluem as regras básicas para a seleção e codificação da informação no ambiente.

Estas construções organizacionais são desenvolvidas através da experiência da infância e influências posteriores.

As distorções cognitivas resultam em comportamentos desajustados e que causam sofrimento psíquico.

- **CRENÇAS CENTRAIS** - Em nossa experiência de vida, desde a infância, é possível desenvolver ideias negativas, distorcidas da realidade, equivocadas pela percepção que temos sobre os eventos da vida. Tais ideias se enraízam em nossa mente e são incorporadas como verdades absolutas e geram sofrimento psicológico ao longo dos anos da idade adulta. Essas ideias são chamadas, na Terapia Cognitiva, de crenças centrais. As crenças centrais podem ser:
- **DESAMPARO** - a pessoa tem uma certeza (irracional/inconsciente) de que é incompetente e sempre será um fracassado.
- Ex de PA: Sou inadequado, ineficiente, incompetente; Sou fraco e descontrolado; Eu não consigo mudar; Eu não tenho atitude; Sou uma vítima; Sou vulnerável, inferior, um fracasso, um perdedor; Não sou igual aos outros.
- **DESAMOR** - a pessoa tem a certeza (irracional/inconsciente) de que será rejeitada. Ex de PA: Sou diferente, indesejável, feio, monótono, não tenho nada a oferecer; Não sou amado, querido, sou negligenciado; Sempre serei rejeitado, abandonado, sempre estarei sozinho; Sou diferente, imperfeito,



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

não sou bom o suficiente para ser amado. **DESVALOR** - a pessoa acredita ser inaceitável e sem importância alguma. Ex de PA: Sou inaceitável; Sou mau, louco, derrotado; Sou um nada, um lixo. Sou cruel, perigoso, maligno; Não tenho valor, e não mereço viver.

Essas crenças podem ser:

Em relação a si mesmo: citado acima

Em relação aos outros: Os outros são categorizados de maneira inflexível. São vistos como desprezíveis, frios, prejudiciais, ameaçadores e manipuladores. Também é possível desenvolver uma crença positiva em relação aos outros e em detrimento a si mesmo: as pessoas são superiores, muito eficientes, amáveis e úteis (diferente de si mesmo)

Em relação ao mundo: o mundo é injusto, hostil, imprevisível, incontrolável, perigoso. As crenças centrais são conteúdos dos esquemas cognitivos mal adaptativos e agem como uma lente que afeta a Percepção, isto é, a pessoa passa a ver a situação apenas de um ponto de vista (equivocado, distorcido, exagerado).

Com essas ideias na mente, a pessoa vai criando Estratégias Compensatórias para lidar com o sofrimento. Tais estratégias podem ser desadaptativas trazendo desajustes emocionais. EXEMPLO:

Crença central: Sou insignificante Estratégia: É melhor eu me isolar, evitar aproximação.

Crença central: sou vulnerável Estratégia: Agir com firmeza, dominar, evitar qualquer possibilidade de ser prejudicado.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S



Distorções Cognitivas, exemplos:

Inferência Arbitrária – concluir ao contrário do que apontam as evidências;

Abstração Seletiva (Filtro Mental) – concluir baseando-se apenas em uma pequena parte de dados;

Magnificação ou Minimização – avaliar distorcidamente a importância relativa dos eventos, para mais ou para menos;

Personalização – relacionar eventos externos a própria pessoa quando não há indícios para tanto;

Pensamento Dicotômico – classificar as pessoas ou a si mesmo em categorias rígidas e estanques;

Pensamento Catastrófico – previsão de um pior desfecho possível, sem levar em conta as alternativas.

Na década de 70 houve um grande desenvolvimento e reconhecimento da terapia comportamental devido ao surgimento de



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

novas técnicas, especialmente no tratamento de fobias, obsessões e disfunções sexuais.

Foi nesta época que Lang, Rachman e outros desenvolveram a ideia de que um problema psicológico poderia ser compreendido sob três enfoques diferentes (ou “três sistemas”) ligados entre si, tais como: os sistemas comportamental, cognitivo/afetivo e fisiológico. Esta ideia representou uma quebra com a visão unitária dos problemas psicológicos que até então existia.

“A designação mais abrangente de terapia cognitivocomportamental (TCC) é a mais usual na atualidade, pois utiliza ao mesmo tempo intervenções típicas do modelo cognitivo, como as técnicas destinadas à correção de crenças e pensamentos disfuncionais e incorpora técnicas comportamentais da terapia comportamental, como a exposição e o uso de reforçadores, entre outras”.

(KNAPP, 2008)

OBJETIVO DA TCC

Seu objetivo é compreender sistematicamente os processos que mantêm a condição do sofrimento emocional, identificar as ideias, memórias, pensamentos e comportamentos que prejudicam a pessoa, refletindo sobre elas e, posteriormente, testando novos paradigmas de pensamento e comportamento para que seja possível o desenvolvimento de uma vida mais saudável e flexível.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S



O PAPEL DO TERAPEUTA

É importante que o terapeuta se comporte de forma a minimizar o sofrimento do cliente. Para isso é necessário que ele apresente-se como uma audiência não-punitiva e como um agente reforçador, trazendo um aumento da tolerância do cliente para a exposição a emoções aversivas e maximizando as chances do cliente aceitar interpretações, seguir instruções e atentar quaisquer intervenções que o terapeuta possa fazer.

Na TCC os terapeutas:

Encorajam o reconhecimento e a identificação de pensamentos patológicos em dois níveis de processamento de informações relativamente autônomos:

pensamentos automáticos e



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

crenças centrais.

Ensinam os pacientes a utilizar técnicas para “pensar sobre o pensamento” a fim de atingir a meta de trazer as cognições autônomas à atenção e ao controle consciente.

CARACTERÍSTICAS DA TCC

Constitui um sistema de psicoterapia integrado, combinando o modelo cognitivo de personalidade e de psicopatologia a um modelo aplicado, que reúne um conjunto de princípios, técnicas e estratégias terapêuticas fundamentado diretamente em seu modelo teórico.

Demonstra aplicabilidade eficaz, segundo estudos controlados, em áreas diversas, por exemplo: educação, esporte, organizações, tratamento de distúrbios psíquicos e orgânicos, etc.

É focal, requerendo uma definição concreta e específica dos problemas do paciente e das metas terapêuticas.

Possui um caráter didático, em que o objetivo não é unicamente ajudar o paciente com seus problemas, mas dotá-lo de um novo instrumento cognitivo e comportamental, a fim de que ele possa perceber e responder ao real de forma funcional. As sessões, bem como o processo terapêutico, são semiestruturadas, envolvendo tarefas entre as sessões. É colaborativa, ou seja, reflete um processo em que ambos, terapeuta e paciente, têm um papel ativo, ou seja, as intervenções são explícitas, envolvendo feedback recíproco entre o terapeuta e o paciente. É um processo terapêutico de tempo curto e limitado, podendo sua aplicação variar entre aproximadamente de 10



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

a 20 sessões. Mostra-se eficaz para diferentes populações, independente da cultura e níveis socioeconômicos ou educacionais.

FASES DA PSICOTERAPIA

Primeira Fase – enfatiza-se a definição da estratégia de intervenção, ou seja, a conceitualização cognitiva do paciente e de seus problemas, a definição das metas terapêuticas e do planejamento do processo de intervenção; Segunda Fase – o terapeuta objetiva a normalização das emoções do paciente para promover a motivação do paciente para o trabalho terapêutico e sua vinculação ao processo. Terceira Fase – o terapeuta enfatiza a intervenção em nível estrutural, ou seja, o desafio das crenças e esquemas disfuncionais, objetivando promover a reestruturação cognitiva. Quarta Fase – onde promove-se, através de várias técnicas, a assimilação e generalização dos ganhos terapêuticos, bem como a prevenção de recaídas.

Término:

A terapia em seu formato semanal deve ser encerrada quando a maioria dos sintomas tiver sua intensidade reduzida significativamente, causando interferência mínima na rotina de vida do paciente. • Nessa fase, faz-se a revisão das técnicas aprendidas e orienta-se para a prática contínua das mesmas, visando-se assim, a manutenção da melhora clínica. • Deve-se também atentar para a recaídas e seus potenciais desencadeantes. • Finalmente, as consultas podem ser espaçadas ao longo de um período, até a alta propriamente dita.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

TRANSTORNOS INDICADOS

Depressão

Transtornos de Ansiedade

Transtornos Alimentares

Abuso de Substâncias e de Álcool

Transtornos de Personalidade

Transtorno Psicótico (Esquizofrenia, transtorno delirante).

Transtorno Bipolar

Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade

Dor Crônica

CASOS CONTRAINDICADOS

Doença mental orgânica, que implique comprometimento cognitivo (Demência).

Retardo Mental.

Pouca capacidade para trabalhar introspectivamente (incapacidade de identificar pensamentos, emoções, crenças e expressá-los em palavras).

Psicose aguda.

Patologia grave do caráter borderline ou antissocial.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

Ausência de Motivação.

Reestruturação Cognitiva:

Inicia-se pela identificação e pelo registro de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais. Subsequentemente, é feita uma análise dos “erros de lógica” inerentes às interpretações catastróficas. Para isso, é importante que o paciente considere tais pensamentos como meras hipóteses, e não como fatos. A forma mais usual de corrigir esses erros de lógica é o chamado questionamento socrático. Nessa técnica, o paciente, juntamente com o terapeuta, faz um exame das evidências que apoiam o seu pensamento e das evidências que são contrárias, a fim de descobrir formas alternativas de interpretar suas sensações físicas.

Após a análise das probabilidades, elaboram-se novas alternativas, que são chamadas de “lembretes” (por exemplo: “estou tendo um ataque que não mata nem enlouquece”).

Técnicas de Relaxamento

A ansiedade é uma resposta de proteção, que prepara o organismo para atacar ou fugir de perigos reais ou não. O relaxamento é um processo psicofisiológico, de aprendizagem das respostas biológicas de relaxamento e inclui:

Exercícios de respiração – treino em padrões de baixas taxas de respiração, inspiração-expiração profundas e amplas e respirações



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

diafragmáticas. Esse treino distrai o paciente, dando-lhe sensação de controle sobre o organismo.

Relaxamento muscular progressivo – tensionar e relaxar diferentes grupos musculares para obtenção de um estado de conforto e bem-estar.

Dessensibilização Sistemática

O paciente, durante um estado de relaxamento físico, vai imaginar uma hierarquia de situações que lhe provocam ansiedade, com o objetivo de familiarizar-se com elas e, ao mesmo tempo, com a finalidade de reduzir as respostas ansiosas. Uma das principais técnicas utilizadas no tratamento da fobia social e específica e síndrome do pânico.

Treino de Assertividade

Orienta-se o paciente a emitir respostas adequadas em situações específicas ou pelo ensaio comportamental (procedimento para o treino da assertividade). É uma técnica eficaz no tratamento da fobia e da ansiedade social.

Role-Playing

Terapeuta e cliente se comportam imitando o comportamento de alguma pessoa relevante no ambiente natural do sujeito ou fazendo uma representação do comportamento do próprio sujeito em alguma situação social. Serve para treinar o paciente a interagir adequadamente em situações sociais.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

Parada do Pensamento

É uma técnica de autocontrole, que consiste em formular um pensamento indesejado e com um comando de “pare” em voz alta, impedir a evolução do pensamento. Essa técnica é muito útil porque a presença de pensamentos incômodos favorece a ocorrência de comportamentos indesejáveis. Muito utilizada no tratamento do estresse pós-traumático.

Autoinstrução

Consiste em ensinar ao paciente a desenvolver pensamentos adequados à situação temida e realísticos quanto às possíveis consequências do comportamento. “O que mais poderia acontecer?”

Inoculação do Estresse

Consiste em treinar o paciente na vivência de uma situação estressante, para que ele desenvolva recursos de enfrentamento a serem utilizados na situação temida real. Muito utilizada no tratamento do pânico, fobias específicas, transtorno do estresse pós traumático, ansiedade generalizada, alcoolismo, entre outros. O treinamento é programado conforme a queixa, as características e as necessidades de cada paciente e realizado em três etapas:

Preparação: o terapeuta informa e educa o paciente com relação ao conceito e a causa da ansiedade e do medo.

Treino em habilidade básicas: o paciente, inicialmente, antecipa a situação crítica e descreve o evento estressante. Aprende e ensaia



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

respostas adequadas de autoinstrução para enfrentamento dessas situações.

Confronto: o paciente é colocado com situações reais, reconhecidas como estressantes, nas quais terá a oportunidade de aplicar suas habilidades. Iniciando com situações de dificuldade média, é orientado a confrontar cada situação e analisar suas respostas de enfrentamento.

Solução de Problemas

Reconhecer e descrever o problema, apontando suas especificidades.

- Determinar os objetivos e propor possíveis estratégias viáveis de ação ao alcance da realidade pessoal do paciente.
- Ponderar sobre possíveis consequências de cada estratégia proposta, analisando ganhos e perdas a curto e médio prazo.
- Avaliar se a alternativa selecionada esta conduzindo ao resultado desejado.

Consiste em expor o paciente, repetidamente, ao vivo ou na imaginação, diretamente a situação temida, que são evitadas por desencadearem ansiedade. Muito apropriada para tratamento de fobias.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

ESTUDO DE CASO PSICOTERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL

CASO 01

Joaozinho (nome fictício), paciente de 11 anos, irá completar 12 no próximo mês, em abril, classe média alta, iniciou a terapia cognitivo comportamental em outubro / 2007.

Seus pais vieram na primeira consulta para conversar sobre o filho. Relataram que Joaozinho é uma criança dócil, responsável, educada e carinhosa.

Joãozinho tem um bom desempenho escolar, é jogador de futebol do Flamengo (fictício) (federado), tem muitos amigos, apresenta uma boa relação com sua família, amigos e professores.

Nos momentos vagos, Joaozinho procura sempre ir a praia com seus pais, jogar videogame e futebol com os amigos. Não apresenta traços de agressividade. Joaozinho completou todas as suas etapas de desenvolvimento dentro dos limites normais de idade. Os pais também relataram que Joaozinho parece ter mais intimidade e liberdade com sua mãe do que com o pai, se sentindo mais à vontade para falar sobre suas notas escolares, o desempenho no futebol e até mesmo para pedir para comprar alguma coisa, coisa que com o pai, Joaozinho não faz.

Sempre foi muito comparado com a figura do seu pai pelas pessoas, inclusive pelo próprio pai, que relata o tempo todo que o filho se parece muito com ele em todos os aspectos.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

O pai também trabalha no Flamengo e é muito bem sucedido profissionalmente. A mãe disse que há algum tempo vem observando que Joaozinho tem demonstrado uma certa ansiedade quando seu pai assiste seus treinos no futebol, com receio de não ter um bom desempenho e decepcionar o pai. Além disso, quando Joaozinho tira uma nota 6,0, por exemplo, chora, dizendo que deveria ter tirado uma nota mais alta e fica com medo de contar para o pai, mesmo sabendo que seu pai vai apoiá-lo e ficar satisfeito com a nota 6,0.

O pai nunca exerceu nenhum tipo de cobrança ou exigência em relação ao filho.

Os pais queixaram-se que Joaozinho apresenta ansiedade em determinadas situações, como evitar comprar um remédio na farmácia, entrar numa loja para comprar roupa, pedir de volta dinheiro que emprestou aos colegas da escola, dentre outras situações parecidas. O pai vem tentando modificar o comportamento de Joaozinho nessas situações e comentou sobre o fato do filho falar muito "baixinho" com as pessoas e olhando sempre para baixo.

Os pais decidiram procurar o tratamento com o objetivo de melhorar a ansiedade social e promover uma relação mais íntima e aberta com o pai.

A relação familiar permite o acesso a informações bastante significativas possibilitando o terapeuta ter mais informações sobre a criança, colocando o seu comportamento dentro de um contexto. A conceituação do caso permite que o terapeuta possa observar os pensamentos automáticos, pressupostos subjacentes, esquemas e distorções cognitivas.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

VARIÁVEIS COGNITIVAS

Os pensamentos automáticos de Joaozinho incluem crenças como: "Eu preciso da aprovação do meu pai, tenho sempre que tirar notas muito altas nas provas", "Não posso ter um mal desempenho no jogo de futebol", "as pessoas estão sempre reparando no tom da minha voz e me avaliando negativamente", "se eu entrar numa loja pra comprar uma roupa, o vendedor vai achar que falo muito baixo", "preciso sempre fazer tudo perfeito", "não posso falhar nunca", "tenho sempre que agradar meus amigos".

ANTECEDENTES COMPORTAMENTAIS E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Desde pequeno, a família de Joaozinho sempre o comparou muito com o seu pai, tanto nos aspectos relativos a personalidade, quanto na aparência física. Inclusive o pai frequentemente fala que seu filho é ele em "miniatura". O pai, desde criança sempre foi muito bom em matemática, além de ser craque em futebol e de alguma forma, Joaozinho se sentiu pressionado a ter um desempenho tão bom quanto o de seu pai, tornando-se uma criança extremamente perfeccionista e exigente consigo mesmo.

Suas distorções cognitivas características incluem pensamentos de tudo ou nada, ou seja, dicotômico que pode ser observado quando Joaozinho fica extremamente insatisfeito quando tira 6,0 na prova, a catastrofização, prevendo que o pior irá acontecer, que a funcionária da farmácia não vai entender o que ele está pedindo, devido ao seu tom de voz baixo, filtro negativo, no qual Joaozinho foca apenas nos aspectos negativos da situação como "meu



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

desempenho foi péssimo", "quando meu pai está presente, eu jogo futebol muito mal", leitura mental, quando Joaozinho prevê o que os outros estão pensando," a vendedora da loja está percebendo que estou com vergonha," , "meu pai deve estar achando que sou burro" .

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: Ansiedade Social

CARACTERÍSTICAS DO QUADRO APRESENTADO: É importante ressaltar que as queixas relativas a Joaozinho apresentada pelos pais sobre ansiedade social são relativamente comuns a faixa etária de uma criança de 11 anos, pois são situações novas que estão sendo inseridas na vida da criança. Portanto é normal sentir um certo nível de desconforto e ansiedade nessas ocasiões. Por outro lado, o fato de Joaozinho ficar auto focado no seu desempenho e demonstrar preocupação em relação ao seu tom de voz, achando que fala muito baixo e a dificuldade em manter contato visual, permite observar que existe a presença de pensamentos disfuncionais.

Joaozinho apresenta medo de ser avaliado e não obter aprovação do seu comportamento social, o que o leva a evitar determinadas situações sociais .

SINTOMAS

Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, onde o indivíduo é exposto a pessoas estranhas. O indivíduo tende a agir de um modo (ou mostrar sintomas de ansiedade) que lhe seja humilhante e embaraçoso. EX: Joaozinho, ao comprar algo fica ruborizado, com vergonha e fala muito baixo, evitando contato visual.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

As situações sociais ou de desempenho temidas são evitadas ou suportadas com extrema ansiedade ou sofrimento. EX: Joaozinho não conta notas que ele considera baixas para seu pai; joga futebol mal na frente de seu pai...

A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem significativamente na rotina de funcionamento ocupacional (escolar), atividades sociais ou relacionamentos dos indivíduos. EX: Por ficar ansioso, Joaozinho evita conversar com seu pai sobre alguns assuntos, o que dificulta a relação de ambos.

Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração é de no mínimo 6 meses. EX: Os sintomas de Joaozinho já dura 1 ano.

O temor ou esquiva não se deve aos efeitos de uma substancia ou de uma condição medica geral nem é explicado por outro transtorno mental.

ENTENDIMENTO DO CASO

Através de uma avaliação funcional dos comportamentos, pensamentos e sentimentos é possível ter acesso ao entendimento do caso mais detalhadamente.

Observa-se que Joaozinho possui elevados padrões relativos a sua avaliação de desempenho social, além de apresentar características extremamente perfeccionistas e auto cobrança exagerada, como por exemplo exigir a perfeição do seu desempenho nos jogos de futebol, não admitindo falhas sob hipótese alguma e apenas ficar satisfeito se tirar notas acima de 8,0.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

Joaozinho também apresenta uma avaliação negativa de seu desempenho social, ao achar que todas as pessoas irão perceber que ele está nervoso, falando muito baixo e olhando para baixo.

Em função das características observadas em Joaozinho, pode-se observar padrões comportamentais de evitação e reassseguramento. O reassseguramento pode ser identificado nos momentos que Joaozinho está na aula de inglês e passa a ficar auto focado nas suas sensações corporais e no seu desempenho perante a turma e a professora, tentando controlar "sinais" que demonstrem sua ansiedade, como seu tom de voz e o contato visual. Joaozinho também fica extremamente auto focado em suas sensações corporais ao andar de elevador com outras pessoas, comprar um remédio na farmácia, comprar o lanche na cantina do colégio, jogar futebol na frente do pai, dentre outras situações.

O padrão de pensamentos disfuncionais, como: "Estão percebendo que estou nervoso", "meu pai está vendo que eu estou errando passes"; contribui para o excesso de atenção auto focada nas suas próprias sensações (tom de voz, contato visual, coordenação motora.)

HIPÓTESES DE CRENÇAS CENTRAIS

"Eu sou incompetente"

"Preciso agradar"

CRENÇAS INTERMEDIÁRIAS

"Se eu jogar mal, meu pai vai achar que eu sou burro"



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

"Se eu mostrar essa nota pro meu pai ele vai achar que eu não sou bom o suficiente"

"Se eu entrar na loja pra comprar alguma coisa, o vendedor vai achar que eu falo muito baixo"

PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

"Tenho sempre que tirar notas altas nas provas"

CRENÇAS INTERMEDIÁRIAS

"Se eu jogar mal, meu pai vai achar que eu sou burro"

"Se eu mostrar essa nota pro meu pai ele vai achar que eu não sou bom o suficiente"

"Se eu entrar na loja pra comprar alguma coisa, o vendedor vai achar que eu falo muito baixo"

PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

"Tenho sempre que tirar notas altas nas provas"

COMPORTAMENTOS

Evitação de situações em que há avaliação do pai, Reasseguramento quando joga futebol na frente do pai ou quando vai comprar algo.

PLANO DE INTERVENÇÃO

No caso de Joaozinho, hipotetizado como Ansiedade Social, foram utilizadas as seguintes técnicas durante o tratamento I:

PSICOEDUCAÇÃO – Técnica que oferece a divulgação de informações sobre o transtorno em questão no intuito de promover a educação sobre o mesmo.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

ORIENTAÇÃO AOS PAIS – Indispensável em tratamentos com crianças e adolescentes. Os pais participam ativamente do processo terapêutico, inclusive mudando seus próprios comportamentos e cognições para uma melhor resposta na criança.

TREINAMENTO EM RELAXAMENTO COM BIOFEEDBACK – Tecnologia que permite o controle da ansiedade através da respiração.

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA ATRAVES DO QUESTIONAMENTO SOCRATICO – Confrontação de pensamentos possivelmente disfuncionais com o intuito de melhor adapta-los.

TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS – Inúmeras técnicas para promover uma melhora em sua interação interpessoal, possibilitando contato mais adaptativo e postura mais assertiva.

ROLE PLAY- Dramatização que permite ao paciente vivenciar situações ansiogênicas em consultório, permitindo-lhe observar-se no lugar da outra pessoa, tendo assim uma visão mais crítica de suas expressões, identificando pensamentos automáticos distorcidos e reestruturando-os em seguida.

EXPOSIÇÃO GRADUAL AO VIVO

Antes da exposição gradual ao vivo, a terapeuta realizou técnicas como role play, que permitiu simular as situações ansiogênicas de Joaozinho, identificando seus pensamentos disfuncionais e fazendo a reestruturação cognitiva.

Junto com a ajuda do cliente, foi construída uma escala hierárquica do nível 1 ao 10, começando pelas situações menos ansiogênicas até as situações consideradas mais difíceis para ele.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

A escala ficou dividida da seguinte forma:

- 1) Perguntar as horas para uma pessoa na rua
- 2) Entrar no elevador sozinho com pessoas estranhas
- 3) Falar " bom dia" para o porteiro do seu prédio
- 4) Pedir uma orientação para um estranho na rua
- 5) Pedir para seu pai comprar um brinquedo que tenha gostado.
- 6) Entrar numa farmácia e comprar remédio para dor de cabeça
- 7) Pedir de volta um dinheiro que emprestou a um colega na escola
- 8) Entrar numa loja e experimentar uma camisa e perguntar o valor.
- 9) Pedir desconto na compra de um refrigerante na cantina do colégio (foi adaptado a uma lanchonete perto do consultório). O refrigerante custava 2,20 e Joaozinho só tinha 2 reais.
- 10) Entrar numa loja para comprar uma chuteira, experimentar, depois perguntar se a loja poderia parcelar o valor em 10 vezes.

Os itens da escala foram sendo realizados repetitivamente e de forma gradual, iniciando-se sempre pelo item menos ansiogênico.

Após várias sessões terapêuticas de exposição ao vivo, Joaozinho está bem mais auto confiante e seguro em suas atitudes.

Inclusive sua mãe está bastante satisfeita, pois esta percebendo que o filho está mais comunicativo e independente. Quando vão ao shopping, a mãe relatou estar notando que o próprio filho está tomando a iniciativa entrar nas lojas e se comunicar com o vendedor.

2º Caso - Apresentação



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

J., 13 anos, chegou encaminhado por uma psicóloga, após conversar com sua mãe. Cursa a 7ª série em escola particular, apresentando ótimo rendimento escolar (a nota mínima apresentada no boletim escolar é nove). Como atividade extracurricular, estuda espanhol. É o filho do meio de uma prole de três, sendo que seus pais estão separados há cinco anos e moravam no Nordeste. Após a separação a mãe mudou-se para São Paulo, sendo que os filhos foram consultados a respeito de acompanhar a mãe ou ficar com o pai.

Todos resolveram acompanhá-la. Após dois anos mudaram-se para uma cidade do interior de São Paulo, sendo que esta mudança foi bastante sentida pela família, já que não haviam conhecidos ou parentes na nova cidade.

A mãe tem um cargo de confiança onde trabalha, não tem hora para sair do serviço, faz viagens frequentes a trabalho e, é muito reconhecida pelo seu desempenho profissional, permanecendo pouco tempo junto aos filhos. Esta considerou importante que o filho começasse um acompanhamento psicológico, pois tem apresentado alguns comportamentos inadequados para sua idade.

J. já havia tentado fazer um acompanhamento psicoterápico, mas não deu continuidade alegando que não tinha gostado da psicóloga.

O relato-queixa da mãe sobre o filho inclui: estar comendo em excesso; não gostar de sair de casa; não aceitar fazer nenhum tipo de atividade física como caminhadas, apesar de apresentar 25% a mais do peso proporcional a sua altura; não conversar com os amigos pelo telefone (sempre se esquivava falando que está ocupado) e não procurar o pai em hipótese alguma. Descreve afetivamente o filho



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

como distante, não gostando de beijar e abraçar. Não tem um grupo de amigos, nem no prédio onde mora.

Tem um cachorrinho, que é seu companheiro. As respostas de J. às perguntas e interações verbais são geralmente curtas e sem prosseguimento, além de não haver a preocupação de procurar outras pessoas para desenvolver diálogo.

Na entrevista com J., este relata que a mãe não aceita seus comportamentos, que sempre está pegando em seu pé para sair, para fazer ginástica, ligar para seu pai, parar de comer e ligar para os amigos. J. aceitou dar início ao acompanhamento porque a mãe quer, mas acha que não tem problemas.

Análise do Quadro Comportamental de J.	
Principais comportamentos em excesso	Déficit comportamentais
Estudar	Contato com amigos e com o pai
Comer	Realização de atividades físicas
Ficar em casa, dentro do quarto, assistindo televisão	Baixo repertório verbal Contato físico

Outras características relevantes

- Inteligência normal;
- Não tem uma religião praticante;
- Não acredita que precise mudar;
- Sentimento positivo em relação aos pais (gosta deles).



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

Análise do Quadro Comportamental da Mãe	
Principais comportamentos em excesso	Déficit comportamentais
Repete muitas vezes como deseja que o filho se comporte	Permanência em casa
Trabalha muito.	Comunicação com o marido e comunicação adequada com o filho.

Outras características

- Inteligência normal;
- Aceita a necessidade de mudança; e
- Sentimentos positivos frente a J. (gosta do filho; quer ter mais aproximação física) e considera importante a relação do filho com o pai.

Outras informações relevantes

Quando casados, os pais eram responsáveis pela manutenção econômica da casa;

Depois da separação a mãe assumiu as despesas da casa e a educação dos filhos;

O pai não tem condições financeiras de dar pensão, a mãe o liberou deste dever;

A mãe trabalha muito, J. passa grande parte do tempo sozinho;

Todos os imprevistos que surgem, J. liga para o serviço da mãe, sendo que a secretária resolve, como por exemplo comprar livros e remédios;



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

A mãe apresenta ansiedade frente aos comportamentos do filho que considera como inadequado;

O pai mostra-se ausente, e quando se apresenta faz cobranças, onde J. sente-se ansioso;

A mãe fala que o filho tem que mudar, e que está disposta também em rever seus comportamentos;

Os pais conversam somente o necessário, não procuram entrar em consenso;

A mãe impõe como deseja que o filho se comporte;

J. nunca teve regras claras para serem cumpridas;

O diálogo entre J. e sua mãe é restrito;

Nenhuma psicopatologia foi encontrada;

J. desenvolveu um comportamento de independência dos pais em função da ausência física;

A fala da mãe não tem força suficiente para mudar o comportamento de J.;

O cachorro parece ser a única companhia de J.; e

J. estuda a maior parte do tempo, inclusive nos finais de semana.

Discussão Clínica

Compreensão das Contingências Controladoras de J.

O histórico de vida de J. o fez desenvolver algumas crenças disfuncionais como, por exemplo, as constantes mudanças de casa e de meio social o fizeram acreditar que manter amizade com os outros



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

seria inútil, pois ele sempre estaria mudando e deixando os amigos. Como ele não entrava em contato com as pessoas que deixava e, não atendia e nem retornava os telefonemas, também não desenvolveu plenamente suas habilidades sociais.

Esta maneira de pensar auxiliava-o a ter o comportamento de isolamento em casa, o que proporcionava também a ficar estudando e assistindo televisão, esquivando-se assim de estabelecer relacionamentos sociais e evitando a punição decorrente de sua perda.

Ao mesmo tempo, ficar em casa sozinho o auxiliava a ser independente para realizar algumas tarefas dentro de sua casa, como preparar o seu café; comer coisas; se vestir, o que criava uma contingência reforçadora na realização das atividades dentro de sua casa, além de uma ideia de que não precisaria das outras pessoas para realizar suas tarefas, reforçando novamente o comportamento de ficar só, de não precisar se relacionar.

O fato de J. ficar só em casa não o expunha a se relacionar com outros pares de sua idade e, este mantinha uma relação estreita com seu cachorro. Isto ocorre uma vez que este iria com ele para qualquer lugar, além do que este animal estava sempre disposto a brincar e a estar ao seu lado, ou seja, nunca o punia por ser como ele era ou o abandonava. Desta maneira J. mantinha seu comportamento de esquia de enfrentar qualquer situação de relacionamento social, o que novamente reforçava o comportamento de ficar só.

O ficar em casa também criava a possibilidade para assistir televisão grande parte do tempo, o que somado ao comportamento de evitação



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

de contato o debilitava de desenvolver um bom repertório verbal e estratégias de habilidades sociais, como, por exemplo, se aproximar das pessoas; como manter amizades; como manter uma conversa.

A história de constantes mudanças e perdas de relacionamentos na vida de J. fizeram com que ele desenvolvesse uma estratégia de esquiva deste tipo de punição, marcada pela ausência de qualquer contato afetivo.

Esta situação é reforçada pelo modelo de relacionamento fornecido pela mãe, a qual estabelece uma contingência pouco reforçadora do desenvolvimento social de J.

Deste modo, um dos poucos comportamentos reforçados pela mãe é o estudo, o qual ocorre em excesso e determina uma limitação de tempo para outras atividades físicas, o que, somado ao comportamento de assistir televisão, caracteriza os dois principais comportamentos de esquiva de J. As necessidades primárias de J. são resolvidas pelo comportamento de comer em excesso, que por seu caráter imediato aumenta ainda mais a probabilidade de sua ocorrência. Suas necessidades secundárias são resolvidas com um custo comportamental mínimo, sem possibilidade de punição, uma vez que a secretária resolve os seus problemas sem qualquer custo ou contato social. Esta contingência permite que J. mantenha seu comportamento de esquiva, principalmente pela ausência de controle no ambiente familiar para este tipo de comportamento. Há ainda de se considerar a ausência do pai enquanto modelo de relacionamento social e masculino, o que interfere na falta de habilidade social de J.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

Intervenções Utilizadas

As estratégias relatadas abaixo, utilizadas no caso, não abrangem a totalidade do trabalho psicoterápico de base e é um modo de expressar didaticamente algumas intervenções.

Conclusões

A utilização de estratégias terapêuticas adequadas depende da clara conceitualização e descrição dos problemas do cliente, pois somente desta maneira o clínico tem capacidade de compreender todas as variáveis que podem contribuir na análise dos casos atendidos, além de poder desenvolver procedimentos eficazes na modificação dos comportamentos inadequados, bem como na modificação das crenças disfuncionais, que auxiliam a distorcer a visão racional que o homem tem dos eventos de vida.

Terapia Racional Emotiva Comportamental

De acordo com Ellis, “as pessoas não são perturbados por coisas, mas sim pela sua visão das coisas.” A afirmação fundamental da terapia racional emotiva comportamental é que a maneira como as pessoas se sentem é largamente influenciada pela forma como elas pensam. Quando as pessoas têm crenças irracionais sobre si mesmas ou sobre o mundo, acontecem problemas. Devido a isso, a meta da TREC é ajudar as pessoas a alterarem crenças ilógicas e padrões de pensamento negativo, a fim de superar os problemas psicológicos e sofrimento mental.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

Terapia de comportamento racional emotiva foi um dos primeiros tipos de terapias cognitivas. Ellis começou a desenvolver TREC durante o início dos anos 1950 e inicialmente chamou sua abordagem de terapia racional. Em 1959, a técnica foi renomeada para terapia racional emotiva e mais tarde rebatizada de terapia de comportamento racional emotivo ou terapia racional emotiva comportamental, em 1992.

Ellis continuou a trabalhar em TREC até sua morte em 2007.

O Modelo ABC

Ellis sugeriu que as pessoas erroneamente culpam eventos externos para a infelicidade. Ele argumentou, no entanto, que é a nossa interpretação desses eventos que realmente se situa na causa do nosso sofrimento psíquico. Para explicar este processo, Ellis desenvolveu o que ele se referiu como o modelo ABC:

- ☐ A – A ativação do evento: Alguma coisa acontece no ambiente ao seu redor.
- ☐ B – Crenças: Você mantém uma crença sobre o evento ou situação.
- ☐ C – Consequência: Você tem uma resposta emocional a sua crença.

Os passos básicos na terapia racional emotiva comportamental

1. Identificar os padrões de pensamento e crenças irracionais subjacentes.

O primeiro passo no processo da terapia racional emotiva comportamental é identificar os pensamentos, sentimentos e crenças



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

irracionais que levam ao sofrimento psíquico. Em muitos casos, essas crenças irracionais são refletidas como absolutas, como um “Eu devo”, “Eu deveria”, ou “eu não posso”. De acordo com Ellis, algumas das crenças irracionais mais comuns incluem:

- ☐ Sentir-se excessivamente chateado sobre erros ou má conduta de outras pessoas.
- ☐ Acreditar que você deve ser 100% competente e bem sucedido em tudo o que deve ser valorizado e vale a pena.
- ☐ Acreditar que você será mais feliz se você evitar dificuldades ou desafios da vida.
- ☐ Sentir que você não tem controle sobre sua própria felicidade; que o seu contentamento e alegria são dependentes de forças externas.

Ao realizar tais crenças inflexíveis, torna-se quase impossível responder a situações de uma maneira psicologicamente saudável. Possuir tais expectativas rígidas de nós mesmos e dos outros só leva à decepção, recriminação, remorso e ansiedade.

2. Desafiando as crenças irracionais.

Uma vez que esses sentimentos subjacentes foram identificados, o próximo passo é desafiar essas crenças erradas. A fim de fazer isso, o terapeuta deve disputar essas crenças usando métodos muito diretos e até mesmo confronto. Ellis sugeriu que, em vez de simplesmente dar suporte, o terapeuta precisa ser franco, honesto, e lógico, a fim de empurrar as pessoas para mudar seus pensamentos e comportamentos.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

3. obter conhecimento e reconhecimento de padrões do pensamento irracionais

Como você pode imaginar, terapia racional emotiva comportamental pode ser um processo difícil para o cliente. Enfrentar padrões de pensamentos irracionais pode ser difícil, especialmente porque aceitar essas crenças como insalubres está longe de ser fácil. Assim que o cliente identificou as crenças problemáticas, o processo de realmente mudar esses pensamentos pode ser ainda mais difícil.

Embora seja perfeitamente normal sentir-se chateado quando você comete um erro, o objetivo da terapia racional emotiva comportamental é ajudar as pessoas a responderem de forma racional a essas situações. Quando confrontados com este tipo de situação no futuro, a resposta emocionalmente saudável seria perceber que, apesar de que seria maravilhoso ser perfeito e nunca cometer erros, não é realista esperar o sucesso em cada empreendimento. Você cometeu um erro. Mas tudo bem, porque todos cometem erros. Tudo o que você pode fazer é aprender com a situação e seguir em frente.

Também é importante reconhecer que, embora a terapia de comportamento racional emotiva utilize estratégias cognitivas para ajudar os clientes, ela também se concentra em emoções e comportamentos. Além de identificar e confrontar crenças irracionais, terapeutas e os clientes também trabalham em conjunto para atingir as respostas emocionais que acompanham pensamentos problemáticos. Os clientes também são encorajados a mudar comportamentos indesejados usando coisas como a meditação, journaling, e imaginação guiada.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

Terapia racional emotiva comportamental pode ser eficaz no tratamento de uma variedade de distúrbios psicológicos, incluindo desordens de ansiedade e fobias, bem como comportamentos específicos, tais como timidez grave e necessidade excessiva de aprovação.

Penso, logo sinto! O Modelo $A \rightarrow B \rightarrow C$

Para resolver um problema é preciso compreender suas causas. Embora essa afirmação pareça óbvia é relevante explicar que muitas pessoas ignoram o óbvio e buscam descobrir as causas de seus problemas de uma maneira confusa e desgastante. Os problemas emocionais são semelhantes a qualquer outro tipo de problema: se as causas não são corretamente identificadas, os esforços são desperdiçados e a solução não é construída. É como atirar em um alvo de olhos vendados.

Você já parou para pensar que o seu sistema de crenças pode ser uma das causas dos seus problemas? Muitas vezes culpamos a genética, experiências traumáticas da infância, a forma como fomos educados, a má sorte, a sociedade ou o que nossa criatividade ou raciocínio permitir.

Há uma evidente razão para omitir que os pensamentos estão intimamente relacionados com o sofrimento emocional. Eles ocorrem tão rapidamente que a maioria das pessoas nem se dá conta do que está pensando. É mais fácil perceber a situação concreta já que resposta emocional é intensamente sentida e palpável. Por isso muitos pacientes iniciam a psicoterapia com a ideia de que as respostas emocionais e comportamentais são causadas pelo



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

ambiente. A terapia cognitiva expõe uma nova forma de compreender. Ela afirma que os pensamentos sobre as situações, mais do que a situação em si, é o que produz sentimentos. A forma como compreendemos os nossos problemas tem um efeito em como nos sentimos e nos comportamos diante deles.

Várias teorias buscam explicar as causas dos problemas emocionais. Albert Ellis, o criador da Terapia Comportamental Racional-Emotiva, criou o modelo ABC como uma forma de simplificar as coisas. Neste modelo cada letra representa algo diferente.

A (“Activating Event” ou Situação Ativadora) – representa o evento causador: a situação na qual você se encontra. Pode ser um gatilho ambiental qualquer coisa que dê início a um processo de reação.

C (“Consequences” ou Consequências) – representa tanto as suas emoções, suas reações fisiológicas, como o seu comportamento.

A teoria que muitos pacientes acreditam quando chegam à psicoterapia é que: $A \rightarrow C$, ou seja, que os sentimentos e comportamentos são consequências da situação em que a pessoa se encontra. Quantas vezes ouvimos alguém dizer: “Você me deixou furioso”, “Ele me deixou chateado” ou “Essas notícias me deixaram deprimido”. Essas ideias pressupõem que algum “A” fez com que a pessoa sentisse determinados “Cs”. Essa é uma ideia tão universal que parece realmente refletir a verdade, mas será que é mesmo assim?

Ellis e muitos outros estudiosos dizem que não! O mundo externo não tem poderes mágicos, não pode se infiltrar em nosso cérebro e gerar sentimentos. O mundo externo pacientemente espera que nossos



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

sentidos o reconheçam. A fórmula correta é a que segue e ela é uma excelente forma de explicar o funcionamento básico da terapia cognitiva.

$A \rightarrow B \rightarrow C$

B ("Belief" ou Crenças/Pensamentos) – representa crenças, crenças e atitudes. É a forma como nós interpretamos/julgamos/concluimos sobre "A". É a maneira como o nosso cérebro processa a informação bruta vinda de "A" e a organiza em padrões, esquemas, temáticas e histórias.

Quase todas as nossas emoções podem ser entendidas a partir dessa fórmula. Assim, ao invés de apenas perceber o "A", procure perceber como o está interpretando.

Exemplo:

$A \rightarrow$ Você está em uma festa e alguém lhe apresenta Alex. Quando vocês conversam brevemente Alex nunca olha para você, ele direciona o olhar fixamente para um ponto imaginário qualquer sobre o seu ombro. Diante deste "A" analisaremos 3 possibilidades de "Bs" que gerarão 3 "Cs" diferentes.

1. $B_1 \rightarrow$ Alex é mal educado. Ele está me insultando, ignorando-me desta forma.

$C_1 \rightarrow$ Sentimento de irritação e comportamento ríspido com Alex.

2. $B_2 \rightarrow$ Alex não me acha interessante. Todos me acham chato.

$C_2 \rightarrow$ Sentimento de tristeza e comportamento de esquiva para tentar sair daquela situação.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

3. B3→ Alex parece tímido. Provavelmente ele se sente constrangido em olhar para mim.

C3 → Sentimento de afeto empático e comportamento de facilitar a conversa para que Alex possa sentir-se mais a vontade.

A maioria da vezes a vida nos oferece o "A" e diante disso existem inúmeros de opções de "Bs" que gerarão inúmeros "Cs". O processo terapêutico é, em parte, treinar o paciente para identificar e compreender os seus "Bs" de modo que eles se tornem cada vez mais racionais e flexíveis diante da realidade. Conseguir compreender e aplicar o modelo "A → B → C" é um objetivo terapêutico que instrumentaliza o paciente a se auto avaliar e construir pensamentos mais funcionais mesmo fora do setting terapêutico.

O hábito é uma espécie de segunda natureza, por isso sei que mudar a forma de perceber a realidade com a qual você está acostumado é uma tarefa que exigirá atenção, dedicação e treino. Desta forma convido a você para direcionar essa energia, que por vezes está sendo gasta em pensamentos disfuncionais, no monitoramento e reflexão sobre os seus "Bs".

PRINCIPAIS CONCEITOS E IDEIAS QUE VOCÊ TEVE A OPORTUNIDADE DE APRENDER COM ESSE TEXTO (meu lado filha de pedagoga!):

1. Os problemas emocionais são semelhantes a qualquer outro tipo de problema: se as causas não são corretamente identificadas, os esforços são desperdiçados e a solução não é construída.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

2. A forma como compreendemos os nossos problemas tem um efeito em como nos sentimos e nos comportamos diante deles. Para simplificar esse entendimento Ellis propôs o modelo ABC:

- A (“Activating Event” ou Situação Ativadora)
- C (“Consequences” ou Consequências) – representa tanto as suas emoções, suas reações fisiológicas, como o seu comportamento.
- B (“Belief” ou Crenças/Pensamentos)

3. Identificando e compreendendo (B) o mundo (A) conseguimos entender a forma como nos sentimos (C) e nos comportamos (C) diante dele. Se reestruturamos a cognição alteramos também o sentir e o se comportar diante das situações.

Para fixar o conteúdo, você pode resolver os exercícios que seguem.

“Penso, logo sinto! O Modelo $A \rightarrow B \rightarrow C$ Exercício 1”

Os exemplos a seguir descrevem 6 situações $A \rightarrow B \rightarrow C$, só que os “Bs” não estão incluídos. Você deve adivinhar qual o pensamento (B) deve ser incluído de modo a conectar a situação (A) à emoção (C).

1. “A” \rightarrow O chefe de Alberto criticou-o por se atrasar.

“B” \rightarrow

“C” \rightarrow Alfredo sentiu-se deprimido e ficou calado durante o dia.

2. “A” \rightarrow Maria foi a 2 sessões de psicoterapia.

“B” \rightarrow

“C” \rightarrow Estava insatisfeita e desistiu.

3. “A” \rightarrow Susi tinha dor de estômago.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

"B" →

"C" → Começou a ficar com medo e agendou vários médicos.

4. "A" → João foi multado por excesso de velocidade.

"B" →

"C" → Ficou furioso e foi ríspido com o guarda.

5. "A" → Jane percebeu que os amigos a viram chorando em um filme romântico.

"B" →

"C" → Ficou envergonhada e saiu o cinema direto para o estacionamento, esquivando-se de conversar com os amigos.

6. "A" → O balconista de loja pediu que Fábio mostrasse seus documentos ao preencher o cheque.

"B" →

"C" → Fábio ficou violentamente contrariado e desistiu da compra.

Correção do Exercício 1:

Possíveis "Bs" que justificam os "Cs" do exercício.

B1 – Eu não faço nada direito.

B2 – A terapia não está funcionando, ninguém pode me ajudar.

B3 – Posso estar com câncer.

B4 – Só correu porque a pista estava vazia, eu dirijo muito bem e o policial está sendo rígido demais.

B5 – Meus amigos vão pensar que eu sou uma desequilibrada.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

B6 – Ele está desconfiando da minha idoneidade.

“Penso, logo sinto! O Modelo $A \rightarrow B \rightarrow C$ Exercício 2”: Escreva 5 exemplos, da sua própria vida, onde seus pensamentos (“Bs”) tenham causado emoções dolorosas (“Cs”). Descreva esses exemplos em termos de $A \rightarrow B \rightarrow C$.

1. “A” \rightarrow

“B” \rightarrow

“C” \rightarrow

2. “A” \rightarrow

“B” \rightarrow

“C” \rightarrow

3. “A” \rightarrow

“B” \rightarrow

“C” \rightarrow

4. “A” \rightarrow

“B” \rightarrow

“C” \rightarrow

5. “A” \rightarrow

“B” \rightarrow

“C” \rightarrow



**CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO
E PSICANALÍTICO DO E.S**

Bibliografia:



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. e Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of. Depression. New York: The Guilfor Press.

Caballo, V. E. (1996). Treinamento em Habilidades Sociais In: V. E. Caballo Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. São Paulo: Editora Santos.

Craske, M. G.; Maidenberg, E. e Bystritsky, A (1995). Brief Cognitive-Behavioral versus Nondirective Therapy for Panic Disorder. Journal of Behavior and Experimental Psychiatry 26 (2): 113 -120.

Dryden, W. e Rentoul, R. (1991). Adult Clinical Problems: A Cognitive-Behavioural Approach. London: Routledge.

Durham, R.C.; Murphy, T.; Allan, T.; Richard, K.; Treliving, L.R. e Fenton, G. (1994). Cognitive Therapy, Analytic Psychotherapy and Anxiety Managment Training for Generalised Anxiety Disorder. British Journal of Psychiatry, 165: 315 - 323.

Dryden, W. & Ellis, A. (2006). A terapia comportamental racional-emotiva. (pp. 229-268). In: Dobson, K. . Manual de terapias cognitivo-comportamentais. Porto Alegre: Armed.

Greenberger, D & Padesky, C. (1999). A mente vencendo o humor: mude como você se sente mudando como você pensa. Porto Alegre: Armed.

Lega, L. (2008). A Terapia Racional-Emotiva: uma Conversa com Albert Ellis (pp. 425-440). In: Caballo, V. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos.

McMullin, R. (2000). Manual de técnicas em terapia cognitiva. Porto Alegre: Armed.



CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO E.S

Wilson, R. & Branch, R. (2011) Terapia cognitivo-comportamental para leigos. Rio de Janeiro: Alta Books.

Ellis, A. (1994). Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: A Birch Lane Press Book.

Laberge, B.; Gauthier, J. G.; Côté, G.; Plamondon, J. e Cormier, H. J. (1993). Cognitive-Behavioural Therapy of. Panic Disorder with Secondary Major Depression: A Preliminary Investigation. Journal of. Consulting and Clinical Psychology, 6: 1028 ? 1037.

Lazarus, A. A. (1989). The Practice of. Multimodal Therapy. Baltimore: John Hopkins University Press.

Nezu, A. M. e Nezu, C. M. (1996). Treinamento em Solução de Problemas In: V. E. Caballo Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. Paulo: Editora Santos.

Shinohara, H. O. (1997). Conceituação da Terapia Cognitivo-Comportamental In: R. A. Banaco Sobre o Comportamento e Cognição. São Paulo: Arbytes Editora.

Zarb, J. M. (1992). Cognitive-Behavioural Assessment and Therapy with Adolescents. New York: Brunner/Mazel Publishers (p.04).