

DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA ÓTICA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: UM ESTUDO DE CASO

Kelly Rodrigues de Oliveira¹

Marina Pante²

Resumo: O presente trabalho é um estudo de caso de psicoterapia individual realizada com uma jovem de 25 anos em um serviço escola no interior do Rio Grande do Sul. Abordam-se questões pertinentes a sintomas ansiosos e depressivos em remissão, com a compreensão da teoria cognitivo-comportamental. O estudo que será desenvolvido é parte integrante do Estágio Integrado em Psicologia I, sendo referido como teórico analítico I. Tem-se o propósito de compreender como a depressão e a ansiedade se apresentam a partir do embasamento teórico e prático da Terapia Cognitivo-Comportamental.

Palavras chaves: Depressão. Ansiedade. Terapia Cognitivo-Comportamental.

Abstract: The present work is a case study of individual psychotherapy carried out with a 25-year-old girl in a school service in the interior of Rio Grande do Sul. Issues related to anxious and depressive symptoms in remission are addressed, with the understanding of the cognitive – behavioral theory. The study that will be developed is part of the Integrated Internship in Psychology one, being referred to as theoretical – analytical paper one. It has the purpose of understanding how depression and anxiety appear from the theoretical and practical basis of Cognitive-Behavioral Therapy.

Keywords: Depression. Anxiety. Cognitive-Behavioral Therapy.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, intitulado Teórico Analítico I, tem como objetivo apresentar um estudo de caso atendido pela primeira autora deste trabalho, estagiária da abordagem Cognitivo-Comportamental da equipe de Psicologia de um serviço escola e supervisionado pela segunda autora mestra da mesma linha. Essa análise foi realizada com base nos atendimentos semanais de psicoterapia individual e estudo dos prontuários. Todo o embasamento teórico foi fundamentado na abordagem Cognitivo-Comportamental para uma melhor compreensão, entendimento e reflexões dos conteúdos que serão abordados neste estudo.

¹ Acadêmica do curso de Psicologia. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

² Docente do curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e orientadora de Estágio Curricular do Serviço Integrado de Saúde (SIS) na Abordagem Cognitivo-Comportamental.

A psicoterapia é um método de tratamento em que o paciente aos poucos descobre uma forma mais apropriada de lidar consigo, com os outros e com o mundo. Este processo permite que o indivíduo se perceba melhor, revitalizando suas potencialidades desorganizadas e explorando novos recursos de sua personalidade. A realização da psicoterapia aproxima o estudante/estagiário da prática clínica, oportunizando conhecimento pessoal em se perceber perante o outro, assim como reestabelecer a capacidade formativa e criativa de cada sujeito em processo psicoterapêutico (RIBEIRO, 2003).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) começou a ser desenvolvida por Aaron T. Beck, na década de 60. Porém, foi em meados dos anos 70 que surgiram as primeiras modificações na abordagem, em decorrência de estudos e da insatisfação com as formulações psicodinâmicas acerca da depressão. A partir desta época teóricos como Beck aprofundaram os estudos e aos poucos foram ajustando essa terapia a diversas populações e distúrbios psiquiátricos, e não apenas para depressão. Apesar de diversos modelos teóricos e intervenções clínicas desenvolvidos com o passar dos anos, o modelo de Beck ainda é o mais conhecido e utilizado (BECK, 2013).

A terapia cognitiva identifica e trabalha três níveis de cognição: os pensamentos automáticos (PAs), que são espontâneos e fluem em nossa mente a partir de acontecimentos do cotidiano, de forma verbal e/ou visual (imagens), geralmente são identificados somente após um treinamento adequado; as crenças intermediárias ou pressupostos subjacentes que são regras, atitudes ou suposições, gerenciadoras do comportamento mais enraizadas; e as crenças centrais ou nucleares, as quais são desenvolvidas na infância através das interações do indivíduo com outras pessoas relevantes e da vivência de muitas situações que fortaleçam essa ideia (BECK, 2013).

Estas crenças podem ser referentes ao próprio indivíduo, às outras pessoas ou ao mundo (triáde cognitiva). Geralmente são ideias e conceitos enraizados, excessivamente generalizáveis e absolutistas. Todos nós temos crenças, pressupostos e PAs tanto positivos quanto negativos, mas normalmente, quando falamos nesses conceitos, estamos nos referindo aos disfuncionais (BECK, 2013).

Deste modo, a terapia cognitiva é definida como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais. Seu princípio fundamental se baseia no modo como as pessoas interpretam e processam os acontecimentos que influenciará nos seus sentimentos e comportamentos. Por isso, desde os primórdios, o propósito terapêutico desta abordagem, de acordo com Knapp e Beck (2008, p. 57), “é reestruturar e corrigir estes pensamentos distorcidos

e colaborativamente desenvolver soluções pragmáticas para produzir mudança e melhorar transtornos emocionais”.

Como em qualquer forma de psicoterapia, a TCC inicia a avaliação realizando a anamnese completa e um exame do estado mental do paciente. A partir da coleta de dados se começa a montar a conceitualização cognitiva com objetivo de ter acesso e compreensão ao funcionamento cognitivo do paciente e auxiliar na construção do plano terapêutico. Deste modo, a conceitualização é específica e individual, por estar vinculada a um conjunto determinado de PAs, crenças intermediárias e crenças centrais (BECK, 2013).

A paciente deste estudo tem 25 anos, é solteira e reside em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, e a partir daqui será denominada “Ana”, com o propósito de preservar sua identidade. Num primeiro momento será descrita a história de vida e a demanda da paciente e em seguida uma parte teórica relacionada com as hipóteses diagnósticas para o referido caso, bem como entendimento clínico que se obteve a partir dos atendimentos, que totalizaram doze sessões.

CASO CLÍNICO A SER ESTUDADO

Ana está em atendimento num serviço escola desde o ano de 2017 encaminhada pelo núcleo de apoio acadêmico, por apresentar sintomas depressivos e automutilação. Atualmente faz uso de Fluoxetina 20 mg uma vez por dia.

Contexto familiar conflituoso, seus pais se separaram quando era adolescente, pois a mãe sofria violência doméstica e tentou suicídio uma vez. Apresenta sentimento ambivalente em relação ao pai de raiva e ódio e ao mesmo tempo a falta de algo que não teve por parte da figura paterna (carinho, amor e atenção), não estabelece contato há anos como o pai, avós e irmãos paternos. Traz em seu discurso, constantemente, que sente muita falta da avó materna, que faleceu.

Em relação ao contexto universitário, apresenta incertezas quanto a escolha do curso, apesar de estar no final, afirma que sua opção partiu da afinidade com a literatura e porque não sabia o que cursar. Quando estava em estágio curricular relatava o quanto era bom exercer esta profissão, mas ao mesmo tempo trazia inseguranças em relação a alguns conflitos que emergiram no percurso, ativando crenças de incapacidade.

Ana demonstra baixa habilidade social, tem dificuldades de estabelecer contatos com outras pessoas, preferindo o ambiente virtual. Relata que tem amigos apenas nas redes sociais, pois é mais cômodo e evita possíveis situações de exposição ou ser ridicularizada. Numa sessão

traz a necessidade de ser o “centro das atenções” (sic) e se sente incomodada quando isso não acontece, ativando as crenças de desamor que “não sou amada”, “ninguém gosta de mim” (sic).

Nas primeiras sessões deste semestre, Ana se demonstrava receosa enquanto a troca de estagiária relatando que não é muito adepta às mudanças. Entretanto com o esclarecimento do objetivo do trabalho, da proposta da abordagem e como se estruturariam as sessões, foi se constituindo um vínculo terapêutico que possibilitou mais aderência ao tratamento e encontros leves, apesar da demanda. Com a estruturação das sessões, Ana relata que se sente mais confiante e produtiva, pois assim tem o “controle” (sic) do que vai acontecer na sessão e evita possíveis surpresas.

A partir do histórico da paciente, das questões apresentadas durante os atendimentos psicoterápicos, assim como o comportamento de Ana, podem-se citar como hipóteses diagnósticas Transtorno Depressivo Maior (TDM) em remissão parcial e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). De modo que, alguns sintomas são apresentados com menor intensidade porque a paciente faz uso de medicação já referida.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais em sua 5ª edição (APA, 2014), para se caracterizar Transtorno Depressivo Maior o paciente deve apresentar pelo menos cinco dos nove sintomas a seguir: humor deprimido, redução do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalia ou culpa inapropriados, redução da concentração e ideias de morte ou de suicídio. Para o diagnóstico, é necessário que os sintomas durem pelo menos duas semanas e um deles seja, obrigatoriamente, humor deprimido ou perda de interesse ou prazer.

Ao iniciar o tratamento psicoterápico, Ana confirmava diagnóstico pois apresentava humor deprimido, sentimentos de desvalia, ideação suicida, insônia e redução de interesse nas atividades cotidianas. Entretanto, com o processo terapêutico e o uso de medicação, atualmente, alguns sintomas não são presentes e outros com menor intensidade se caracterizando em Transtorno Depressivo Maior em remissão parcial.

Em relação ao TAG os critérios de diagnóstico conforme a APA (2014) se caracterizam pela preocupação excessiva ou expectativa apreensiva, persistente e de difícil controle, que perdura por seis meses no mínimo e vem acompanhado por três ou mais dos seguintes sintomas: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. O nível de ansiedade é desproporcional aos acontecimentos geradores do transtorno, causa muito sofrimento e interfere na qualidade de vida e no desempenho familiar, social e profissional dos pacientes.

Considerando os critérios clínicos necessários para o fechamento de diagnóstico de TAG, Ana apresenta ansiedade, preocupação excessiva, inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente e distúrbio no sono, sintomas que persistem por mais de um ano. Desde o início da medicação alguns sintomas diminuíram a valência, mas se acentuam em períodos estressantes, como por exemplo no final de semestre.

COMPREENSÃO DO CASO ATRAVÉS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A conceitualização cognitiva é um processo em que terapeuta e o paciente trabalham em colaboração para primeiro descrever e depois explicar os problemas que emergem na terapia. É desenvolvida desde o início do tratamento e sendo atualizada à medida que novos dados clínicos são apresentados. O plano de tratamento é elaborado a partir de uma conceitualização de caso individual, guiando as intervenções terapêuticas (KNAPP; BECK, 2008).

Na coleta de dados para a construção do diagrama de conceitualização, aos poucos o terapeuta identifica os pensamentos automáticos (PAs), as crenças intermediárias ou pressupostos subjacentes e as crenças centrais ou nucleares (BECK, 2007). A partir dos relatos evidenciados durante as sessões e as construções das dialogadas apresentadas nas supervisões individuais foi possível iniciar a construção de forma colaborativa da conceitualização cognitiva de Ana, conforme o Quadro 1, abaixo:

Quadro 1 - Diagrama de conceitualização cognitiva

Dados relevantes da história:
Ana tem 25 anos, mora com a mãe a qual tem boa vinculação. Pai ausente e negligente na infância. Filha única por parte de mãe. Histórico de depressão na família. Ideação suicida ao iniciar o tratamento terapêutico. Apresenta baixa habilidade social, sintomas depressivos e ansiosos, faz uso de Fluoxetina.
Crenças centrais:
Desamparo: Sou incapaz, sou burra Desamor: Sou indesejável, as pessoas não gostam de mim.

Crenças-Regras:		
Se os meus trabalhos estiverem bons, então não fui eu que fiz. Se eu não for notada pelos outros, então sou indesejável. Se meu trabalho não tiver estiver totalmente certo, então sou burra.		
Estratégias compensatórias:		
Isolamento; Procrastinação; Evitação.		
Situação 1:	Situação 2:	Situação 3:
Prazo curto para entrega de trabalhos acadêmicos.	Orientação dos trabalhos acadêmicos com a professora.	Na sala de aula, com a professora nova.
Pensamento automático: <i>“Não sou capaz de produzir algo bom”</i>	Pensamento automático: <i>“Ela vai apontar o dedo e dizer que minhas coisas estão erradas e me achar uma burra.”</i>	Pensamento automático: <i>“A professora não vai com a minha cara, ela não gosta de mim.”</i>
Significado do PA: Sou incapaz.	Significado do PA: Sou incapaz.	Significado do PA: Sou indesejável.
Emoção: Ansiedade, tristeza.	Emoção: Vergonha, angústia e ansiedade.	Emoção: Tristeza e vergonha.
Comportamento: Postergar a escrita.	Comportamento: Não foi para a universidade.	Comportamento: Não interage na sala de aula e evita contato com a professora.

A partir da conceitualização cognitiva do caso, planejou-se o tratamento com a utilização de algumas técnicas. Na prática clínica da TCC são aplicadas técnicas cognitivas e comportamentais a partir do perfil do transtorno, a fase da terapia e a conceitualização cognitiva

específica de um determinado caso. Com o propósito de identificar os pensamentos automáticos, reconhecer conexões entre estes pensamentos, afetos e comportamentos, testar a validade e substituir as distorções cognitivas e esquemas disfuncionais por interpretação mais realistas. Além de produzir mudanças nas atitudes do indivíduo e o de testar a validade de suas ideias de competências ou adequação (KNAPP; BECK, 2008).

Uma das primeiras técnicas utilizadas foi a psicoeducação, que é um modo de aprendizagem e tem como propósito possibilitar aos pacientes meios “para modificar cognições, controlar os estados de humor e fazer mudanças produtivas em seu comportamento” (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008, p. 70). É fundamental que seja exercida de modo eficaz durante o processo de terapia, para capacitar os pacientes com conhecimento que auxiliará a diminuir o risco de recaída, além de ajudar a serem seus próprios terapeutas e continuarem a utilizar os métodos cognitivos e comportamentais após a conclusão da terapia (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

A técnica de psicoeducação foi utilizada desde o primeiro atendimento, em que foi explicado sobre o modelo cognitivo e posteriormente o modelo dos transtornos. Nos primeiros encontros a paciente foi psicoeducada em relação aos pressupostos da TCC e como se estruturam as sessões (agenda da sessão, ponte da sessão anterior, *feedback*), tendo uma boa compreensão e aceitação por Ana, mesmo sendo atendida anteriormente por outra abordagem. Aos poucos foram acessados os pensamentos automáticos, as distorções cognitivas, as crenças, as emoções e os comportamentos, com o auxílio de outras técnicas.

Ao conversar sobre os transtornos foi explicado alguns sintomas que não estavam bem esclarecidos, além de desmistificar algumas possíveis reações do uso de medicação. Apesar da busca pela medicação ter sido espontânea, Ana receava sobre alguns mitos, o que causava mais ansiedade e a sensação de que a medicação não estava fazendo efeito. Com a psicoeducação foi possível compreender algumas questões e tornar este uso mais aceitável.

Com o propósito de fazer com que a paciente começasse a identificar e analisar de forma consciente os seus pensamentos, emoções e comportamentos conflituosos e construir respostas adaptativas em relação as distorções cognitivas foi utilizado a técnica de Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD). Primeiramente, houve a psicoeducação sobre a técnica (propósito e aplicação), seguida de sua realização colaborativamente. Além da aplicação em sessão, o RPD foi indicado como tarefa de casa. No começo, Ana apresentou dificuldades para a realização, mas nos últimos atendimentos conseguiu assimilar melhor (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Juntamente com estes métodos, utilizou-se o Questionamento Socrático, que é uma técnica cognitiva, que consiste em fazer questionamentos ao paciente para incentivar a curiosidade e o desejo de investigar, com o propósito de envolver o paciente no processo de aprendizagem. Uma forma de questionamento socrático é a descoberta guiada que objetiva guiar o paciente a um pensamento mais consciente permitindo que ele tenha uma compreensão maior a respeito do seu pensamento distorcido (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Esta técnica foi utilizada diversas vezes em distintas situações apresentadas em sessão com propósito de auxiliar Ana na compreensão das cognições disfuncionais e construir colaborativamente respostas alternativas, principalmente para questões relacionadas aos sintomas ansiosos. Isso objetiva que com o decorrer do tratamento a paciente aprenda a entender e solucionar seus problemas. Equipando-a com as habilidades necessárias para lidar com eventuais problemas que possam vir a ocorrer, apresenta-se meios para que Ana, futuramente, se torne sua própria terapeuta.

Diante das problemáticas apresentadas durante as sessões e as dificuldades de exercer as atividades no dia-a-dia foi proposta a técnica de Resoluções de problemas, que consiste em disponibilizar meios para que Ana consiga analisar os benefícios, riscos e consequências de uma determinada situação, projetar soluções viáveis e selecionar uma, seguida da implementação e avaliação de sua efetividade. Ao aplicar a técnica objetiva-se promover um aprendizado que possa ser aplicado em outras situações problemáticas (BECK, 2007).

A partir da aplicação da técnica em sessão, Ana conseguiu concluir o primeiro capítulo da monografia, que estava com o prazo curtíssimo, ficando mais tranquila e amenizando alguns sintomas ansiosos. Apesar da técnica ter sido aplicada apenas uma vez em sessão, Ana a realiza em casa quando apresenta alguma situação problemática, entretanto em determinadas questões ela não consegue, ainda, se beneficiar da técnica.

Para auxiliar nos momentos ansiogênicos, as técnicas de manejo de ansiedade foram retomadas, as quais induzem a atuação no Sistema Nervoso Autônomo (SNA) parassimpático produzindo a homeostase e controlando a ansiedade. Psicoeducou-se a paciente em relação ao Relaxamento Muscular Progressivo que consiste em tensionar e relaxar, alternadamente, diferentes grupos musculares. E, também, em relação à Respiração Diafragmática que se baseia no treino da utilização correta dos músculos abdominais para o controle respiratório, estimulando o SNA parassimpático para proporcionar uma sensação de relaxamento. É importante ressaltar que para ter êxito nestes métodos é necessário realizar alguns treinos regularmente (MOURA et al, 2018).

Além destes métodos, a técnica de manejo do tempo foi proposta à paciente como tarefa de casa. Com o propósito de reduzir a ansiedade diária, visto que ao construir um cronograma dos afazeres do dia, Ana estabelecia as atividades prioritárias mantendo assim a sensação de domínio em relação ao seu dia-a-dia e seus compromissos.

Ao decorrer do semestre, a utilização das técnicas cognitivas e comportamentais facilitou a compreensão do caso de Ana. A manifestação de sintomas depressivos e ansiosos provocam prejuízos à qualidade de vida tanto para a pessoa que apresenta os transtornos, quanto para os familiares e entes queridos, justificando a importância de identificar os sintomas precocemente. De modo que, a depressão e a ansiedade tornaram-se um dos problemas de saúde mental de maior prevalência no mundo (RODRIGUES; HORTA, 2011).

Em meados dos anos 70, a partir de suas pesquisas e da insatisfação com as formulações psicodinâmicas acerca da depressão, Aaron Beck concluiu que este transtorno podia ser compreendido como sendo decorrente das próprias cognições e esquemas cognitivos disfuncionais, pois os pacientes acometidos com a depressão acreditam e agem como se as coisas fossem piores do que realmente são. Assim, com o passar dos anos e os avanços da teoria a TCC se torna efetiva no tratamento da depressão independentemente do nível de gravidade (BECK, 2013).

O modelo cognitivo da depressão para Beck pressupõe dois elementos básicos: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. A tríade cognitiva se caracteriza pela visão negativa de si mesmo, com a tendência de se ver como inadequada ou inapta (por exemplo: no decorrer do processo terapêutico Ana apresenta pensamentos como: “Sou um ser chato”, “Sou desinteressante”, “Sou inadequada”, “Não faço nada direito”), a pessoa deprimida também tende a se culpar excessivamente, mesmo que não existam razões claras para isso. A visão negativa dos outros (mundo) contemplando relações, trabalho e atividades (por exemplo: “As pessoas não apreciam meu trabalho”). E a visão negativa do futuro, o que parece estar cognitivamente vinculada ao grau de desesperança (por exemplo: “Nunca vou servir para nada” ou “Nunca serei feliz”). Este modo de compreender os acontecimentos e as possibilidades funcionam como uma espécie de propulsor de comportamentos depressivos que reafirmam, após nova interpretação, os sentimentos pessoais de inadequação, baixa autoestima e desesperança (POWELL et al, 2008).

As distorções cognitivas são modos errôneos na percepção e no processamento de informações. As distorções mais recorrentes dos pacientes deprimidos são geralmente a inferência arbitrária (conclusão antecipada e com poucas evidências), abstração seletiva (tendência da pessoa a escolher evidências de seu mau desempenho), supergeneralização

(tendência a considerar que um evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes) e personalização (atribuição pessoal geralmente de caráter negativo). As distorções originam-se de regras e pressupostos, que são padrões constantes obtidos no decorrer da vida do paciente, sendo sensíveis à ativação de fontes primárias como o estresse e frequentemente levam a estratégias interpessoais ineficazes (POWELL et al, 2008).

Conforme mencionado na hipótese diagnóstica, no início do tratamento psicoterápico de Ana estavam presentes sintomas como humor deprimido, sentimentos de desvalia, ideação suicida, insônia e redução de interesse nas atividades cotidianas. Porém, com o processo terapêutico iniciado há dois anos e o uso de medicação é possível perceber que alguns sintomas não são mais recorrentes e outros diminuíram em intensidade, se caracterizando como Transtorno Depressivo Maior em remissão parcial.

Como evidenciado anteriormente, o TAG abrange uma preocupação excessiva e invasiva acompanhada por sintomas físicos e/ou mentais. É considerado como um transtorno crônico e causa sofrimento e prejuízos significativos ao indivíduo (MOURA et al, 2018).

A ansiedade abrange distintas áreas comprometidas (fisiológica, cognitiva, comportamental e afetiva), e cada uma apresenta diferentes reações. As respostas nas áreas fisiológicas e comportamentais tendem a ser defensivas, evitativas, de fuga ou luta, e de respostas de buscas de segurança, ocorrem normalmente na presença de ameaças ou perigos percebidos pelos indivíduos acometidos. E na área cognitiva e afetiva possibilita o indivíduo sentir-se nervoso, tenso, assustado, impaciente, frustrado, além de ter distorções cognitivas, ocorrendo a ativação através dos estímulos cognitivos e fisiológicos (CLARK; BECK, 2012).

No que tange ao modelo cognitivo do TAG, o paciente possui uma percepção exagerada de perigo ou ameaça e diminui sua capacidade de lidar com eles, vivenciando uma ansiedade difusa, uma percepção do mundo como um lugar perigoso, acrescentadas as crenças sobre si como incapaz de lidar ou controlar eventos negativos futuros, o que implica estar sempre hipervigilante a possíveis ameaças. Apresentando distintas distorções cognitivas e regras rígidas, principalmente, há uma inflexibilidade à incerteza e a necessidade de controle, além da preocupação constante de perigo e ameaça. Estas estratégias têm o propósito de reduzir a ansiedade pela diminuição de incertezas e o aumento do controle, porém não são efetivas, pois o fato de não conseguir controlar todas as situações leva o indivíduo a uma alteração emocional externa, que precipita ou mantém a preocupação excessiva (CLARK; BECK, 2012).

Os transtornos depressivos e de ansiedade são recorrentes em nossa sociedade, que evidencia um notável impacto na vida do indivíduo em diferentes contextos. Desse modo, pesquisar a incidência destes sintomas pode contribuir para o desenvolvimento de métodos de

prevenção e intervenção que promovam o bem-estar (GROLI; WAGNER; DALBOSCO, 2017).

Pensar no cuidado em saúde mental envolve pensar na integralidade do sujeito, do ambiente e das relações, pois o cuidado é um construto da cumplicidade de diversos atores apoiados em todos os contextos: sociais, econômicos, familiares, biológicos, psicológicos e culturais. E por isso, comprometer-se com o cuidado em saúde é o desafio de ir além dos discursos para se aproximar de práticas transformadoras do modelo assistencial (GENIOLE, 2008).

Neste sentido, os Processos Clínicos específicos da Psicologia, contam com o espaço para atender o outro em sua subjetividade e singularidade, onde se faz fundamental a escuta clínica, a fim de compreendermos as formas de cada sujeito de ser e estar no mundo. Com base na terapia cognitivo-comportamental, a clínica se mostra como um dispositivo para realizar intervenções com objetivo de diminuir o sofrimento a partir da compreensão da subjetividade humana, entendida como uma interação recíproca entre crenças, emoções, comportamentos, fisiologia e ambiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve por objetivo abordar um estudo de caso em atendimento psicoterapêutico na abordagem Cognitivo-Comportamental, num serviço escola no interior do Rio Grande do Sul. Assim como elucidar, a partir da correlação entre teoria e prática, a importância de se falar sobre os dois transtornos mais recorrentes na sociedade. A paciente estudada possui hipótese diagnóstica de Transtorno Depressivo Maior em remissão parcial e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

A paciente será acompanhada pela primeira autora deste trabalho, estagiária de Psicologia do serviço escola por período de aproximadamente cinco meses, salientando que ainda há muitas etapas do processo terapêutico a serem realizadas. A relação terapêutica se desenvolveu ao decorrer dos encontros de forma positiva, o que estabeleceu um clima de empatia e confiança e conseqüentemente uma melhor evolução do caso. Construindo um vínculo sólido, o que representa um grande progresso considerando a dificuldade que Ana tem de estabelecer relações com outras pessoas, formando-se um *setting* terapêutico apropriado para ressignificações.

Ao longo da realização desse trabalho, me dediquei mais sobre o caso atendido percebendo suas particularidades e nuances, foi de extrema importância ter a oportunidade de me aprofundar em um assunto que é tão presente na clínica. A paciente segue em processo de

psicoterapia, e já é possível perceber algumas mudanças significativas no processo terapêutico. Ao darmos continuidade a este processo, ocorrerá um maior aprofundamento das sessões, ao longo do próximo semestre. Contudo, não se pode descartar o surgimento de novos acontecimentos e informações que podem gerar diferentes desdobramentos para este caso.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BECK, Judith S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- CLARK, D. A.; BECK, A. T. *Terapia Cognitiva para Transtornos de Ansiedade – guia do terapeuta*. Trad. Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- GENIOLE, Leika Aparecida Ishiyama (Org.) et al. *A Clínica Ampliada no Contexto da Atenção Primária em Saúde*. Portal da Saúde. Editora UFMS, 2008. Disponível em: <<http://www.portalsaude.ufms.br/manager/titan.php?target=openFile&fileId=551>>. Acesso em: 07 set. 2019.
- GROLI, V.; WAGNER, M. F.; DALBOSCO, S. N. P. Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. *Rev. Psicol. IMED*, Passo Fundo, 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2019.
- KNAPP, P.; BECK, A. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.30, n.2, p.54-64, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 02 ago. 2019.
- MOURA, I. M. et al. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*. 2018. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/557>>. Acesso em: 15 de nov. 2019.
- POWELL, V. B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de nov. de 2019.
- RIBEIRO, Jorge Ponciano. *Psicoterapia: Teorias e técnicas psicoterápicas*. 2 ed. São Paulo. Summus Editorial, 2013.
- RODRIGUES, V. S.; HORTA, R. L. Modelo cognitivo-comportamental da depressão. In: ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

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