

AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA O TRANSTORNO DE ANSIEDADE

DOS SANTOS, Ariane¹
GHANI, Eduardo¹
MARQUES, Maria Eduarda¹
MALAGUEZ, Catiéli²
VISENTINI, Danielle²
AGUZZI, Dilce Helena²

Resumo: O artigo tem como objetivo analisar o acompanhamento de observações - não participante da clínica escola na sala Gesell em torno de cinquenta minutos a cada sessão, em torno aconteceu seis análises pelos alunos do quarto e um do oitavo semestre. O atendimento ocorreu com uma jovem de quatorze anos que possui crises de ansiedade, sendo assim, foram elaboradas através do diário de campo as atividades sobre o estudo do modelo cognitivo, emoções, crenças. Ao decorrer dos encontros estabeleceu dinâmicas de relaxamento, quebra-gelo, autoconhecimento, construção de identidade e uma rotina favorável para o desenvolvimento e bem-estar da paciente. A partir dos encontros, o artigo traz resultados qualitativos sobre a melhoria do reconhecimento da garota sobre seus pensamentos, emoções, comportamentos, rotinas de higiene do sono e compreensão das próprias emoções.

Palavras-chave: Encontros, identidade, ansiedade e desenvolvimento

Abstract: The article aims to analyze the monitoring of observations - non-participant of the school clinic in the Gesell room for around fifty minutes each session, around six analyzes took place by students from the fourth and one from the eighth semester. The service took place with a fourteen-year-old girl who has anxiety attacks, therefore, activities on the study of the cognitive model, emotions and beliefs were prepared through the field diary. During the meetings, dynamics of relaxation, icebreakers, self-knowledge, identity construction and a favorable routine for the patient's development and well-being were established. Based on the meetings, the article brings qualitative results on improving the girl's recognition of her thoughts, emotions, behaviors, sleep hygiene routines and understanding of her own emotions.

Keywords: Encounters, identity, anxiety and development

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A terapia cognitivo comportamental (TCC) é classificada como uma abordagem da psicologia com um modelo de psicoterapia breve, estruturada e orientada para a resolução de problemas atuais e modificações de pensamentos e comportamentos disfuncionais do ser humano.

A ansiedade é uma reação natural e necessária do corpo, quando excessiva, traz consequências comprometedoras para a vida do indivíduo. Nessa circunstância, ela passa de reação natural a transtorno. O transtorno de ansiedade é caracterizado por um conjunto de indicativos e sintomas somáticos e psicológicos que acabam interferindo no funcionamento

cognitivo e comportamental. De acordo com o DSM-5 (2014), as características preponderantes do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação excessivas em diferentes eventos ou atividades. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado. A pessoa tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em questão.

Este artigo se refere ao estudo que foi realizado por acadêmicos do quarto semestre e do oitavo semestre, o desígnio desta pesquisa sucedeu-se à observação e relação dos conteúdos sobre Terapia Cognitivo Comportamental em relação ao modelo cognitivo, crenças nucleares aprendidos em aula de forma que explicou-se como ocorreria o funcionamento da abordagem unindo a teoria com a prática. Teve como objetivo a compreensão do modelo cognitivo, crenças intermediárias, crenças nucleares, conhecimento das emoções e estabelecimento de reações funcionais para o desenvolvimento saudável da paciente, entender como é o funcionamento da rotina dessa jovem se ela possui uma programação que possa auxiliar nas crises de ansiedade e em reações disfuncionais.

2 DESENVOLVIMENTO

A terapia é de extrema importância para o acompanhamento dos pacientes que buscam melhoria na vida cotidiana. Com isso, a sessão busca ensinar a lidar com suas emoções e comportamentos disfuncionais readaptando-os para uma estrutura funcional de uma maneira de curto prazo e estruturada. Por fim, segundo (Beck, 1964) a teoria cognitivo comportamental busca adaptar estratégias que ajudem o paciente a se tornar o ser ativo da terapia, trabalhando diretamente com sua identidade.

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 ADOLESCÊNCIA

A adolescência é determinada como um estágio biopsicossocial que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (1965), se enquadra como o segundo decênio da vida, dos dez (10) aos vinte (20) anos. Conjuntamente é o mesmo preceito utilizado pelo Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2007) e também pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (BRASIL, 2007). Já para o Estatuto da Criança e do Adolescente ECA, o período da adolescência vai dos doze (12) aos dezoito (18) anos (BRASIL, 2007). A

adolescência começa com mudanças corporais da puberdade e encerra com a introdução da vida adulta.

As mudanças biológicas são evidentes e universais, onde o corpo juvenil transforma seu aspecto e sexualidade para a forma adulta. Mas essas mudanças sozinhas não condizem com a configuração do adolescente como um adulto. Necessitam-se de outras profusas e menos visíveis mudanças para que ocorra o verdadeiro amadurecimento de um corpo jovem a um corpo adulto, dentre as quais inclui-se as mudanças cognitivas, sociais e conceptivas sobre a vida e o mundo. A adolescência vem com inúmeras transformações, tanto para o indivíduo quanto para a sua família, grupo de amigos e comunidade. (TRINDADE, 2003).

Este período é repleto de descobertas, de contato com o novo e com o desconhecido. Nesse processo os adolescentes vivenciam a crise de transição da infância para o mundo adulto, sendo, muitas vezes, a entrada no mundo profissional um marcador dessa mudança. Esta crise é vivida como um momento de tensão caracterizada pela desestruturação e uma reestruturação da identidade, permeada pelos conflitos e instabilidades a ela pertinentes, como também pelos imperativos sociais que compõem os processos de construção da subjetividade (TEIXEIRA e HASHIMOTO, 2005).

Com a abertura do adolescente para o mundo externo, o pertencimento ao grupo de pares se torna fundamental. Os membros do grupo ganham importância como modelos de identificação, com a adoção de formas de falar, estilos de se vestir e interesses comuns. A convivência com os outros adolescentes promove o desenvolvimento da empatia, da capacidade de ver o mundo por diferentes perspectivas, e de recursos para o gerenciamento das relações interpessoais. No grupo são ensaiadas as habilidades necessárias para a vida social. (ALMEIDA, 2015).

2.1.2 ANSIEDADE NA ADOLESCÊNCIA

Constantemente na adolescência ocorrem mudanças fisiológicas, biológicas, emocionais e cognitivas, como mudanças no corpo, na voz e o processo de maturação do cérebro, em razão disso o adolescente desenvolve novas ideias, fantasias, visões do mundo, o desejo de encontrar-se, firmar sua identidade e se encaixar em novos grupos sociais. Percebe-se também uma enorme diferença nas relações familiares e sociais, junto com a curiosidade de experimentar novas aventuras. Todo esse processo vivenciado pelo adolescente somado às pressões e cobranças que a sociedade impõe nessa etapa da vida

pode vir a desencadear ansiedade nos adolescentes durante o seu desenvolvimento. Toda a mudança no ciclo de vida oferece oportunidades para avanços, mas também riscos. A adolescência não é diferente. Ela oferece oportunidades para o crescimento em competência cognitiva e social, autonomia, autoestima e intimidade. (PAPALIA, 2022).

Segundo Ribeiro, Nascimento e Coutinho (2010) nessa fase acontecem muitos momentos turbulentos e de instabilidade emocional, rebeldia, solidão, inquietações e sintomas depressivos que, até certo ponto podem ser considerados comuns no desenvolvimento humano, porém caso haja muita recorrência pode acarretar a várias patologias que vão além de uma simples ansiedade. Isso traz à tona o quanto o apoio psicológico é necessário nesse ciclo vital.

Papalia (2022) afirma que:

Adolescentes tendem a praticar certos tipos de comportamento. Eles se interessam e são mais influenciados por seus pares e relações sociais. Além disso, eles demonstram maior tendência à impulsividade e a comportamentos de risco e têm maior probabilidade de experimentar drogas e bebidas alcoólicas, propensão a comportamentos imprudentes e dificuldade de se concentrar em objetivos de longo prazo. Ainda assim, eles conseguem pensar de maneiras mais complexas e sofisticadas e conseguem imaginar futuros possíveis e realidades alternativas. O cérebro adolescente contribui para alguns desses comportamentos adolescentes característicos. Os adolescentes processam informação de forma diferente dos adultos. Para entender a imaturidade do cérebro do adolescente, precisamos examinar as mudanças na estrutura e na composição do cérebro (PAPALIA, 2022, p. 327).

Pacientes com transtorno de ansiedade generalizada preocupam-se desproporcionalmente com o futuro e ocorrem vários erros de pensamento, como a catastrofização, por exemplo, por possuírem dificuldade de raciocinar com base na realidade. Suas concepções dos eventos tomam enormes proporções, exorbitando os efeitos, enfatizando os aspectos negativos e ignorando os positivos. Por esse motivo, são pessoas que possuem dificuldades para tomarem decisões, para solucionarem problemas, para mudanças, etc.

De acordo com o DSM-5 :

As características principais do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar. Além disso, são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fadigabilidade; dificuldade de concentração ou “ter brancos”; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono (DSM-5, 2014, p. 190).

De acordo com Polanczyk GV e Lamberte MTMR (2012), em geral todas as pessoas experimentam ansiedade, que se compreende como um sinal de alerta, sendo um perigo iminente e dessa forma capacita o sujeito a lidar com uma ameaça. Na adolescência, que se configura como um momento do ciclo vital com tantas mudanças, é de extrema importância reconhecer, ou pelo menos estar atento, às variações da normalidade e à estreita distinção entre o normal e o patológico (MARCELLI; BRACONIER, 2008).

2.1.3 TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NA ADOLESCÊNCIA

A terapia cognitivo comportamental é classificada como uma abordagem da psicologia com um modelo de psicoterapia breve, estruturada e orientada para a resolução de problemas atuais e modificações de pensamentos e comportamentos disfuncionais do ser humano. (BECK, 1964). A TCC é uma psicoterapia voltada para o presente e busca solucionar problemas do agora, por meio da modificação de pensamentos e comportamentos considerados inadequados ou inúteis para a vida do paciente. A ideia da psicoterapia é alterar o funcionamento das crenças básicas do paciente sobre si próprio, o jeito de enxergar seu mundo e o das outras pessoas. Com isso, é possível alterar o modo como ele se sente, seus humores e seus comportamentos a partir do modelo cognitivo. (SOUZA, *et al*; 2023).

A teoria dispõe como base o modelo cognitivo. Assim dizendo, acredita-se que a emoção e o comportamento são influenciados pela forma como o indivíduo interpreta os acontecimentos. Além disso, o modelo cognitivo destaca uma estrutura de funcionamento, sendo elas: 1.Situação/evento, 2.Pensamento automático/crenças. 3. Reações emocionais, comportamentais e fisiológicas (SOUZA, *et al*; 2023).

As alterações disfuncionais na fase de adolescência, transcendem um processo natural do desenvolvimento humano, onde possui alterações, impulsividade e o desejo de conhecer o mundo. Com isso, ao centro das emoções, muitas curiosidades são preenchidas, começando o início de conflitos psicológicos. Embora o jeito rebelde dos jovens, são seres frágeis, com pouca resiliência e experiência nos momentos vividos. (PICCOLOTO, 2019).

A terapia para os jovens já fez diversas alterações funcionais em quadros de depressão, ansiedade, transtornos alimentares e abuso de substâncias. Além do que, a TCC demonstra atividades positivas e compatíveis com a rotina do paciente, além da reestruturação das crenças irracionais (PICCOLOTO, 2019). O auxílio da TCC ajuda na reconstrução de identidade, Segundo Piccoloto (2019), possui uma estruturação de

benefícios da Terapia Cognitivo-comportamental, sendo elas; 1. Autonomia e participação ativa do paciente. 2. Foco no problema e resultados em curto prazo. 3. Direcionamento para escolhas adequadas. 4. Melhora no desempenho global do paciente. 5. Empiricamente apoiada no tratamento de diversos quadros.

2.1.4 CRENÇAS

A teoria cognitiva de Beck determinou o que diz respeito ao conceito de crenças centrais, que auxiliaram a compreender o fenômeno clínico, sendo assim, aproximando este conceito com estilos de apego, tendo as crenças centrais sobre os outros (CBO) as crenças centrais negativas sobre si (CBS), formando assim uma relação bilateral, no qual é necessário destacar a importância a respeito das experiências no período da infância, uma vez que são essenciais para internalização de crenças, tanto a respeito de si e dos outros. É nessa etapa que o indivíduo encontra-se em vulnerabilidade e com o instinto natural de sobrevivência, é normal adquirir crenças para aumentar as chances de se manter vivo, ou seja, experiências desagradáveis podem influenciar a forma que ela mesma se percebe em alguns conflitos, bem como o outro, podendo tornar-se exageradamente vigilante às ameaças e sem coragem de explorar o seu entorno. (OSMO, 2017).

As estruturas cognitivas maiores, são inseridas a partir das crenças centrais, que são intituladas esquemas, no qual são armazenadas características prototípicas ou genéricas, geradas com experiências, ideias e/ou estímulos, neste momento com todo esse conteúdo cognitivo que os esquemas processam dando sentido a novas informações (OSMO, 2017).

Existem três tipos de crenças centrais disfuncionais no desenvolvimento do ser humano, pode-se destacar como crença de desvalor, crença de desamparo e crença de desamor. 1. Crença de Desamor - no interno dessa crença central, o indivíduo sente-se inadequado, não acreditando que seja digno de ser amado pelas pessoas. Posto isso, outra observação marcante do desamor é a certeza absoluta de que em algum momento de sua vida acontecerá alguma rejeição amorosa. Entretanto, como um mecanismo de defesa, há uma grande repressão, insegurança e medo de embarcar em novos relacionamentos. 2. Crença de Desvalor - Ocorre uma certeza racional e inconsciente da sensação de incapacidade, o indivíduo tem total certeza que seus esforços não serão suficientes para alcançar seus objetivos e sente-se inapto em realizar tarefas novas. O fracasso é um pensamento permanente nas emoções. 3. Crença de Desamparo - Possui fragilidade

emocional em uma constante fase da vida, convive com o desamparo e com a crença central. Destaca a percepção de que está sozinho e vulnerável. Com isso, possui grande dificuldade em conviver em plena harmonia e felicidade, destaca a desconfiança e o medo. (ARITA, 2021).

2.2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo. A abordagem qualitativa é fundamentalmente interpretativa, de modo que ao pesquisador cabe a tarefa de interpretar os dados obtidos em todo o processo. (CRESWELL, 2021). O caráter descritivo tem por objetivo detalhar as características de determinada população, fenômeno ou a relação entre elas (GIL, 2010).

Para a concretização do estudo utilizou-se da observação não-participante, que consiste no distanciamento do pesquisador em relação a comunidade, do grupo ou da situação que deseja investigar, registrando de forma natural os eventos que acontecem nesse contexto. Nesse processo, o pesquisador assume mais o papel de observador do que de participante ativo (GIL, 2008).

A pesquisa foi realizada na sala de Gesell da Clínica Escola de Psicologia de uma faculdade localizada na fronteira do Rio Grande do Sul. Foi observado seis sessões de psicoterapia, com duração de aproximadamente 50 minutos cada. A sessão era conduzida por uma estagiária do décimo semestre do curso de Psicologia e foi acompanhada por acadêmicos do quarto e oitavo semestre. A paciente era uma adolescente de 14 anos, estudante do 9º do ensino fundamental, quem buscou atendimento foi a mãe por acreditar que a filha estava tendo crises de ansiedade. Vale ressaltar que os dados foram coletados através de diário de campo. O mesmo viabiliza a consignação dos eventos experimentados na realidade prática, o que representa um dos fundamentos essenciais para a formação da identidade profissional. (FREITAS; PEREIRA, 2018). Cada observador, individualmente realizou suas próprias anotações, que posteriormente foram compartilhadas com os demais, a fim de realizar os debates e análises necessários para a compreensão dos atendimentos e identificar os fenômenos propostos.

2.2.1 ACOMPANHAMENTO DAS SESSÕES PSICOTERÁPICAS

A paciente (A) de 14 anos, estudante do 9º do ensino fundamental, foi cadastrada na lista de espera pela sua responsável. No início do processo terapêutico foi realizado uma entrevista de anamnese com a mãe, a queixa principal relatada foram as crises de ansiedade. Entretanto, de acordo com a genitora vem apresentando esses sintomas desde 2020, quando apresenta crises a menina manifesta frequência cardíaca acelerada e palpitações, sensação de falta de ar, náuseas e dor no estômago e em algumas vezes teve episódios de desmaio. Em 2022 a jovem começou tratamento psicológico, porém não foi dada continuidade. A protetora procurou a clínica escola por estar desempregada e não ter condições financeiras de pagar um tratamento particular para a filha.

Quando a paciente (A) tinha 2 anos seus pais se separaram, em relatos a mãe conta que foi uma separação conturbada. Além disso, a relação da menina com a família é boa, porém não existe comunicação entre ela e seus familiares. Em sessões a adolescente relata que podendo resolver os seus problemas sozinha, resolve e não divide com ninguém.

A rotina da paciente é sempre preenchida por alguma atividade extracurricular, como curso de violão, teoria musical, inglês, natação, vôlei e em algumas noites a menina vai à igreja com a mãe. As sessões posteriores tiveram como objetivo ensinar o modelo cognitivo comportamental para a paciente, porquê foi identificado uma dificuldade por parte da paciente em diferenciar e identificar um pensamento, uma emoção e um comportamento.

Nos acompanhamentos feitos de maneira individual com a terapeuta, foi destacado algumas descrições da paciente as quais foram difíceis os reconhecimentos das emoções, relatou estar ansiosa com frequência, quando se sentia agitada pensava no ambiente terapêutico para se tranquilizar, não sabia identificar o que era emoção e ansiedade.

Na sessão um acompanhada pelos alunos, primeiramente a estagiária acolheu a paciente, após exerceu a verificação de humor sobre a preocupação da menina em comer um pedaço de bolo e ter crise de ansiedade. Após questioná-la, a paciente compreendeu que caso comesse o pedaço de bolo poderia tomar um remédio para estômago, que seria só a sensação de ter a dor na barriga ou não passaria mal. Logo em seguida foi revisado a tarefa de casa, fazendo um link com a sessão anterior, revisando os tópicos que foram abordados. Com isso, no primeiro momento foi proposto o jogo “UNO” com o objetivo de quebrar gelo, durante o jogo a paciente relatou como foi a semana. Após, é proposta a atividade “como identificar os pensamentos automáticos”. Foi abordado com a paciente sobre os

pensamentos funcionais e disfuncionais, mostrando a ela os pensamentos que lhe causavam angústia e levavam a comportamentos mal adaptativos. Na sessão foi realizada com a paciente a técnica RDP (registro de pensamentos disfuncionais) e foi deixado como tarefa de casa a realização do RDP. Para finalizar foi revisado os pontos chaves da sessão, seguidos da solicitação do feedback.

Na segunda sessão, primeiramente a estagiária recebeu a paciente, após realizou-se a verificação de humor sobre o reconhecimento das emoções primárias e secundárias, a paciente relatou sentir bastante raiva, tristeza e medo. O que mais incomodou a fala da paciente foi a tristeza, porque acredita que tem muita coisa para fazer e acaba não fazendo nada, mesmo realizando as atividades. Após a realização da conversa sobre as emoções, a jovem orientou sentir raiva e culpa maior parte do tempo. A terapeuta explicou o funcionamento de cada emoção, indicou a tarefa de casa e solicitou o feedback.

Na terceira sessão, primeiramente a estagiária recebeu primeiramente a mãe que indicou e reclamou da rotina cheia imposta pelo pai, reclamou que a filha anda bastante cansada e irritada. Segundamente, a terapeuta recebeu a jovem e questionou a organização da semana, se teve algum registro de pensamento automático e das emoções. A adolescente relatou estar cansada e bastante irritada, orientou sentir culpa por pedir ajuda da irmã mais nova nas tarefas de casa. Logo depois, foi realizada uma psicoeducação sobre as emoções, com objetivo de auxiliar a paciente a identificar suas emoções. Foi deixado como tarefa a anotação de suas emoções no decorrer da semana. Para finalizar foi revisado os pontos chaves da sessão, seguidos da solicitação do feedback.

Na quarta sessão, primeiramente a estagiária acomodou a paciente e executou sua verificação de humor. Logo em seguida foi revisado a tarefa de casa, fazendo um link com a sessão anterior, revisando os tópicos que foram abordados. Logo em seguida foi sugerido terminar o caderno de psicoeducação das emoções que tinha ficado pendente na sessão anterior. Após foi estabelecido a pauta principal da sessão, no qual a paciente relatou sobre sua rotina de sono e alimentação. Foi constatado a necessidade de uma psicoeducação de higiene do sono que será feito na sessão seguinte, e uma reorganização na rotina da paciente. Foi deixado como tarefa de casa a anotação de como é sua rotina de sono, os horários que costuma dormir e acordar. Para finalizar foi revisado os pontos chaves da sessão, seguidos da solicitação do feedback.

Na quinta sessão, primeiramente a estagiária se adaptou com a paciente, efetuou a verificação de humor. Logo depois foi revisado a tarefa de casa, fazendo um link com a sessão anterior. Em seguida, a menina relatou como foi a sua semana e destacou que teve

dois dias na semana que observou estar ansiosa. Após foi estabelecido a pauta principal da sessão, no qual apresentou o jogo Tabuleiro das Emoções. Foi constatado a necessidade de uma rotina de sono e de alimentação. Foi deixado como teste como foi a dificuldade do cronograma de sono. Para finalizar foi revisado os pontos chaves da sessão, seguidos da solicitação do feedback.

Na sexta e última sessão observada, primeiramente a estagiária recebeu a paciente, após questionar sobre a rotina e a resolução da tarefa de casa, fazendo um link com a sessão anterior. Logo em seguida. A paciente demonstrou facilidade na alteração dos horários da rotina, mas relatou uma recaída em relação a adaptação. Logo após, a psicóloga apresentou o modelo cognitivo e explicou o início das crenças, dividindo-as em desvalor, desamparo e desamor.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme o período de seis encontros observados, buscou-se a partir da análise pelas sessões observar o processo de desenvolvimento humano, crenças, erros cognitivos, emoções e a relação terapêutica entre a psicóloga e a paciente. Foi identificado comportamentos disfuncionais que envolvessem o desenvolvimento da paciente, sendo eles o exagero de atividades por influência dos responsáveis, irregularidade no sono, a culpa por querer fazer todas as atividades para agradar, o bloqueio emocional. Mas com o passar das sessões foi possível estabelecer atividades para a jovem, onde ela teria momentos de lazer e atividades complementares. Foi notório a melhoria na comunicação, no acompanhamento a jovem mostrou-se sempre interessada, soube identificar melhor suas emoções e comportamentos que prejudicasse para estabelecer uma nova rotina e modificações saudáveis no seu horário.

Destacou-se certa resistência da paciente em abordar alguns conteúdos que envolvessem a rotina, onde possui dificuldade em compreender que as mesmas atividades estavam deixando-o cansada. Foi abordado com a mãe da responsável uma melhoria na rotina, onde a jovem teria um momento de lazer. Mas logo após essa conversa, os alunos perceberam uma falta da paciente em querer estar presente nas sessões.

Destacou-se que na sessão a jovem demonstrou felicidade ao saber reconhecer suas emoções, porém, foi legível o desconforto quando a psicóloga cobrou as atividades e indicou uma rotina melhor para o sono, aqui vale ressaltar que quanto às atividades a

paciente em grande parte não as realiza, justificando sobre as adversidades que possuiu durante a semana para argumentar os motivos no qual não as realizou.

No que se refere a maneira como a psicóloga aborda a paciente para que a mesma possa expor o que pensa e sente, a mesma utiliza dos mais variados recursos, uma vez que a “TCC não é um conjunto de técnicas aplicadas mecanicamente como poderíamos pensar à primeira vista” (BECK; KANAPP, 2008, p.60,) como por exemplo: em uma sessão iniciou com o jogo de uno com a finalidade de “quebrar o gelo”, pois a paciente demonstrou em diversas sessões dificuldade em externalizar e fazer com que a mesma se sentisse mais à vontade. Em outro momento, utilizou baralhos como recurso a fim de trabalhar mais as emoções e poder diferenciá-las dos sentimentos, associando com situações corriqueiras em seu dia-a-dia, no qual a psicológica nos relatou que a paciente estava tendo dificuldade em distingui-las e para que não houvesse confusão entre as duas.

Durante as sessões foi notável que a quantidade de afazeres extras que a paciente realiza a sobrecarrega e a mesma, apesar de relatado, demonstra estar satisfeita com o acompanhamento, mas parece estar bastante exausta pela rotina, o que faz ela não ter o sono controlado, autocobrança com notas, sensação de não ser suficiente, sentindo-se culpada por fazer os pais terem gastos financeiros com ela, Stallard (2009) sugere que diversos fatores podem influenciar na etiologia e manutenção da ansiedade, dentre eles fatores bem específicos como individuais e ambientais. Outro fator que impacta a forma que paciente se apresenta na terapia também está relacionado com a rotina, uma vez que seus pais são separados e cada semana possui regras e maneiras de se portar distintas em cada local que está inserida durante os dias que está presente nestas residências.

Alguns pais, internet e a sociedade tornaram-se ambientes totalmente influenciáveis desafiadores nas rotinas urbanas e deixaram de priorizar a saúde mental e a qualidade de vida. A ansiedade tornou-se vilã e o medo da instabilidade emocional fez com que pessoas negassem qualquer tipo de sentimento para criarem uma personalidade que não era sua. Muitos influenciadores e a sociedade, incentivam uma rotina exagerada, para as pessoas possuírem sucesso no tempo contemporâneo precisa estar em completo movimento e não pode possuir momentos de lazer e descanso. Caso a pessoa não ter esse cotidiano acelerado, se tornará uma pessoa fracassada, sem futuro e muitos jovens estão com transtornos de ansiedade grave por não viverem como adolescentes, mas, como robôs (MAURO, 2022)

Durante a sessão, notou-se uma resistência com a comunicação da paciente. Percebeu-se que a jovem relata momentos superficiais e não aprofunda os assuntos sobre ela mesma e a família. A terapeuta respeitou o espaço da paciente, questionou se tinha algum tópico para debater mas a garota mesmo com os olhos cheios de lágrimas e um comportamento desconfortável negou.

É importante destacar que a ansiedade é uma condição tratável e muitos seres humanos podem se adaptar em estratégias para lidar com esses desafios na comunicação. Com isso, a terapia cognitivo-comportamental, a terapia de exposição são algumas das opções de tratamento seguros para reduzir a ansiedade, o medo do julgamento, a cobrança, e trazer melhorias na comunicação (BELLO, 2023).

3.1 TABELA DE CRENÇAS DA PACIENTE

DESAMOR	DESAMPARO	Estratégias de Enfrentamento
Rejeição Carente Não é atraente	Dependente emocional Impotente Desamparado	Aceitar todas as atividades

Fonte: SANTOS, A. GHANI, E. MARQUES, Maria Eduarda, 2023.

Conforme o início da explicação sobre as crenças nucleares com a paciente, percebeu-se que enquanto a terapeuta relatava algumas opções a jovem confirmava movimentos com a cabeça. Mas quando foi questionada sobre eles, ela escolheu algumas opções que já teria trabalhado em sessão. Destacou-se um grande desconforto ao entrar em algumas situações além do ambiente escolar e uma das principais estratégias de enfrentamento é a aceitação de grandes atividades complementares, para não ser desgosto ou comentários negativos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se que não foi possível realizar todas as sessões de acompanhamento devido algumas alterações por questões climáticas e problemas pessoais da paciente. Conforme foi observado em algumas circunstâncias, ambos lados da família se dispõem a levar a menina e procuram que ela vá sempre que possível.

Ao decorrer das observações foi notório uma aliança terapêutica, a garota esclareceu bastante satisfação e confiança ao local. Em alguns momentos, a paciente aparentou estar desconfortável em alguns assuntos que envolvessem o lado pessoal e familiar. Observou-se uma melhora na comunicação e comportamento durante as sessões, em alguns dias ela chegava mais tímida, desconfiada. Em outros dias, demonstrava estar feliz, segura em estar presente.

É extremamente necessário orientar que a resistência de participação é decorrente quando os assuntos começam a ser doloridos em alguns momentos, sendo eles bons ou ruins. Foi visível a alegria do reconhecimento das emoções, comportamentos e pensamentos automáticos quando acontecia algum relato da rotina. Com isso, destaca-se que foi tão importante a relação de ambas as partes, a jovem apresenta melhorias e adaptações para uma rotina confortável para si própria.

Esta etapa é vivida como um momento de tensão caracterizada pela desestruturação e uma reestruturação da identidade, permeada pelos conflitos e instabilidades a ela pertinentes, como também pelos imperativos sociais que compõem os processos de construção da subjetividade (TEIXEIRA e HASHIMOTO, 2005).

Observou-se uma melhoria conforme o acompanhamento, como também, foi visível uma resistência por parte da paciente. Foi debatido pelos alunos uma melhoria no humor, na comunicação, na compreensão da necessidade da paciente estar neste espaço terapêutico. A jovem demonstrou bastante interesse nesses momentos de estudo, conversa e lazer.

Para concluir, percebe-se uma dificuldade da paciente em alguns assuntos mais profundos, mas é claro o interesse em buscar ajuda. A menina tem momentos de melhoria em questões de ansiedade e comportamento, mas enfrenta também recaídas, algo totalmente comum no mundo terapêutico. Deve-se ser debatido com os responsáveis e com a jovem, seguir acompanhamentos com um profissional, para essas crises de ansiedade e até para jovem conseguir falar tudo que deixe-a desconfortável.

Por realização da psicoterapia com adolescentes, o jovem consegue organizar suas emoções de maneira clara e que consiga compreendê-la. Toda angústia vai ser trabalhada de modo confortável para o paciente, que, aos poucos, sua percepção será mais aceitável sobre si, sobre o outro e sobre o mundo. (ALONSO, 2019).

5 REFERÊNCIAS

ABERASTURY, KNOBEL, M., FERRER, E. S. L., GOLDSTEIN, R. Z. JARAST, S. G. KALINA, E., PAZ, L. R., & ROLLA, E. H.. *Adolescência* Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

ALONSO, F. **Psicologia Para Adolescentes: Saiba da Importância da Psicoterapia na Adolescência**, 2019. Acesso em: 20/10/2023. Disponível em: <https://psicoterapiaclinica.com.br/a-importancia-da-psicoterapia-na-adolescencia/#:~:text=Por%20meio%20da%20psicoterapia%20para,vive%20se%20tornar%C3%A1%20mais%20palp%C3%A1vel.>

ALMEIDA, Santoro Roberto. **Adolescência e contemporaneidade** – Aspectos biopsicossociais. Residência pediátrica, volume 5 – 3, 2015. Disponível em: <http://residenciapediatria.com.br/detalhes/159/adolescencia-e-contemporaneidade---aspectos-biopsicossociais>

ARITA, E. **Desamor, desvalor e desamparo: identificando as crenças centrais**, Porta de Inteligência Emocional. Acesso em: 24/08/2023. Disponível em: <https://www.arita.com.br/porta/desamor-desvalor-e-desamparo-identificando-as-crencas-centrais/>

BELLO, L. **Como a ansiedade social afeta a comunicação?** Terra-Blog The Speaker. Acesso em: 27/10/2023. Disponível em: <https://www.terra.com.br/economia/dinheiro-em-dia/meu-negocio/blog-the-speaker/como-a-ansiedade-social-afeta-a-comunicacao,59e922a94fc2c3d860d4fff0719f3859dp8u2gu3.html>

BECK, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. **Archives of General Psychiatry**, 10,561-571. Visto em:17/08/2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>

SAÚDE de adolescentes e jovens. Brasil, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>

INDICADORES sociais. Crianças e adolescentes. Brasil, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>

CASTILLO. Ana Regina GL; Recondo. Rogéria; Asbahr. Fernando R; Manfro. Gisele G; **Transtornos de ansiedade**. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7gtB9pZFY6rkh48CLt/?lang=pt>

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** [recurso eletrônico] / Paulo Dalgallarrondo. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019.

FREITAS, Mateus; PEREIRA, Eliane Regina. **O diário de campo e suas possibilidades**. Quaderns de Psicologia, v. 20, n.3, p.235-244, 2018.

GAMEIRO, Nathália. **Depressão, ansiedade e estresse aumentam durante a pandemia.** 2020. Disponível em:
<https://www.fiocruzbrasil.br/fiocruz.br/depressao-ansiedade-e-estresse-aumentam-durante-a-pandemia/>

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

KNAPP, P.BECK, A. T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva.** Revista Brasileira de Psiquiatria, [s. l.], v. 30, n. SUPPL. 2, p. 54–64, 2008. Disponível em <: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>>.

Stallard, Paul. **Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens** / Paul Stallard ; Tradução : Sandra Maria Mallmann da Rosa ; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição: Ricardo Wainer. - Porto Alegre : Artmed, 2010.

TRINDADE P. O, Martins. Z. A e Almeida, A. M. O. (2003). **O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. Psicologia: Reflexão e Crítica**, 16, 555-568

MAY, Serra e cols, Germain e Mascotte. **Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Cortes de Nascimento brasileiras RPS** (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2020.v36n2/e00154319/>

Marcelli D, Braconnier A. **Adolescência e psicopatologia.** 6a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008

MAURO, Maria Francisca, **Desacelerar: rotinas aceleradas e a busca por saúde mental,** Portal da Mente, 2022. Acesso em: 27/10/2023. Disponível em:
<https://mariafranciscamauro.com.br/blog/rotinas-aceleradas/>

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

NOGUEIRA, M. T. (2018), Virtude Blog, **Terapia cognitivo comportamental: o que é, como funciona e quando devo procurar?** Acesso em: 17/08/2023. Disponível em:
<https://www.vittude.com/blog/terapia-cognitivo-comportamental/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CID-10 ^{3/4} **Classificação Internacional de Doenças**, décima versão Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1965). **Problemas de la salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la O.M.S** (Informe técnico n° 308). Genebra.

OSMO, F. **Inventário de Crenças Centrais negativas: propriedades psicométricas**, Universidade Federal da Bahia - Instituto de Psicologia 2017. Acesso em: 12/11/2023. Disponível em:
<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/23981/1/Invent%C3%A1rio%20de%20Cren%C3%A7as%20Centrais%20Negativas%20%28Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20de%20Flavio%20Osmo%29.pdf>

PAPALIA,, Diane, E. e Gabriela Martorelli. **Desenvolvimento humano**. Disponível em: Minha Biblioteca, (14th edição). Grupo A, 2022. [1]

PICCOLOTO, L. Cognitivo Blog. **Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: quais os benefícios?(2019)**. Acesso em: 28/08/2023. Disponível em:
<https://blog.cognitivo.com/terapia-cognitivo-comportamental-para-adolescentes-quais-os-beneficios>

Polanczyk GV, Lamberte MTMR. **Psiquiatria da infância e adolescência**. 1a ed. Barueri: Manole; 2012.

RIBERO, Nascimento; Coutinho Disponível em:
<https://scielosp.org/article/csp/2020.v36n2/e00154319/>

SOUZA,R. et al. **O que é a Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) e como ela funciona?** Hospital Israelita Albert Einstein 2023, acesso em 31/08/2023. Disponível em:
<https://vidasaudavel.einstein.br/o-que-e-a-terapia-cognitiva-comportamental-tcc-e-como-ela-funciona/>

TEIXEIRA, M. A. R. P. & Hashimoto, F. (2005). **Família e escolha profissional: a questão espacial, temporal e o significado dos nomes**. Pulsional Revista de Psicanálise, 18 (182), 63-73.

World Health Organization. **Investing in mental health: evidence for action**. Geneva: World Health Organization; 2013.