

ESTUDO DE CASO SOB O VIÉS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA TRABALHAR O ABUSO DE ALCOOL E O SOFRIMENTO PSICOLÓGICO

Eleandro de Souza Cabral¹

Rosa Kioko Ilda da Silva²

Diego da Silva³

RESUMO: O objetivo da pesquisa é apresentar caso clínico e intervenção terapêutica de uma paciente de 46 anos atendida na clínica escola da instituição de ensino Uniensino, a qual apresenta possíveis sintomatologias de ansiedade, entre elas, ataques de pânico, excitação fisiológica e hiperventilação, dificuldades de relacionamento conjugal e abuso de substâncias (álcool). A partir do referencial Cognitivo-Comportamental, em 10 sessões foi possível dimensionar resultados significativos, havendo flexibilização de crenças centrais e maior dimensionamento de estratégias para resolução de problemas. Vislumbrando a diminuição da sintomatologia a cliente obteve evolução positiva em seu contexto biopsicossocial.

Palavras-Chave: Ansiedade. Pânico. Uso de Substâncias. Caso Clínico. Terapia Cognitivo Comportamental.

1 INTRODUÇÃO

1972

Esta pesquisa consiste em um estudo exploratório intervencional clínico de caso único direcionado à S. I. S., 46 anos, designer, casada, com escolaridade de ensino médio, a qual buscou atendimento terapêutico em psicologia em nossa clínica escola na instituição de ensino Uniensino. Por meio do plano de atendimento e a conceitualização de caso proposta, buscou-se interpor ponto de vista transversal e longitudinal dos fatores cognitivos e comportamentais apresentados, assim como, questões situacionais que contribuíram para o desenvolvimento de eventuais psicopatologias, formação de personalidade e consequentemente estabelecer diretrizes clínicas para intervenção significativa no ajustamento biopsicossocial desta cliente.

Face à infinita e complexa gama de informações que circundam a vida da cliente trazida em triagem e anamnese, utilizou-se para o desenvolvimento desta conceitualização uma hipótese multidimensional de trabalho e entendimento inicial que teve foco na perspectiva cognitivo comportamental no que tange aspectos das queixas iniciais priorizadas

¹Psicólogo e docente na Instituição Uniensino.

²Acadêmica de Psicologia da UniEnsino.

³Docente em Psicologia na Instituição Uniensino.

e conflitos geradores de sofrimento, pontuando tais como questões iniciais de investigação e objeto primário da intervenção.

A presente pesquisa propõe apontamentos futuros de atendimento para o caso, coadunando com o fato da conceitualização de caso ser um trabalho permanente no decorrer do tratamento e que à medida que novos dados clínicos são trazido para a terapia, haverá a necessidade de atualizações e novos direcionamentos conforme o tratamento evolui.

2 O CASO CLÍNICO

Nascida em 22 de dezembro de 1976, sexta em nascimento de oito irmãos, detalha nascimento saudável após um conturbado ciclo de natalidade, sendo sua genitora uma mãe imensamente dedicada que atribuiu ciclo evolutivo e vínculos familiares estáveis e equilibrados na infância e adolescência, tornando-se impressindível tal levantamento visto a importância de investigar eventos específicos e situações passadas que desencadeiam pensamentos e sentimentos disfuncionais para suas perspectivas de presente e futuro (SHAPIRO, FRIEDBERG E BERDENSTEIN, 2006).

A cliente traz como queixa inicial uma série de sintomas possivelmente relacionados com ansiedade, entre eles, ataques de pânico, excitação fisiológica e hiperventilação. Tais sintomas levaram a cliente a consultas ao pronto socorro, tendo em seus exames, inclusive o eletrocardiograma, normalidade aferida. Em consulta ao cardiologista confirmou não haver evidências de doença cardíaca. A cliente informa que os ataques de pânico mais frequentes, 1 a 2 por semana, foram a partir da desestabilização econômica da empresa em que atua, o que gerou instabilidade, atraso de salários e possível fechamento da empresa, tais situações geram ansiedade por antecipação da ameaça do desemprego e preocupação excessiva com a manutenção do labor e busca efetiva por desempenho. A ansiedade e seus correlatos tem patologias reconhecidas quando estes possuem exageros e são desproporcionais, prejudicando a qualidade de vida e desempenho diário da cliente. A diferenciação da ansiedade normal para a patológica, encontra-se em avaliar a reação ansiosa em sua duração, curta e autolimitada, e se está relacionada ao estímulo de momento (CASTILLO, 2000).

Em segundo momento, relata que o relacionamento com seu esposo encontra-se instável, no qual, percebe um distanciamento do companheiro o que tem resultado em discussões que levam ambos ao isolamento. Ao ser solicitada que exemplificasse a situação, a cliente relata que quando chega do trabalho busca por atenção mas não é correspondida da

forma que necessário. Ainda, denota que quando após as discussões se isola em um cômodo da residência e faz uso de álcool (cerveja) atribuindo a este comportamento uma forma de fuga, baixa da ansiedade e auxílio para o adormecimento. Corriqueiramente, 1 a 2 vezes por semana, faz uso desta substância e por vários momentos faz uso abusivo. No dia seguinte sente culpa pelo comportamento adotado, denota humor rebaixado, abstinência e mal estar pelo consumo exarcebado. Conforme descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-V desenvolvido pela American Psychiatric Association – APA (2014), a dependência do álcool é catalogada no grupo dos Transtornos relacionados a substâncias (CID F10) em grau leve (F10.10), moderado e grave (F10.20), sob a nomenclatura “Transtornos por uso de Álcool”. Os critérios diagnósticos circundam sistematicamente um uso problemático de álcool, gerando comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se encontra moldada no objetivo de reestruturar as disfuncionalidades cognitivas do cliente dependente e na tratativa de problemáticas focais buscando munir a mesma de estratégias cognitivas comportamentais para fazer frente a realidade que se apresenta com o uso da substância de forma disfuncional (Alves, Burel, & Possidente, 2008, Zanelatto & Laranjeira, 2013).

Questões subjacentes identificadas e a serem trabalhadas com a cliente se relacionam com a perda de sua mãe à aproximadamente dois anos, fato este, que segundo a cliente, até o momento ainda permanece resultando em crises de choro, solidão e tristeza. S.I.S. ainda não se sentiu à vontade para trazer em pauta na sessão maiores informações sobre este assunto, entretanto, já foram identificadas “cognições quentes” relevantes quando a cliente cita “*eu fiz o que pude, fiz mesmo...*”. Quando o luto se torna complicado, ele passa a se manifestar por meio de sintomatologias físicas e mentais que dialogam intimamente com a negação, culpa e a repressão da dor, os sujeitos se denotam, tristes, incapazes, solitários e depressivos (PARKES, 1998).

3 MÉTODO

Como proposta multidimensional de entendimento, com foco na terapia cognitivo comportamental, trabalhou-se o plano de tratamento formulando bases fundamentais para a reestruturação cognitiva conferindo direcionamento para as intervenções que se seguirão visando o advento e a inclusão de novas vertentes que serão adicionadas no decorrer do processo de terapia.

Uma base sólida de conhecimento sobre pressupostos precipitantes, os estressores, os fatores de manutenção, condicionantes e crenças nucleares norteados pela sintomatologia de possível ansiedade, tristeza e abuso de substâncias relatadas pela cliente, nos traz campo para labor terapêutico e busca por reconstrução de pilares nos quais se erguerá novo panorama de funcionamento cognitivo e uma transformação emocional e comportamental duradoura (BECK, 2005).

4 PONTOS TRABALHADOS EM SESSÃO

Com base na verificação da cronicidade e complexidade dos problemas apresentados pelo cliente, assim como, o uso abusivo de substâncias, formulou-se hipótese de trabalho com técnicas que mensurem, identifiquem e promovam por meio da terapia cognitivo comportamental como referência, alterações comportamentais conscientes, direcionando o cliente a almejada reestruturação cognitiva para enfrentamento e superação de seus sintomas. Para tanto, após iniciada a relação terapêutica trabalhada por meio do empirismo colaborativo, efetivou-se a estruturação da terapia estabelecendo a agenda e feedback de forma maximalizar a eficiência das sessões de tratamento pontuando sempre como norte a conceituação de caso (WRIGHT, BASCO; BROW; THASE, 2019).

1975

Entre as técnicas e manejos, fundamentalmente iniciou-se com o “questionamento socrático” tendo como objetivo o de fazer com que a cliente reconheça os pensamentos desadaptativos identificados na conceituação, trabalhando concomitantemente a “descoberta guiada” de modo modificar e psicoeducar o cliente, fazendo que o mesmo se envolvesse no processo de aprendizagem sobre seus padrões disfuncionais de pensamento e comportamento (WRIGHT, BASCO; BROW; THASE, 2019).

Em sequência trabalhamos a técnica “Roda da Vida” pra definirmos prioridade de áreas a serem trabalhadas em sessão. Com os tópicos específicos e mensuráveis bem definidos, seguimos para a identificação dos pensamentos automáticos por meio do “registro de pensamentos” chamando atenção do cliente para as cognições importantes, tendo ela assim, um método sistemático para praticar e indagar a validade dos padrões de pensamentos. Ainda visando a identificação de pensamentos automáticos, e caso o cliente encontrasse dificuldade em elaborá-los, consolidar-se-á essa habilidade pelo método “imagens mentais” auxiliando o cliente a reviver eventos importantes em sua imaginação a fim de entrar em contato com pensamentos e sentimentos que teve quando os eventos ocorreram (WRIGHT, BASCO; BROW; THASE, 2019).

Com o inventário de pensamentos automáticos e identificadas as emoções e os comportamentos subjacentes, delineou-se o manejo destes por meio do “exame de evidências” trabalhando a modificação dos pensamentos automáticos listando as evidências à favor e contra a validade da cognição apresentada, trabalhando a modificação do pensamento para uma forma consistente com as evidências recém descobertas. Nesta etapa abordamos em paralelo o “ensaio cognitivo” para orquestrar uma resposta adaptativa as situações potencialmente estressantes identificadas, principalmente no que diz respeito ao abuso de substâncias, estabelecendo “plano de prevenção à recaídas” (WRIGHT, BASCO; BROW; THASE, 2019).

Ao buscar tratamento o cliente geralmente está interessado em fazer mudanças, neste caso e aproveitando a aderência ao tratamento, a técnica utilizada foi o “plano de ação comportamental” que a auxiliou a começar a romper os padrões de distanciamento ou inatividade no ambiente de trabalho e em seu relacionamento demonstrando que ela pode progredir. Nesta etapa estava vinculada também a técnica de “prevenção de resposta”, obstinando o cliente a interromper comportamentos que estejam perpetuando sua apatia no trabalho e seu isolamento no relacionamento, encorajando-a a se expor a situações com consciência cognitiva sem a necessidade de fuga e o uso de álcool, e, para aumentar as chances de sucesso aplicamos o reforço positivo da técnica de “recompensas”, gerando protocolo de exposição com incentivos por atingir as metas pré-estabelecidas, principalmente as que se referem ao uso de substâncias. (WRIGHT, BASCO; BROW; THASE, 2019).

Visto que a intervenção inicial estava pautada em uma hipótese multidimensional de trabalho, e tendo como objetivo fundamental criar bases sólidas para intervir nas crenças nucleares de forma efetiva e não apenas de trabalhar a superfície dos sintomas, atuaremos nas próximas sessões a técnica de “modificação de esquemas”, pois, se identificou por meio da conceitualização que muitos dos sintomas atuais são provenientes do uso de substâncias precipitado pela desorganização do ambiente laboral e pela desregulação do sistema familiar da cliente. A psicoeducação acerca dos esquemas da cliente será implementada de forma concomitante com os métodos descritos anteriormente, além de breves explicações em sessões, recomendando leituras e outros materiais educacionais que o façam aprender sobre seus esquemas. De forma consolidar resultados, será utilizado como recurso reforçador a “lista de vantagens e desvantagens” identificando ganhos já alcançados incentivando a cliente a não manter o modo de pensar disfuncional sequenciando a “geração de alternativas”

como metodologia para estimulá-la a abrir um leque de novas possibilidades e autorreflexão (WRIGHT, BASCO; BROW; THASE, 2019).

5 ANÁLISE DO CASO - CONCEITUALIZAÇÃO

<p>Crenças Nucleares</p> <p><i>Quais são as crenças mais nucleares do paciente a respeito de si mesmo?</i></p> <p>“Sou culpada por não conseguir vender mais para solucionar a questão financeira da empresa”; “Não vou conseguir manter meu relacionameto conjugal”; “Nunca conseguirei deixar de beber”.</p>		
<p>Pressupostos crenças/Regras/Condicionais</p> <p><i>Que pressuposto positivo o ajudou a lidar com sua(s) crença(s) nuclear(es)? Qual a contraparte negativa desse pressuposto?</i></p> <p>Positivo: As habilidades de comunicação possibilitam motivação para tratamento; Negativo: O esposo possui postura rígida e desmotiva a cliente com frases como “psicologia é como sua religião... não serve pra nada”.</p>		
<p>Estratégia(s) Compensatória(s)</p> <p><i>Que comportamentos o ajudaram a lidar com a(s) crença(s) nuclear(es)?</i></p> <p>Busca desempenho muito acima de suas metas até sua exaustão; O isolamento e distância evita maiores discussões com esposo; Utilização de substâncias amortece o sentimento de vazio;</p>		
<p>Situação 1</p> <p>Reunião de vendas na empresa.</p>	<p>Situação 2</p> <p>Buscar atenção do esposo ao chegar em casa do trabalho.</p>	<p>Situação 3</p> <p>Quando faz uso do álcool não consegue manter o controle e exagera de forma costumes.</p>
<p>Pensamento Automático</p> <p>“Já alcancei minha meta de vendas, mas a empresa precisa de mais.”</p>	<p>Pensamento Automático</p> <p>“Estou tão só.” “Ele não me ama mais.” “Ele não quer me dar atenção.”</p>	<p>Pensamento Automático</p> <p>“Preciso de álcool para esquecer dos problemas.”</p>
<p>Significado do P.A.</p> <p>Possibilidade: Sou culpada pela empresa estar</p>	<p>Significado do P.A.</p> <p>Possibilidade: Acredita que o esposo não tem sentimentos por ela</p>	<p>Significado do P.A.</p> <p>Possibilidade: O alcool à auxília no esquecimento,</p>

assim.	verdadeiramente.	fulga e adormecimento.
Emoção	Emoção	Emoção
Ansiedade,	Tristeza.	Culpa,
Comportamento	Comportamento	Comportamento
Busca desempenho muito acima para evitar desemprego.	Se sente incompleta, se isola na varanda e efetiva uso de substâncias como fuga da realidade.	Cada episódio aumenta a quantidade de ingestão caracterizando possível resistência ao álcool.

6 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Por meio da Conceitualização de Caso trabalhada, identifica-se as emoções de ansiedade, tristeza e culpa que surgem a partir de situações vividas no dia-a-dia da cliente. A tríade cognitiva da ansiedade ora identificada no comportamento desta cliente se remete a entender que a mesma se vê como inadequada e com recursos ineficientes para seu trabalho, gerando conseqüentemente o instinto de sobrevivência por meio do sistema nervoso autônomo, induzindo sintomas fisiológicos e a preparação para uma possível luta e fuga. Seu estado de tensão corrobora para a criação de condições disfuncionais em seu relacionamento e, por conseguinte, a leva para o abuso de substâncias. Este ciclo permeia a manutenção da visão negativa que a cliente possui dela mesma, do mundo e do futuro, reforçando um grau de desesperança perante as distorções cognitivas estruturadas de forma absolutista (WRIGHT, BASCO; BROW; THASE, 2019).

A quebra deste sistema de crenças determinará mudança na interpretação dos acontecimentos que a afetam essa cliente. Ou seja, alterando os significados, se modificarão suas emoções e por sua vez os comportamentos exagerados com relação as situações e ao uso de substâncias. A terapia cognitiva terá como objetivo minimizar as tensões psicológicas e retificar equívocos. Com esta retificação de crenças, as reações também se alteram (CLARK, 2012).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TCC se destaca pela tradição em avaliar as habilidades do terapeuta e fornecer feedbacks construtivos. Para aferir a proficiência e progresso do tratamento proposto nesta conceituação se utilizará a “Escala de Terapia Cognitiva” (YOUNG, BECK, 1980 *apud* WRIGHT, BASCO; BROW; THASE, 2019). Nesta, será proposta uma autoavaliação

voltada para o terapeuta de quesitos como: estabelecimento e estruturação de agenda, colaboração, ritmo, e uso eficiente do tempo, comportamentos e habilidades em aplicar técnicas e checagem sobre a contratransferência e supervisão.

Em avaliação direcionada a cliente, a estruturação da sessão está formatada para mensurar a evolução do cliente e o atingimentos de metas propostas em terapia. Questões como, a indentificação das mudanças de humor, verificação de sintomas, engajamento nas tarefas de casa e agenda, a identificação e modificação de esquemas e a identificação de responsabilidade pelo controle da própria terapia, são informações pertinentes que por meio de testes e instrumentos específicos poderão ser medidos para avaliação do amadurecimento da terapia e conquista dos resultados (YOUNG, BECK, 1980 *apud* WRIGHT, BASCO; BROW; THASE, 2019).

Com os objetivos iniciais trabalhados e o alívio dos sintomas alcançados, a terapia será direcionada para um plano com significado pessoal de crescimento, desenvolvendo uma sensação de sentido de vida, alimentando e fortalecendo esquemas funcionais e construtos centrais baseados em seus pontos fortes. Contudo, as transformações trarão à baila novos estágios de autoconceito e aquisição importante de autoestima, assim como, o rompimento com antigos esquemas promoverão perspectiva mais ampla de desenvolvimento de novos, entretanto, essa nova abertura necessitará de prática repetida e atenção pois o terapeuta ora responsável migrará para conceitos de uma terapia cognitiva construtivista para a construção de uma nova existência pessoal que ligará sua nova dimensão de crenças nucleares com o presente estabelecido, formulando assim conquistas transformadoras para o futuro.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. E.; BUREL, B. E. & POSSIDENTE, F. A. 2008. **Dependência química, alcoolismo ou compulsão: algumas perspectivas sobre a mesma questão.** NetSaberArtigos, Rio de Janeiro.

BARTILOTTI, M. R. M. B. **Intervenção psicológica em luto perinatal.** In F. F. Bortoletti (Org.). **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar.** São Paulo: Manole, 2007.

BECK, A. T. (2005). **Além da crença: Uma teoria de modos, personalidade e psicopatologia.** In P. M. Salkovskis (Ed.), **Fronteiras da terapia cognitiva.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp, Elisabeth Meyer.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CASTILLO, A. R. G.; RECONDO, R.; ASBAHR, F. R.; MANFRO, G. G. **Transtornos de ansiedade.** Braz. J. Psychiatry 22 (suppl 2), dezembro 2000. Disponível em . Acessado em junho/2023.

CLARK, A. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade [recurso eletrônico]** : ciência e prática / David A. Clark, Aaron T. Beck; tradução: Maria Cristina Monteiro ; revisão técnica: Elisabeth Meyer. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2012.

Parkes, C. M. (1998). **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta** (Maria Helena Franco Bromberg, Trad.). São Paulo: Summus.

REUBEN F., **Love and Work: The Value System of Psychoanalysis** (1990).

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

SHAPIRO J; FRIEDBERG R; BARDENSTEIN K. (2006) **Child and Adolescent therapy science and art.** John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.