

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO MANEJO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA E TRICOTILOMANIA: UM ESTUDO DE CASO

TRICOLI, Taian Felipe Pinto Puzoni¹; TRICOLI, Valquiria Aparecida Cintra².

<https://doi.org/10.60035/1678-0795.momentum-v1n22-520>

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo evidenciar um estudo que se iniciou em um curso de pós-graduação a dizer pelo plano terapêutico desenvolvido e o desfecho a partir da demanda que foi trazida. Uma jovem adulta buscou o atendimento psicológico a fim de que se pudesse ajudá-la a lidar com o momento pandêmico. Era extremamente cuidadosa, no entanto, os comportamentos de autocuidado estavam se tornando rígidos, influenciando sua qualidade de vida, desencadeando comportamentos disfuncionais. Também trouxe que fazia tratamento psicológico para lidar com os hábitos de tricotilomania (sendo este diagnosticado), arrancava as sobrancelhas e os fios de cabelo. O tratamento não estava sendo eficaz, não percebia melhoras, portanto, desistiu. Este hábito influenciou a autoestima da paciente. Ainda na questão do hábito, ela relatou que teve início na adolescência, aos 16 anos, e se perpetuava na fase adulta. Explicou que era desencadeado nos momentos que a deixavam mais nervosa e tensa. Por fim, disse que era muito ansiosa e pensava muito no que podia acontecer no futuro. O seu sonho era ser comissária de bordo. A abordagem que direcionou este caso foi a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), utilizando-se de técnicas cognitivas, comportamentais e emocionais. Ao todo realizaram-se 69 sessões (no período de 07/05/2021 a 02/02/2024).

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Transtorno de Ansiedade Generalizada; Tricotilomania.

ABSTRACT

This article aims to highlight a study that began in a postgraduate course, namely through the therapeutic plan developed and the outcome based on the demand that was brought. A young adult sought psychological care in order to help her deal with the pandemic. She was extremely careful, however, her self-care behaviors were becoming rigid, influencing her quality of life, triggering dysfunctional behaviors. She also said that she was undergoing psychological treatment to deal with her trichotillomania habits (after being diagnosed), she would pull out her eyebrows and hair. The treatment was not effective, and she did not see any improvement, so she gave up. This habit influenced the patient's self-esteem. Still on the subject of the habit, she reported that it began in adolescence, at the age of 16, and continued into adulthood. She explained that it was triggered at times when she felt most nervous and tense. Finally, she said that she was very anxious and thought a lot about what could happen in the future. Her dream was to be a flight attendant. The approach that guided this case was Cognitive Behavioral Therapy (CBT) using cognitive, behavioral and emotional techniques. In total, 69 sessions were held (from 07/05/2021 to 02/02/2024).

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy; Generalized Anxiety Disorder; Trichotillomania.

¹ Psicólogo, Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental pela UNIFAAT, Especialista em Docência do Ensino Superior pelo Centro Universitário São Camilo, Coordenador Adjunto do Curso de Psicologia, Monitor Técnico do Núcleo de Treinamento em Avaliação Psicológica e Docente de Psicologia pela UNIFAAT. *E-mail:* taian-felipe@hotmail.com

² Psicóloga, mestre em Psicologia Clínica e doutora em Psicologia como Ciência e Profissão pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Professora do curso de Psicologia da UNIFAAT - Atibaia, SP. Coordenadora do Centro de Técnicas Terapêuticas e Preventivas de Atibaia (CETEPEA). *E-mail:* valtricoli@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é considerada por muitos uma das principais abordagens cognitivas, em virtude de sua integração e direcionamento de conceitos, técnicas de repertórios comportamentais e/ou cognitivos da atualidade (Souza & Candido, 2010). Neste sentido, Dobson e Dosois (2006) destacam que a TCC fundamenta a sua psicoterapia em três premissas básicas: “1. A cognição afeta o comportamento. 2. A cognição pode ser monitorada e alterada. 3. A mudança comportamental desejada pode ser efetuada por meio da mudança cognitiva” (p. 17).

Falcone e Oliveira (2012, p. 12) contemplam essas premissas como “um processo interno e oculto de cognição que influencia as emoções e os comportamentos de uma pessoa”.

Nesse sentido, a experiência descrita neste artigo evidenciará um plano terapêutico conduzido a uma paciente que trouxe alta prevalência dos transtornos de ansiedade oriundos do medo patológico em relação à COVID-19. Ela tinha medo de se contaminar e contaminar pessoas da família (trabalhava em uma instituição privada de saúde, área administrativa). Vale ressaltar que já tinha tomado as doses necessárias de vacina, era extremamente cuidadosa: usava máscara, álcool em gel, evitava estar em lugares que tivessem aglomerações e ficava atenta ao distanciamento social. No entanto, esses comportamentos estavam se tornando rígidos, influenciando sua qualidade de vida e desencadeando comportamentos disfuncionais, a citar os hábitos de tricotilomania, arrancava as sobrancelhas e fios de cabelo e, como consequência, desenvolveu baixa autoestima.

Durante as sessões e através de observação, questionamentos e instrumentos utilizados, constatou-se, diante do quadro clínico da paciente, que ela apresentava a hipótese diagnóstica de Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Segundo Pitta (2011), a ansiedade é definida como uma emoção que acompanha o homem desde a sua existência, categorizando-a em ansiedade normal a que tem por objetivo manter o indivíduo em alerta, atento aos sinais de perigo decorrentes da realidade ambiental externa. Por outro lado, a ansiedade patológica diferencia-se pela intensidade, preocupação excessiva às distintas situações ou ameaças, apreensão negativa em relação ao futuro e sentimentos desagradáveis. Desta forma, acarretam ao indivíduo sofrimento e prejuízos nas esferas funcionais, organizacionais e sociais.

Greenberger e Padesky (2017) descrevem elementos importantes que compõem a ansiedade, a citar: sintomas cognitivos, bem como os pensamentos catastróficos, de perigo, levando ao aumento do período de alerta ou vigília. No que tange às respostas comportamentais, os autores elucidam que o indivíduo desenvolve: evitação, esquiva e fuga. Quanto às

manifestações fisiológicas, a ansiedade tende a desencadear dificuldade respiratória, sudorese, taquicardia, boca seca, tensões musculares, distúrbios gastrointestinais, tremor, tontura e demais condições.

Neste sentido, as informações trazidas pela paciente durante as sessões corroboraram para a formulação da hipótese diagnóstica como:

- Respostas cognitivas: os pensamentos catastróficos de estar contaminada e contaminar os familiares; pensamentos voltados para o futuro, o que poderia acontecer e como ocorreria, apresentando pensamentos de que não seria independente; não atenderia às expectativas da família; não conseguiria formar uma família, além de pensamentos que desencadeavam as respostas emocionais como: culpa, medo, insegurança e apreensão por não conseguir controlar os hábitos e a rigidez.

- Respostas fisiológicas: cefaleias; palpitações; taquicardia, dentre outros.

- Respostas comportamentais: arrancar as sobrancelhas e os fios de cabelo; rigidez quanto ao momento pandêmico (máscara dentro de casa, inclusive nos momentos de dormir) e manter o distanciamento social; limitar momentos de diversões; conflitos com a avó e mãe e comportamento de fuga e esquiva.

É válido ressaltar também que, diante do quadro clínico além da hipótese diagnóstica de Transtorno de Ansiedade Generalizada, identificaram-se também comorbidades, a citar: tricotilomania e pensamentos obsessivos.

As informações que corroboraram para as hipóteses de comorbidades identificadas foram:

No que tange à tricotilomania, nos momentos de maior tensão, nervosismo e ansiedade, relatou que para que conseguisse sentir menos tensão, recorria ao hábito disfuncional (arrancar a sobrancelha e fios de cabelo). Citou uma experiência vivenciada na adolescência que a marcou. Disse que foi realizar uma prova, “entrou com sobrancelha e saiu sem” (sic). Tais hábitos eram desencadeados pelos pensamentos voltados para o futuro: o que faria, como faria, como seria, quais as consequências, quais seriam suas atitudes e dentre outros, impossibilitando que ela disfrutasse do momento presente.

Guimarães e Rangé (2001) conceituam que a tricotilomania (TTM) consiste em um transtorno crônico que traz respostas recorrentes de puxar e arrancar fios de cabelo e sobrancelhas. As consequências deste hábito trazem como resposta a perda do cabelo, irritação e inflamação da área afetada, lesão folicular etc. As consequências psicoemocionais são: baixa autoestima, isolamento, irritabilidade, isolamento social e em alguns casos a depressão. Como consequência imediata há a perda da qualidade de vida.

O Manual MSD (2019) (Manuais Merck), em consonância com o DSM-5-R (2014) (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), complementa que os pacientes que apresentam esse transtorno tendem repetidamente a puxar ou arrancar os fios de cabelo e/ou sobrancelhas por razões não cosméticas, e para esses pacientes, esses hábitos tendem a ser relativamente automáticos (não possuem plena consciência do comportamento) ou, em outros casos, a citar o caso em análise, estão mais conscientes do hábito. Esta prática disfuncional pode ser ativada por sensações de tensões, ansiedade que é aliviada ao arrancar os fios de cabelo e/ou sobrancelhas, desencadeando por vezes a sensação de alívio e gratificação. A paciente trouxe essas sensações diante do hábito, no entanto, também mencionou sentimento e emoções de culpa, tristeza, baixa autoestima e comportamentos inassertivos. Por fim, o manual ainda destaca que os hábitos da tricotilomania normalmente têm seu início antes da puberdade ou após a fase. Cerca de 1 a 2% das pessoas apresentam o transtorno e dentre eles 90% dos adultos com tricotilomania são do sexo feminino. Neste sentido, a paciente relatou que seus hábitos iniciaram na adolescência, aos 16 anos, e se perpetuavam na fase adulta.

Quanto aos pensamentos obsessivos, Cordioli, de Souza e Braga (2016) conceituam que o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é distinguido por apresentar alterações no pensamento (no caso, as obsessões), comportamentos (compulsões, evitações ou rituais) e alterações emocionais (medo, ansiedade, preocupação). É muito frequente que essas alterações tendam a aumentar quando o indivíduo focaliza a atenção no objeto, lugares e pessoas que despertam os pensamentos obsessivos, causando a hipervigilância e desfoco diante das tarefas a serem realizadas ou a tomada de decisão diante das situações, prejudicando o funcionamento social, profissional e demais esferas importantes da vida do indivíduo. Tais aspectos fundamentados teoricamente elucidam as evidências trazidas pela paciente, como as dificuldades cognitivas, comportamentais e emocionais diante da rigidez quanto ao momento pandêmico, bem como: pensamentos constantes de que seria contaminada e contaminaria algum familiar.

Neste sentido, Cordioli, de Souza e Braga (2016) destacam que as obsessões derivavam de pensamentos, imagens ou impulsos que invadem a cognição do indivíduo de modo incessante e persistente, sendo experienciados de maneira intrusiva e desagradável, causando ansiedade e sofrimento. Estas obsessões costumam ser desagradáveis e perturbadoras, pois são acompanhadas de nojo, desprazer, medo, culpa e desconforto.

Desta forma, este trabalho apresentará de forma clara e objetiva as intervenções que contribuíram para a eficácia do tratamento, a promoção de saúde em forma integrativa e qualidade de vida para a paciente em questão.

2 PROCEDIMENTOS

Foram realizadas 69 sessões (no período de 07/05/2021 a 02/02/2024). A primeira sessão destinou-se à identificação da demanda trazida pela paciente e levantamento do histórico de vida: familiar, social, profissional e acadêmico.

Para tanto, foram utilizadas técnicas cognitivas, comportamentais e emocionais, a fim de prover qualidade de vida e saúde emocional e psicológica.

Diante dos dados de avaliação levantados, o trabalho terapêutico respaldou-se, no primeiro momento, na psicoeducação sobre o modelo de tratamento da TCC, ou seja, foi abordado o que era Terapia Cognitivo-Comportamental, suas premissas e atuação, ressaltando que a abordagem tinha a característica de ser um processo estruturado, que convocava a participação ativa do terapeuta e do paciente, trabalhando o momento presente, desenvolvendo uma aliança terapêutica, a fim de fortalecer o vínculo, regularizando as dificuldades e instaurando a esperança. Portanto, para Beck (2013, p. 22):

O tratamento também está baseado em uma conceituação, ou compreensão, de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva - modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente - para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura.

Os instrumentos, as técnicas e os procedimentos que colaboraram para o quadro clínico apresentado, bem como a eficácia do tratamento, serão apresentados em duas partes, como segue:

Parte 1 – Processo de Avaliação

Histórico de vida: esse instrumento possibilitou investigar e melhor entender aspectos importantes do nascimento até a vida adulta da referida paciente.

Inventário de Crenças de Ellis: este instrumento possibilitou entender e verificar as crenças da paciente.

Análise funcional: identificaram-se as variáveis que o comportamento da paciente mantinha como função, bem como: as relações relevantes, as causais controláveis e funcionais que eram aplicáveis a um determinado comportamento-alvo dela mesma, objetivando ações que promovessem mudanças. Identificando: acertos, déficits e excessos comportamentais, estímulo ambiental, pensamento, sentimento, respostas fisiológicas, comportamentais e as consequências.

Parte 2 – Processo de Intervenção

Diálogo socrático: focou-se na caracterização do problema de forma clara e precisa. Assim como a identificação dos pensamentos e, conseqüentemente, as crenças da paciente, possibilitando o desenvolvimento de uma maior compreensão dos significados destes pensamentos avaliando as conseqüências e as suas probabilidades e evidências, a citar a catastrofização em relação à pandemia e sobre os pensamentos que desencadeavam os hábitos da tricotilomania. Wright, Basco e Thase (2008) abordam que a técnica do questionamento socrático se baseia na terapia cognitiva e promove uma relação empírica colaborativa, na qual o paciente reconhece e modifica os pensamentos desadaptativos.

RPD – Registros de Pensamentos Disfuncionais: o uso do RPD promoveu exames de evidências sobre as situações trazidas e um acesso maior aos pensamentos automáticos, emoções e/ou sentimentos, possibilitando também discussões sobre as conseqüências. Crepaldi (2018) sinaliza que o RPD faz com que o paciente saiba identificar e analisar, conscientemente, a sua forma de pensar, as emoções e os comportamentos conflituosos emergidos, levando-o a pensar em respostas que sejam mais adaptativas para as situações.

Cartões de enfrentamento: esta técnica estimulou o autocontrole, formas diferentes de pensar em relação à pandemia e aos hábitos da tricotilomania, utilizando-se dos cartões de enfrentamentos produzidos (frases, palavras-chaves, metáforas etc.), os quais pudessem ser de fácil acesso a pensamentos funcionais que promovessem mudança, estimulando a paciente a estar no momento presente.

Psicoeducação:

- *Psicoeducação sobre a pandemia:* discutiu-se o que era o vírus, como ele se espalhava, quais eram os sintomas e a forma de proteção. Os dados foram baseados no *Manual do Governo – Ministério da Saúde (Telepsicoterapia Cognitivo-Comportamental)*.

- *Psicoeducação sobre o “Novo Normal” (em relação à pandemia):* foram apontados dados definidos pelo estado de São Paulo em relação às condutas e cuidados sobre a COVID-19, bem como: a vacina (1ª, 2ª e 3ª doses), uso das máscaras, álcool em gel, comércios funcionando normalmente e retorno das aulas 100% presenciais.

- Discussão sobre o vídeo: *“Dicas para proteger sua saúde mental durante a pandemia de Covid-19”*, do Centro de Inovação SESI.

- Discussão do texto: *Comunicação Familiar (assertividade)*.

Círculo do Controle: estimulou a paciente a refletir sobre os seguintes pontos: “o que ela podia controlar” e “o que ela não podia ter o controle”. Técnica esta que objetivou uma

melhor compreensão sobre as situações referentes à pandemia, principalmente seus pensamentos.

Pensamento Protetivo e Pensamento Limitador sobre a pandemia: esta atividade auxiliou a paciente a evidenciar quais eram seus pensamentos protetivos e limitadores na questão da pandemia.

Metáfora: “Sou feliz e radiante” (Lauro Trevisan): o uso desta metáfora teve como princípio a discussão do quanto o pensamento podia gerar consequências emocionais e comportamentais diante do dia a dia, promovendo a reflexão que a mudança acontecia primeiramente na forma que pensava.

Discussão do texto: “Por que não devo arrancar os meus fios das sobrancelhas e cabelo?” - autoria da própria paciente: essa discussão dividiu-se por parágrafo, a fim de entender os pensamentos, significados e implicações referentes aos seus hábitos.

Atividade “como você se via?” e “como você se vê hoje?”: esta atividade estimulou que a paciente trouxesse como era a sua percepção em relação a si mesma, comparando os ganhos obtidos.

Trabalho sobre a autoestima (uso do “caderno de exercícios para aumentar a autoestima”) (Polletti & Dobbs, 2013).

Foi realizada a psicoeducação sobre o que ela pensava sobre a temática. Nas subsequentes sessões discutiram-se os seguintes capítulos:

- *Qual é o seu nível de autoestima?*
- *Como se constrói a autoestima?*
- *Como é a sua percepção de si mesmo (a)?*
- *Como se adquire uma baixa autoestima?*
- *A autoestima e a relação com os outros (posições existenciais).*
- *A autoestima e a maneira de pensar.*
- *Aumente sua autoestima.*

Respiração Diafragmática: auxiliou no trabalho do alívio da ansiedade. Foi instruído que ao inspirar ela deveria ficar atenta ao diafragma, que fica próximo do tórax e abdômen. O diafragma deverá ser expandido na inspiração, e na expiração ele deverá ser diminuído. Falcone e Oliveira (2013) citam que a respiração diafragmática tende a restabelecer o equilíbrio visando à redução de sintomas e gerando maior controle da ansiedade.

Parada mental “PLACA PARE”: possibilitou que, ao comando da palavra “pare”, impedisse a evolução dos pensamentos catastróficos, principalmente os que desencadeavam os medos e a ansiedade (pandemia, contaminação, rigidez, hábitos da tricotilomania), focando

nestes pensamentos e questionando-os. Esta técnica foi eficiente na presença de pensamentos incômodos que contribuía para a ocorrência de comportamentos indesejáveis.

Automonitoramento: possibilitou também a discussão com a paciente durante as sessões, quais eram os comportamentos, os pensamentos e as emoções-alvos, no caso, a rigidez quanto à pandemia e os hábitos da tricotilomania. Discutiram-se informações importantes quanto ao tempo que era utilizado; as possíveis variações do humor associadas aos seus pensamentos; aumento da possibilidade de consciência em relação ao que pensava e sentia e, por fim, a estimulação do autocontrole. Segundo Falcone e Oliveira (2012), o automonitoramento desenvolve no indivíduo a capacidade de ele próprio visualizar suas ações e conseqüentemente seus efeitos, levando-o a buscar a mudança de comportamentos e pensamentos.

Utilização do guia: “O que fazer quando – Os maus hábitos tomam conta de você” (Huebner, 2011): aplicou-se em 7 sessões, a cada qual teve por objetivo trabalhar 5 chaves que apresentavam eficácia no que tangia aos hábitos e comportamentos indesejáveis e desagradáveis da paciente, mais precisamente os hábitos da tricotilomania (arrancar as sobrancelhas e fios de cabelos), tornando o comportamento mais funcional, saudável e adaptável. As cinco chaves trabalhadas foram:

Chave 1: Bloqueadora – a partir dessa chave se estabeleceu um plano de bloqueio aos hábitos trazidos por ela, que foi: usar a toca; *band-aids*; uso do hidratante; puxar os fios de roupa; bolinha antiestresse; pentear o cabelo; escrever.

Chave 2: Substituta – esta possibilitou que ela identificasse as “zonas de perigo” que intensificavam o hábito da tricotilomania. Nesse sentido, discutiu-se quais seriam as estratégias que poderiam substituir o hábito nestas zonas. Trouxe 4 estratégias substitutivas: bolinha antiestresse; uso de roupas em que poderiam ser tirados os pelinhos de lã; agenda para escrever (manter as mãos ocupadas); ficar apertando a caneta.

Chave 3: Movimento – por sua vez, essa chave possibilitou que ela pontuasse estratégias de que poderia apropriar-se para o hábito do movimento (puxar, arrancar – fios de cabelo e sobrancelha). Elencou os seguintes planos: arrancar fios de cabelo de uma boneca; plumas do espanador e fiapos da coberta.

Chave 4: Despertadora – Apropriou-se em trazer ações que despertassem partes do seu corpo, desfocando-se do hábito disfuncional.

Chave 5: Emoções – Elencou três situações que poderiam contribuir para o alívio da tensão e conseqüentemente a inibição dos hábitos: assistir *stand up*; cantar alto (gostava muito) e escrever.

Atividade “Ideal/Real”: como ela deveria se comportar e como ela queria se comportar” em relação à pandemia.

Técnica Relaxamento da Ansiedade (Lipp, 2015): foi apresentada a técnica de relaxamento da ansiedade, para que ela pudesse controlar a tensão e medo excessivo sobre a pandemia.

Assertividade: psicoeducação sobre o que era ser agressivo, passivo e assertivo. Discussão da Lista de Direitos Humanos e utilização do vídeo “assertividade” (Youtube, “Minutos Psíquicos”), para que ela pudesse compreender e modificar seu comportamento.

Roteiro de Resolução de Problemas: esta atividade objetivou oferecer alternativas quanto aos passos que ela precisaria dar para a solução de problemas, potencializando a capacidade de planejamento e objetivando a criatividade ao agir. As questões utilizadas deste roteiro foram:

- *Identificação do problema = Ponto Central (identificar quais os sintomas);*
- *Qual seria a melhor solução?*
- *O que ela achava que deveria fazer?*
- *O que ela não deveria fazer?*
- *Com que ou com quem podia contar?*

Escada dos objetivos: a partir dos objetivos trazidos pela paciente, a atividade possibilitou que ela percebesse onde estava, aonde queria chegar e como enfrentaria os obstáculos.

Discussão do vídeo: “Assertividade – Comunicação: Desafios dos relacionamentos” (SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, s/d).

Técnicas emocionais: trabalhou-se a educação psicoafetiva com a paciente em virtude da dificuldade para entender os próprios sentimentos e emoções. Desta forma, utilizaram-se estratégias para que ela tivesse acesso a eles, bem como: discussão do filme “Divertidamente” (Pixel) e construção do mapa das emoções, correlacionando com os pensamentos da paciente.

Avaliação do Processo Terapêutico:

- *O que ela teve de ganhos?*
- *Como foi o processo terapêutico?*
- *O que sentiu?*
- *E quais os pontos ainda a melhorar?*

Estratégias para *follow up* e prevenção de recaídas:

O objetivo foi espaçar as sessões para identificar como a paciente resolveria os seus problemas sem o acompanhamento terapêutico, registrando e identificando as estratégias desenvolvidas e as habilidades adquiridas.

Dobson e Dozois (2010) pontuam que no processo psicoterápico, a partir desse momento de fechamento do tratamento, será necessário revisá-lo e planejar juntamente à paciente metas e ações que possam se valer para a autoestima e as possíveis crenças da paciente relacionadas à autoeficácia, possibilitando um trabalho mais robusto a mencionar exercícios novos, favorecendo que ela possa adquirir habilidades de modificação de crenças disfuncionais, tornando-as mais funcionais.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO³

Baseando-se nos atendimentos realizados com a paciente, percebeu-se que o trabalho desenvolvido sobre pensamento, sentimento e comportamento foi bem significativo acerca das queixas trazidas (rigidez quanto à pandemia e à tricotilomania); ela conseguiu diferenciar aquilo que pensava, sentia e como se comportava, compreendendo que havia outras formas de agir. Desenvolveu o autocontrole, habilidades sociais, assertividade, autoestima, a reestruturação cognitiva dos pensamentos disfuncionais e o desenvolvimento do comportamento funcional, ganhos estes que favoreceram a qualidade de vida dela. Em uma das atividades desenvolvidas ao longo das sessões, solicitaram-se as listas de talentos e dificuldades. Foram mencionados os seguintes aspectos:

Talentos:

- Ensinar
- Dançar
- Aprender
- Ajudar
- Qualidades: Boa ouvinte, engraçada, simpática.
- Conquistas: Passou na prova da viação e no recrutamento interno da instituição, viajou de avião, teve diminuição dos hábitos, conseguiu o próprio quarto e tomou a vacina da Covid-19.

Dificuldades:

- Expressar / demonstrar os sentimentos.

³ A publicação deste estudo de caso foi autorizada formalmente com a assinatura do TECLE pela paciente e, dentro das questões éticas e cuidado, foram preservados os dados apresentados.

- Planejar o futuro e estabelecer metas.
- Legitimar minhas conquistas.
- Pedir ajuda.

Além disso, é válido ressaltar que a paciente se mostrou muito participativa em relação às atividades propostas durante as sessões, bem como na aplicação do que era trabalhado no *setting* terapêutico no dia a dia. Apresentou melhoras significativas levando em conta as queixas trazidas inicialmente (rigidez quanto à pandemia e à tricotilomania) e teve muitos ganhos, principalmente em se tratando da visão que tinha sobre si mesma e as próprias dificuldades, as quais foram confirmadas na própria autoavaliação da paciente, no que se refere à psicoterapia: *“Meu processo terapêutico... Apesar de ter buscado ajuda no momento da pandemia, acredito que minha maior dificuldade era não arrancar as sobrancelhas, cabelos e era algo que eu já tinha desistido de alcançar, então essa é a minha maior conquista. Durante o processo pude aprender técnicas para superar a ansiedade e momentos de crise, que me ajudaram muito e agora também posso compartilhar e ajudar outras pessoas. Pude aprender mais sobre eu mesma, o que gosto, o que me faz bem, os meus comportamentos e sentimentos, a refletir sobre meus pensamentos e muitas outras coisas. Hoje entendo que meus pensamentos influenciam minhas ações e não o outro, assim como entendo o que eu posso ou não controlar.”* (sic paciente).

Durante o processo de *follow-up* e prevenção de recaída, a paciente, ao longo dos processos de seleção para ser comissária de bordo, conseguiu ser selecionada e efetivada, atingindo um dos seus maiores sonhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de todo o plano de trabalho desenvolvido diante deste caso, pode-se verificar, especificamente no resultado e discussão, que o processo psicoterapêutico foi exitoso. A própria paciente, em sua autoavaliação, evidenciou o quanto o referido processo possibilitou-a a compreender e vivenciar de forma mais funcional e realista as situações, propiciando-lhe qualidade de vida. Convém ressaltar que, ao longo do processo terapêutico, foi possível evidenciar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental no manejo das demandas trazidas pela paciente, o quanto ela fidelizou-se na abordagem aplicando-a em seu dia a dia, o que favoreceu a mudança em seu modo de pensar, sentir e agir, para além disso a sua autoavaliação sobre o processo evidenciou que a paciente se tornou a sua própria terapeuta.

É importante ressaltar que, além do acompanhamento das dificuldades e sofrimentos da paciente, as sessões de psicoterapia estimularam os objetivos de vida, bem como

acompanharam os seus sonhos, transformando-os em conquistas, sendo um deles o de se tornar comissária de bordo, que era para o momento o maior desejo. Convém ressaltar que novos desafios virão, novas dificuldades poderão surgir, pois a vida é dinâmica, mas para o momento os objetivos terapêuticos foram atingidos e a paciente recebeu alta da psicoterapia.

REFERÊNCIAS

BECK, Judith. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2013.

CORDIOLI, Aristides Volpato; DE SOUZA VIVAN, Analise & BRAGA, Daniela Tusi. **Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para Pacientes e Terapeutas**. São Paulo: Artmed, 2016.

CREPALDI, Maria Aparecida. **Por favor, não menospreze o RPD!**. Facilitah. Ponta Grossa, 2018.

DOBSON, Keith S.; DOZOIS, David JA. Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. *In*: DOBSON, Keith S (org.). **Manual de terapias cognitivo-comportamentais**. São Paulo: Artmed, 2006. p. 17-44.

DOBSON, Keith S. & DOZOIS, David JA. **A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed. 2010.

FALCONE, Eliane Mary de Oliveira & OLIVEIRA, Margareth da Silva. **Terapia Cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

GREENBERGER, Dennis & PADESKY, Christine A. **A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa**. São Paulo: Artmed, 2017.

GUIMARÃES, Suely Sales & RANGÉ, Bernard. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. *In*: **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2001.

HUEBNER, Dawn. **O que fazer quando os Maus Hábitos Tomam Conta de Você: Um Guia para a Criança Parar de Roer as Unhas, Chupar o Dedo, Morder a Roupa e Abandonar Outros Comportamentos Indesejáveis**. São Paulo: Artmed, 2011.

LIPP, Marilda. **Relaxamento para todos: controle o seu stress**. Papyrus Editora, 2015.

MANUAL Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5 (2014). 5. ed. Porto Alegre: Artmed.

MANUAL, M. S. D. **Versão para profissionais de saúde**. V.24, 2019.

PITTA, José Cássio do Nascimento. Transtornos de ansiedade. **RBM rev. bras. med**, 2011.

POLLETTI, Rosette & DOBBS, Barbara. **Caderno de exercícios para aumentar a autoestima.** São Paulo: Vozes, 2013.

SOUZA, Isabel Cristina Weiss de & CÂNDIDO, Carolina Ferreira Guarnieri. Diagnóstico psicológico e a terapia cognitiva: considerações atuais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.** v.5, n.2, 2010.

WRIGHT, Jesse H.; BROWN, Gregory K. & THASE, Michel E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado.** Porto Alegre: Artmed, 2008.