

Graziela Baron Vanni

**A CONTRIBUIÇÃO DAS CRENÇAS IRRACIONAIS COMO FATOR  
ANSIOGÊNICO**

Instituto de Psicologia e Controle do Stress Marilda Emmanuel Novaes Lipp  
Centro Psicológico do Controle do Stress

Campinas  
2008

Graziela Baron Vanni

**A CONTRIBUIÇÃO DAS CRENÇAS IRRACIONAIS COMO FATOR  
ANSIOGÊNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Centro Psicológico e Controle  
do Stress como parte dos requisitos  
necessários para a obtenção do Certificado  
de Conclusão de Curso do Aperfeiçoamento  
e em Terapia Comportamental Cognitiva  
Nível Avançado

Supervisão: Isolina Maria Proença

Instituto de Psicologia e Controle do Stress Marilda Emmanuel Novaes Lipp  
Centro Psicológico do Controle do Stress

Campinas  
2008

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

Primeiramente  
as minhas  
filhas Inara,  
Taíssa e  
Catrine que  
mesmo sendo tão  
pequenas  
compreenderam a  
importância  
deste trabalho  
e entre um  
momento e outro  
me cobriam de  
beijos. Aos  
meus pais,  
Paulo e Milta

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por haver abençoado e capacitado.

À grande psicóloga, supervisora e querida Isolina Maria Proença, a qual admiro e me espelho, que com grande acolhimento, se empenhou e me orientou desde o início deste trabalho.

À psicóloga Maria Angélica Sadir, por ter me ensinado importantes técnicas, postura ética e por ter acreditado em mim.

À minha grande amiga Márcia Regina de Matos Manffre Ferreira

que me apoiou e incentivou ajudando da melhor forma possível.

A recente amiga Sandra Vieira Braz que com muito carinho me ajudou no presente trabalho

### **JUSTIFICATIVA**

Considerada uma das mais importantes abordagens da atualidade a terapia comportamental cognitiva (TCC) é aplicada em diversos transtornos tais como, transtorno de ansiedade, transtorno de humor, transtorno obsessivo compulsivo, transtornos alimentares, entre outros. Tal abordagem apresenta destaque por trabalhar de forma breve, focada e diretiva. Por sua seriedade e comprometimento ético, surpreende profissionais de áreas afins, da saúde, educadores e outros, incentivando seu crescimento e reconhecimento.

A temática “Crenças Irracionais e Ansiedade” acompanham desde o início até o presente momento a trajetória de desenvolvimento da terapia

comportamental cognitiva. Profissionais da área da saúde e educadores apresentam interesse crescente na abordagem, uma vez que possibilita estudos e pesquisas altamente abrangentes e relevantes.

Avanços metodológicos cientificamente comprovados proporcionam para abordagem comportamental cognitiva uma eficácia nos tratamentos clínicos.

A grande relevância da abordagem somada a observações clínicas despertou na autora interesse em apresentar um trabalho que pudesse aliar os princípios básicos e teóricos dessa temática reforçando a aplicabilidade e eficácia.

Crenças Irracionais e Ansiedade são dificuldades freqüentes na atualidade clínica, trazendo desajustes comportamentais e grandes conseqüências físicas e emocionais. Diante disso, o estudo visa possibilitar uma melhor compreensão de tais conceitos para que o terapeuta possa obter mais subsídios para atuar dentro da abordagem cognitiva comportamental de forma mais eficaz.

## **SUMÁRIO**

|                              |    |
|------------------------------|----|
| I. Dedicatória.....          | 1  |
| II. Agradecimentos.....      | 2  |
| III. Justificativa .....     | 3  |
| IV. Introdução Teórica ..... | 6  |
| Crenças irracionais.....     | 6  |
| Ansiedade.....               | 17 |

|   |    |
|---|----|
| V. Objetivos.....   | 23 |
| VI. Aspectos Éticos.....                                    | 24 |
| VII. Relato de Caso Clínico.....                            | 25 |
| IV.1) Identificação.....                                    | 25 |
| IV.2) Genetograma.....                                      | 25 |
| VIII. Queixa.....   | 26 |
| IX. Processo de Avaliação.....                              | 27 |
| VI.A) Fatos Relevantes da História Vida.....                | 27 |
| VI.B) Instrumentos Utilizados na Avaliação Psicológica..... | 28 |
| VI.C) Análise Funcional.....                                | 31 |
| X. Metas Terapêuticas.....                                  | 32 |
| VII.a) Procedimento Terapêutico.....                        | 32 |
| IX. Intervenção.....  | 34 |
| X. Ganhos Terapêuticos.....                                 | 37 |
| XI. Considerações Finais.....                               | 38 |
| XII. Referências Bibliográficas.....                        | 40 |
| XIII. Anexos.....   | 42 |

## INTRODUÇÃO TEORICA

### **Crenças Irracionais**

*“O homem não é perturbado pelos eventos, mas pela visão que tem deles”*

Epicteto (DavisM, Eshelman E. R., Mckay M, 1996, p.101)

As teorias cognitivas afirmam que pensamentos e crenças ocupam um papel fundamental nas emoções e comportamentos do ser humano. De acordo com essa visão, os cognitivistas percebem os pensamentos, crenças, julgamentos e atitudes como fatores psicológicos relevantes. O modelo cognitivo mostra que as pessoas que apresentam vulnerabilidade relacionada à interpretação, suposição, visão de si e do mundo de forma distorcida e negativa, apresentam como consequência perturbações emocionais (Calais,

1997).

Dbson & Franche, 1996, enfoca que esse modelo foi desenvolvido por Aron Beck a partir da década de 70, com indivíduos que apresentavam transtorno de humor deprimido.

Segundo Albert Ellis (1982), os problemas não provêm das situações, mas sim das crenças irracionais interpretadas após as situações. Para ele, todos os distúrbios emocionais estão diretamente ligados a idéias irracionais que o ser humano cria, resultando em frustrações, baixa auto-estima, ansiedade e stress.

É possível superar estados neuróticos, modificando o próprio pensar. Para trabalhar esse conceito mencionado, por volta dos anos 60, foi desenvolvido o sistema de Terapia Racional – Emotiva (RET). Esse é um modelo terapêutico elaborado em torno do trinômio A – B – C, onde A são os acontecimentos ativadores, B são as crenças e C são as conseqüências. Sendo assim, as pessoas interpretam as situações da realidade (A) por intermédio das crenças e cognições (B), que por sua vez a natureza dessa crença é que vai determinar as conseqüências emocionais e comportamentais do ser humano (Calais, 1997).

Lipp 2004, afirma que a Terapia Racional Emotiva proporciona um entendimento do funcionamento das crenças irracionais que são identificadas sob a nomenclatura ABC, onde A são as situações, B são as crenças e C são as conseqüências emocionais e/ ou físicas.

O ser humano em sua maioria acredita que as situações (A) são causadores de suas reações emocionais (C). Por exemplo, se alguém não se sair bem em um curso, trabalho ou relacionamento, vai atribuir seu estresse e irritabilidade na situação, e não na sua interpretação ou crença relacionada a fracasso ou rejeição (Ellis,2004).

As idéias internas quando estiverem em contato com a realidade, permitem que você funcione bem mesmo se as situações (A) não forem positivas. Caso as idéias forem irracionais ou falsas resultarão em perturbações emocionais. As idéias irracionais baseiam-se muitas vezes em percepções equivocadas ou em deveres e obrigações e perfeccionistas. (DavisM, Eshelman E. R., Mckay M, 1996)

A avaliação irracional sobre algum acontecimento se forma com base em exigências absolutistas como “devo” ou “tenho que” levando ao transtorno psicológico (Dobson & Franche, 1996).

Segundo Ellis (1985) esses pensamentos, crenças irracionais são aprendidas com familiares, professores ou responsáveis pelas crianças, porém prevalecem nas pessoas porque provavelmente apresentam uma tendência forte a pensar de forma irracional.

Lipp (2004, p.36), confirma dizendo: “A formação das crenças tem como origem principal o aprendizado advindo da interação familiar, depois a escolarização e todo processo de socialização. O ambiente é importante, mas não é o único determinante, pois pode favorecer a construção de uma crença irracional que somada as expectativas e ao conhecimento adquiridos estruturam a aquisição desde complexo mapa cognitivo”.

Alguns exemplos descritos por Lipp (2004) baseadas nas crenças de Albert Ellis que provocam pensamentos estressantes:

**Crença 1:**

Algumas pessoas apresentam a crença irracional de que deve ser estimada e aprovada por todas as pessoas virtualmente importantes em sua vida; são pessoas que normalmente se motivam por meio da aprovação externa e que dificilmente dizem “não” por temerem desagradar aos outros e por quererem garantir sempre aprovação.

Na verdade, é impossível agradar a todas as pessoas em sua vida. Mesmo aqueles que, basicamente, gostam e aprovam você ficarão aborrecidos com alguns comportamentos e qualidades. Provavelmente, esta crença irracional é uma das maiores causas de infelicidade. (DavisM, Eshelman E. R., Mckay M, 1996)

Um exemplo do ABC dessa crença:

*Situação:* A pessoa se esforça ao máximo para conseguir agradar no trabalho e espera ser reforçada, isto é, aprovada por seu chefe e colegas.

Como a aprovação nem sempre existe, quando essa pessoa não for aprovada ou ainda receber uma reprovação, pode ter a seguinte crença racional:

*Crença racional:* “Não estou feliz por ter sido reprovada, certamente eu não merecia isso, mas também não é o fim do mundo...” Mas logo aparece a crença irracional.

*Crença irracional:* “Que droga! Fiz tanto e eles não poderiam ter feito isso comigo, eu não posso aceitar, acho que não consigo mais me motivar neste ambiente, só não saio daqui, pois está difícil conseguir um emprego”.

*Reações:* Tensão, angústia, frustração, raiva, crescente sentimento de insatisfação.

### **Crença 2:**

Existe a crença de que “deve-se ser plenamente, adequado e realizado sob todos os aspectos possíveis, para que possa considerar-se digno de valor”. Isso é uma verdadeira armadilha, pois não se pode acertar sempre.

Os resultados de acreditar que você precisa se comportar perfeitamente são a auto censura pelo fracasso inevitável, redução de auto-estima, padrões perfeccionistas aplicados a companheiros e amigos, e paralisia e medo de tentar qualquer coisa (Davis M, Eshelman E. R., McKay M, 1996).

*Situação:* A pessoa tem que fazer uma tarefa, mas como acha que deve ser plenamente competente, seu nível de exigência fica muito alto e tem comportamento perfeccionista.

*Crença racional:* “Devo fazer o melhor que posso, mas devo diminuir meu grau de exigência para que possa concluir a tarefa e sobreviver sem me estressar tanto”.

*Crença irracional:* “Sempre procuro fazer tudo certo, mas mesmo assim não consigo o que quero.”.

*Reação:* Culpa, desvalorização pessoal, baixa auto-estima, ansiedade.

### **Crença 3:**

“É horrível e catastrófico quando as coisas não acontecem do modo como eu gostaria muito que acontecessem.” Essa crença pressupõe um mundo perfeito em que as outras pessoas ajam conforme a sua vontade, que não difiram de sua opinião e que os planos sejam seguidos à risca e seus

resultados, atingidos custe o que custar; portanto, nesse admirável mundo não há frustrações e decepções.

Isso poderia ser descrito como síndrome da criança mimada. Quando alguma coisa não dá certo o diálogo interno começa: “Por que isto acontece comigo? Droga, eu não posso agüentar. É terrível, eu vou me dar mal”. Qualquer inconveniência, problema ou falha que o impeçam de fazer aquilo que você deseja, provavelmente será encarado com essas auto-afirmações horrorizantes. O resultado é uma intensa irritação e o estresse (DavisM, Eshelman E. R., Mckay M, 1996).

*Situação:* Qualquer uma em que houve um planejamento ou uma pré-concepção do que se gostaria que ocorresse.

*Crença racional:* “Foi ruim não ter conseguido o que eu esperava, mas não é a pior coisa do mundo, posso tentar novamente, as coisas nem sempre são como gostaríamos que fossem” ou “não podemos ter um controle absoluto e perfeito sobre tudo”.

*Crença irracional:* “Como o fulano não sabe? Um problema desses! E ele não foi atrás de resolver, é inadmissível!”.

*Reação:* Irritação, briga, raiva, discussão, ansiedade...

#### **Crença 4:**

“Certas pessoas são más, perigosas ou desprezíveis e deveriam ser censuradas e punidas por suas maldades”.

Uma posição mais realista é a de que elas estão se comportando de maneira anti-social ou inadequada. Talvez elas sejam estúpidas, ignorantes ou neuróticas, e seria bom se o seu comportamento pudesse ser modificado (DavisM, Eshelman E. R., Mckay M, 1996).

*Situação:* A pessoa espera um comportamento de alguém que não corresponde a essa expectativa.

*Crença racional:* “Nem sempre as pessoas vão tentar o máximo e fazer o melhor que podem”.

*Crença irracional:* “Pô, combinamos de nos encontrar aqui e ele não está, pra que combinar então? Ele não está nem aí comigo”.

*Reação:* Raiva, desprezo, sensação de desrespeito e ameaça...

### **Crença 5:**

“A infelicidade humana é causada por razões externas e as pessoas têm pouca ou nenhuma capacidade de controlar seus sofrimentos e preocupações”.

Uma extensão lógica dessa crença é a de que você precisa controlar os eventos externos para criar a felicidade ou evitar a tristeza. Uma vez que esse controle tem limitações, e nós não conseguimos manipular totalmente a vontade dos outros, o resultado é a sensação de impotência e a ansiedade crônica. Atribuir a infelicidade a eventos é uma maneira de se evitar a realidade. Embora você tenha apenas um controle limitado sobre as outras pessoas, você tem um enorme controle sobre as suas próprias emoções (Davis M, Eshelman E. R., McKay M, 1996).

*Situação:* O próprio pânico que se instalou em algumas pessoas diante das dificuldades do nosso tempo.

*Crença racional:* “A situação está difícil, mas preciso reagir, deve haver alguma coisa para ser feita...”.

*Crença irracional:* “O que fazer neste caos? Recessão, desemprego, falta de perspectivas?! Não dá para controlar, a gente tem que explodir!”.

*Reação:* Ansiedade, desânimo, depressão...

### **Crença 6:**

“Se alguma coisa é, ou pode ser perigosa ou apavorante, a pessoa deve ficar tremendamente preocupada e pensar persistentemente na possibilidade dessa coisa acontecer”.

Muitos descrevem isso como “um pequeno sino que soa e eu então penso que devo começar a me preocupar”. Eles começam a imaginar as cenas de catástrofe. Aumentar o medo ou a ansiedade perante a incerteza torna mais difícil lidar com a situação e aumenta o estresse. Guardar a resposta de medo para perigos reais, percebidos, permite-nos aproveitar a incerteza como uma

experiência nova e excitante (DavisM, Eshelman E. R., Mckay M, 1996).

*Situação:* Provável possibilidade de fracasso pequeno ou grande frustração.

*Crença racional:* “Devo tomar cuidado, me precaver, fazer tudo que estiver ao meu alcance para evitar este fracasso”.

*Crença irracional:* “Confusão! Não consigo parar de pensar! Os planos que eu tinha devem ser abandonados, meus compromissos não serão por mim honrados”.

*Reação:* Desespero, confusão, ansiedade, culpa...

### **Crença 7:**

“É mais fácil evitar do que enfrentar certas dificuldades e responsabilidades pessoais na vida”.

Há muitas maneiras de evitar responsabilidades: “Eu deveria dizer a ele (a) que não estou mais interessado – mas não esta noite... Eu gostaria de arranjar outro emprego, mas estou muito cansado nos meus dias de folga para começar a procurar... Uma torneira vazando não faz mal a ninguém... Nós podíamos sair para fazer compras hoje, mas o carro esta fazendo uns ruídos estranhos” (DavisM, Eshelman E. R., Mckay M, 1996).

*Situação:* Uma situação que a pessoa se ache incapaz de resolver e em que se deixe tomar por sentimentos de insegurança.

*Crença racional:* “Devo me acalmar e preciso enfrentar esta situação mesmo que seja difícil, sempre existe uma primeira vez e não preciso me cobrar tanto”.

*Crença irracional:* “Como não me acho capaz de resolver estes problemas e tenho pouca estrutura emocional para este tipo de coisa, o melhor é deixar como está para ver como é que fica”.

*Reação:* Bloqueio, tensão, negação, ansiedade...

### **Crença 8:**

“Uma pessoa é dependente das outras e precisa de alguém mais forte do que ela para poder confiar e apoiar-se”. Essa crença ocorre quando uma pessoa coloca a sua própria felicidade nas mãos de alguém – filhos, marido/esposa etc.

Esta crença torna-se uma armadilha psicológica, em que seu julgamento independe e a consciência de suas necessidades individuais é prejudicada pela excessiva confiança em uma autoridade maior (DavisM, Eshelman E. R., Mckay M, 1996).

*Situação:* Marido foi severo e criticou duramente sua esposa.

*Crença racional:* “Ele não tem esse direito, portanto não vou permitir que tenha esta reação e serei assertiva”.

*Crença irracional:* “Ele não tinha esse direito! Ele é mau! Ele destruiu minha alegria! Ele tem vergonha de mim e eu me sinto tão frágil”.

*Reação:* Tristeza, sensação de rejeição, fraqueza, insegurança...

### **Crença 9:**

“O passado de uma pessoa é o determinante pessoal de seu comportamento atual e, pelo fato de alguma coisa ter afetado seriamente a vida da pessoa, deverá influir indefinidamente sobre ela”.

Só porque você já foi fortemente afetado por alguma coisa não significa que você deva continuar com os hábitos que formou para lidar com a situação original. Aqueles antigos padrões e formas de responder são apenas decisões tomadas tantas vezes que se tornaram quase automáticas. Você pode identificar essas antigas decisões e começar a modificá-las agora. Você pode aprender com as experiências do passado, mas não precisa ficar excessivamente preso a elas (DavisM, Eshelman E. R., Mckay M, 1996).

*Situação:* Qualquer fato que reforce essa crença já existente ou uma situação de conflito.

*Crença racional:* “Não preciso ver isso como um carma em minha vida e sim como uma possibilidade de eu reagir diferentemente e aprender com a situação que se repete”.

*Crença irracional:* “Fui criado assim, desde criança esperam que eu seja o

bonzinho. Como poderia ser diferente?”.

*Reação:* Passividade, frustração, impotência...

### **Crença 10:**

“Uma pessoa deve ficar extremamente preocupada com os problemas de outras pessoas”. Essa é típica crença de pessoas que têm reação de “esponja” aos problemas de pessoas próximas ou tomam para si as “dores do mundo”, se misturam ao caos e sofrimento em vez de estarem envolvidas, comprometidas, mas sem sofrer pelo outro, para assim poderem ajudar.

*Situação:* Parente que perdeu o emprego ou situação semelhante.

*Crença racional:* “triste por isso ter acontecido, vou ver o que posso fazer”.

*Crença irracional:* “Pobre coitada, ela não merecia isto, tão boa que ela é! Isso não me sai da cabeça, estou revoltada!”.

*Reação:* Ansiedade, irritação...

### **Crença 11:**

“Existe sempre uma solução correta, precisa e perfeita para os problemas humanos, e é uma catástrofe quando a solução exata não é encontrada”. Essa é a crença dos perfeccionistas e pessoas muito exigentes e autocríticas. É como se tivessem um chicote na mão pronta para se punir.

*Situação:* Quando ocorrem erros.

*Crença racional:* “É errando que se aprende, tenho direito de errar...”.

*Crença irracional:* “O que eu fiz de errado? Se eu tivesse pensado melhor antes, isso não teria ocorrido! Eu simplesmente não posso aceitar”.

*Reação:* Culpa ansiedade, sensação de derrotismo, reforço do perfeccionismo...

### **Crença 12:**

“Deve-se ter um controle absoluto e perfeito sobre as coisas”. Essa é uma das piores crenças de deveres absolutistas que exercem um grau terrível de pressão e tensão interno na pessoa. Além das cobranças externas a que todos estão submetidos, existe ainda uma necessidade de controle interno. É como

se a pessoa, não podendo deter o controle, deparasse com sua insegurança.

*Situação:* Normalmente pessoas com essa crença tentam estabelecer um controle sobre tudo.

*Crença racional:* “É importante planejar, mas se algo sair fora do planejado, não é preciso ficar tão preocupado. O que de pior pode acontecer?”.

*Crença irracional:* “Tenho que apresentar este seminário, tem que ser o máximo, o professor tem que gostar, e se for assim terei boas oportunidades e possivelmente um emprego. Caso contrário será horrível”.

*Reação:* Tensão, perfeccionismo, ansiedade...

Considera-se excesso de crenças irracionais quando a pessoa concorda com pelo menos três crenças, que acaba por produzir stress, ansiedade e sofrimento pessoal. Com as crenças irracionais, percebemos a realidade de maneira seletiva e parcial. (Lipp, 2004)

Afirmações internas irracionais que são absolutistas normalmente incluem palavras como: “poderia, devo, preciso, sempre e nunca”. A idéia alimentada é que você “precisa” ser de determinada maneira, ou a situação “deve” ser de tal maneira. Qualquer que seja o desvio desse padrão acaba por ser ruim, ou melhor, se a pessoa que não consegue viver de acordo com aquele padrão identifica se como sendo ruim. Na realidade, ruim não é o padrão, pois é irracional (DavisM, Eshelman E. R., Mckay M, 1996).

Segundo Lipp (2004), a vida das pessoas não é da maneira que elas preferem, pois bloqueios e inconveniências aparecem. As pessoas criam uma espécie de “controle virtual”, ou seja, uma falsa sensação de poder controlar o mundo, a vida, as pessoas e as contingências, para que assim possam manter seu “espaço vital e de segurança” protegido.

Esse espaço vital é o próprio contexto em que a pessoa vive, com exemplo em sua família, trabalho, cidade, casa, amigo, etc. e que podem ser “controlados” por serem conhecidos e previsíveis. E para manter esse “equilíbrio dinâmico”, pois a vida está em movimento, às pessoas transformam os desejos, além dos desejos básicos de sobrevivência e felicidade, em desejos fortes, que são aspirações muito amplas e convertem-se em verdadeiras armadilhas para o bem-estar. Segue exemplo:

Desejos fortes – além dos desejos básicos de sobrevivência e felicidade.

Ser muito bem-sucedido profissionalmente e em seus relacionamentos, ser perfeito, ter outras pessoas obedecendo e bajulando, ter saúde, estar livre de dor, ter apenas bons momentos e prazer...

E para isso transformam os desejos em deveres absolutistas, obrigações (tenho que, devo...):

Em todos os tempos e condições deve desempenhar bem, ser amado ou aprovado por todos, ser bem controlado e auto-suficiente, raramente ou nunca sofrer desconforto ou dor, evitar e dominar todos os perigos, ter seus dias repletos de satisfações notáveis imediatas.

Mas quando os eventos inevitáveis bloqueiam os desejos e deveres absolutistas, as pessoas se perturbam cognitivamente, pois deparam com a frustração, ruminando-as e, conseqüentemente, transformam-se em outras crenças “sutis e ardilosas”. De outro modo, também temos essas crenças “sutis” quando alguém que se exige tanto e depara com as inevitáveis frustrações começa a instruir com cognições negativas, isto é, “eu nunca consigo nada, não dou certo mesmo” e então multiplica seu aborrecimento, ficando com raiva por seu fracasso, ansioso por seu stress, deprimido por seu desânimo. Ao tentar uma mudança, conclui que porque ficou assim muito tempo seus esforços em mudar são inúteis e desiste, perdendo a esperança. Põe-se para baixo por não mudar o bastante rápido e profundo, segundo Lipp (2004).

Nesse sentido conclui-se que a estrutura de crenças do indivíduo, ou seja, os desejos e deveres absolutistas ou catastróficos estão também relacionados com crises de ansiedade, que incluem sintomas físicos (Greenberger, D., Padesky, C. A, 1999).

## **Ansiedade**

A palavra ansiedade apresenta a raiz indo-germânica “Angh” indicando estreitamento ou constrição. O termo grego Anshein significa estrangular, sufocar, oprimir. O termo angústia origina-se do latim angere, exprimindo desconforto. Todos estes termos referem-se à experiência subjetiva da característica da ansiedade. A ansiedade teria causas intra-psíquicas difíceis de especificar, ao contrário do medo. A ansiedade e o medo não são sensações exclusivas dos seres humanos: eles têm suas raízes nas reações de defesa dos animais, verificados em resposta aos perigos comumente encontrados no meio ambiente em que vivem. Porém, no ser humano em particular, os fatores cognitivos adquirem grande importância, devido à

intervenção de sistemas de símbolos socialmente codificados, de natureza verbal ou não verbal. As causas de ansiedade são, portanto, situadas em plano mais abstrato e complexo, onde predominam fatores sócio-culturais (Graeff, 1993, p. 224, apud Angelotti G., 2007).

Segundo Rangé e org. (1995), a abordagem cognitiva entende que as reações emocionais são determinadas pelas avaliações que o ser humano faz de seu ambiente e de si próprio em relação aquele. As avaliações são feitas e refeitas ao ponto que precisam o grau exato de ameaças que uma determinada situação representa para o indivíduo.

Lipp (2004) descreve a ansiedade como sendo um sentimento diferente do medo, frente algo que não sabemos exatamente o que é, e que não apresentamos uma resposta precisa. Quando tememos algo, fugimos dele. No caso da ansiedade podemos ficar parados, sem saber o que fazer. Altos níveis de ansiedade freqüentes podem nos deixar estressados. Assim, a ansiedade, o medo e o stress estão correlacionados entre si.

Outro fator importante diz respeito à ansiedade como estado ou traço. Ansiedade - estado é percebida em um dado momento na vida do ser humano, enquanto que a ansiedade - traço é uma característica do indivíduo, uma propensão para sentir maior ou menor grau de ansiedade diante de situações ambientais, influencias genéticas, bem como experiências prévias do indivíduo (Rangé, B. e org., 1995).

Para Lipp (2004), o traço de ansiedade está relacionado com o estado de ansiedade, porém, sendo o traço mais estável, mais crônico, o estado é momentâneo. Uma pessoa que tem um traço baixo de ansiedade pode ficar em um estado de alta ansiedade, no caso de a situação ser muito séria para ela, por exemplo, diante de um incêndio, perspectiva de perder um emprego, passar por um exame, dentre outras situações. Da mesma forma, uma pessoa com alto traço de ansiedade pode se manter calma diante de uma situação difícil.

A ansiedade é acompanhada da percepção de que estamos em perigo, ou de que estamos sendo ameaçados, ou que estamos de alguma forma vulneráveis. O perigo pode ser físico, mental ou social. A ameaça física ocorre

quando acreditamos que queremos machucados fisicamente, Já o perigo social ocorre quando acreditamos que seremos rejeitados, humilhados ou envergonhados. Por fim a ameaça mental ocorre quando algo faz com que nos preocupemos de que estamos ficando loucos ou perdendo a cabeça (Greenberger,D, Padesky, C. A, 1999).

Freud considerava a ansiedade diferente dos outros estados afetivos desagradáveis como a raiva e a tristeza, em função de uma combinação única de experiências e de reações fisiológicas. Entendemos a apreensão, tensão ou pavor com sendo as experiências e, palpitação do coração, tremores, suor, inquietude e distúrbios de respiração com sendo as reações fisiológicas. Algumas pessoas já nascem com uma tendência do sistema nervoso para serem mais ansiosas na maioria das situações ameaçadoras (Lipp, 2004).

Greenberger,D, Padesky, C. A. (1999) completam dizendo que a percepção de ameaça varia de pessoa para pessoa. Algumas delas, devido à experiência de vida, podem sentir-se ameaçadas com mais facilidade, logo mais ansiosas. Por outro lado, existem pessoas que podem sentir uma maior sensação de proteção e segurança. Crescer em um meio inconstante e disfuncional pode levar a pessoa a concluir que o mundo e as outras pessoas são constantemente perigosas.

A percepção do perigo e a consciência de nossa própria vulnerabilidade podem ajudar a sobreviver desde a pequena infância. Quando a pessoa nasce em um lar perigoso, é capaz de reconhecer o perigo ou seus primeiros sinais de aviso que foram críticos a sua sobrevivência emocional e talvez física (Greenberger,D, Padesky, C. A, 1999).

Não seria benéfico uma pessoa não ter ansiedade, pois ela ficaria tão tranqüila que não tomaria medidas para se defender dos perigos da vida cotidiana. Fisiologicamente, a ansiedade e o medo aumentam a produção de certos hormônios e substâncias como adrenalina, que nos fazem fugir ou lutar contra situações adversas (Lipp, 2004).

A ansiedade é um correlato psicológico comum ao estresse. Os sentimentos associados podem ser: medo, preocupação, desânimo, e várias reações fisiológicas de estresse, destacando-se a taquicardia, a hipertensão,

náusea, respiração rápida, dificuldade para respirar, perturbações do sono e níveis elevados de glicocorticoides. A ansiedade pode ser adaptativa se motivar comportamentos de enfrentamento eficazes, porém quando ela se torna tão grave a ponto de perturbar o funcionamento normal, é chamada de transtorno de ansiedade. Os transtornos de ansiedade são os mais comuns de todos os transtornos psiquiátricos (Pinel, 2005, p. 224, apud Angelotti G., 2007).

Existe um número cada vez maior de pessoas vivendo situações repletas de aflições, de exigências, de agitações e de pressões constantes. Diante das situações com as quais deparamos, muitos são os modos como o nosso organismo poderá reagir, entre as quais a ansiedade que leva ao medo, a taquicardia, angústia e insônia (Knobel, 1991, apud Braz, S. V., 2007).

De acordo com o mesmo autor, aprendemos a ter expectativas em relação ao presente e em relação ao futuro, esperando algo das pessoas e de nós mesmos. Porém, a maneira de pensar ou de agir que aprendemos ao longo da vida, nem sempre é correta; muitas vezes desenvolvemos idéias e expectativas exageradas e inadequadas com relação aos outros e a nós mesmos, que podem nos levar ao desconforto emocional ou físico.

É importante que a pessoa faça questionamentos internos para avaliar se esta reagindo em excesso ou não aos perigos e ameaças. Desenvolver recursos e habilidades abre novos e criativos caminhos de resposta a perigos e ameaças (Greenberger, D., Padesky, C. A., 1999).

Para Rangé, B. e org. (1995), alguns exemplos de técnicas para o tratamento cognitivo dos transtornos de ansiedade:

O processo terapêutico envolve:

a) Estabelecimento de uma forte relação de aliança terapêutica. Se esta aliança é fundamental para qualquer tratamento, psicoterápico ou não, nos quadros ansiosos ela se torna ainda mais necessária, haja vista a idéia de ameaça sempre presente nestes quadros, o auto-conceito diminuído nestes

pacientes e suas características de dependência (aliás, cuidados devem ser tomados quanto à esse aspecto de forma que a aliança não atrapalhe à favor da dependência). A aliança se estabelece a partir de sinais do terapeuta de aceitação, empatia, interesse genuíno, calor humano e de compreensão da problemática.

b) Informação detalhada ao paciente do modelo cognitivo comportamental de seu problema, de forma a ajudá-lo a compreender mais realisticamente suas dificuldades, a começar a desmistificar suas interpretações catastróficas e a obter uma sensação de maior domínio e controle sobre o problema. Apenas esta explicação já pode produzir um considerável alívio para o paciente e induzir seu envolvimento cooperativo, fundamental para o processo terapêutico. A explicação também pode envolver alguns exercícios (hiperventilação provocada, ideações catastrofizantes, idealmente acompanhada por um monitor de biofeedback para verificação das relações entre eventos, cognições e ansiedade), de maneira que o paciente possa comprovar a veracidade do que lhe está sendo informado. Deixa-se claro que o tratamento envolverá intervenções nos três níveis de resposta: cognitivo (por meio de métodos cognitivos), autonômico (por meio de técnicas respiratórias e de relaxamento muscular progressivo) e comportamental (por meio de exposição gradual e prevenção de resposta de fuga; evitação). Discute-se também a eventualidade do uso de medicação.

c) Aprender a identificar pensamentos automáticos catastróficos e a questioná-los para buscar evidências que os sustentem ou não, para descobrir alternativas e para decatastrofizar suas projeções futuras. A aquisição da capacidade de detecção dos pensamentos automáticos permite a introdução dos registros desses pensamentos fora das sessões para posterior análise em sessões futuras.

d) Treino de relaxamento muscular progressivo (Jacobson, 1938) e de técnicas de respiração diafragmática que são procedimentos inibidores da ansiedade (Wolpe, 1958). Eventualmente estes procedimentos podem não ser utilizados uma vez que a ênfase é na aceitação de suas sensações corporais baseada no procedimento por parte do paciente que elas são naturais.

e) Solicitação de procedimento dos Registros Diários de Pensamentos Disfuncionais (RDPD). Esses registros são extremamente importantes, pois será sobre ele que o processo de reestruturação cognitiva se dará pelo exame dos pensamentos registrados quanto a sua veracidade e adequação. Progressivamente o paciente vai adquirindo a capacidade de sozinho e independentemente, questionar ele mesmo seus pensamentos como mecanismo de reestruturação cognitiva de forma a poder prescindir a intervenção de um terapeuta.

f) Quando o paciente estiver dominando satisfatoriamente seus novos recursos para enfrentar situações ansiogênicas, inicia-se a fase de exposição voluntária e gradual, na realidade, com ou sem a presença do terapeuta. Estes testes são importantes porque permitem a detecção dos pensamentos automáticos no instante de sua ocorrência, o que facilita muito a sua contestação. Permitem também que o paciente possa verificar sua capacidade de enfrentar vitoriosamente a situação, o que tende a fazê-lo inverter o balanço entre o grau de ameaças e seus recursos pessoais para enfrentá-las, fortalecendo assim sua auto-eficácia (Bandura, 1977), sua autoconfiança e sua auto-estima. Aos poucos estes ensaios permitem retirar o paciente dos modos negativistas e de vulnerabilidade, promovendo uma alternância mais equilibrada entre os diversos modos.

g) Grande importância é dada à análise da situação existencial do paciente já que é nela que se encontra a fonte dos conflitos que são subjacentes às dificuldades. Crises de pânico, por exemplo, costumam consistir em punições terríveis, mas mesmo assim ainda mais brandas que aquelas imaginárias que ocorreriam se sua liberdade não estivesse sendo assim por elas restringida. Em vários transtornos da ansiedade é quase certa a presença de estados depressivos (Maser e Cloninger, 1990), o que a utilização de métodos antidepressivos, (Rangé, 1988) que, por seus efeitos, também contribuem para a superação do quadro ansioso. (Rangé, B. e org., p. 97 e 98, 1995).

A seguir será apresentado um estudo de caso que mostra como as crenças e irracionais conduzem o ser humano a elevada sensação de

ansiedade acarretando em pensamentos e comportamentos disfuncionais bem como sintomas físicos acentuados.

## **OBJETIVO**

### ***Objetivo geral:***

Este estudo teve por objetivo Geral demonstrar a relevância das crenças irracionais como um fator absolutista e dogmático e as suas conseqüências no cotidiano das pessoas.

### ***Objetivo específico:***

Especificamente esse estudo, enfocou as Crenças Irracionais e a Ansiedade,

como fatores contribuintes de sintomas físicos, stress e sofrimento emocional tão presentes no contexto clínico.

### **ASPECTOS ÉTICOS**

Antes de dar início a elaboração da monografia a paciente recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo1) para autorização de sua participação, informações acerca dos objetivos da monografia, a forma como seria realizada, além de ser assegurada sobre o sigilo de sua identidade, uma vez que os dados obtidos serão utilizados única e exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

## RELATO DE CASO CLÍNICO

### **1. Dados de identificação**

**Nome:** C. G.

**Sexo:** Feminino

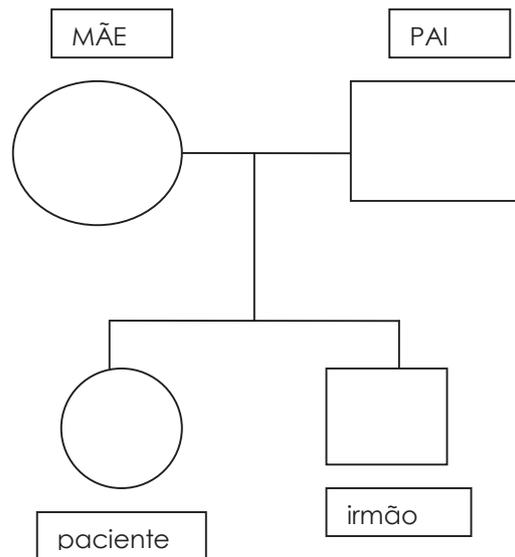
**Idade:** 18 anos

**Estado civil:** Solteira

**Profissão:** Estudante

**Escolaridade:** 3 grau incompleto

### **2. Genetograma**



| <b>Nome</b> | <b>Idade</b> | <b>Escolaridade</b> | <b>Profissão</b> |
|-------------|--------------|---------------------|------------------|
| Mãe: A.M.G. | 42a          | Magistério          | Secretária       |
| Pai: E.D.G. | 45a          | 3º grau incompleto  | Gerente adm.     |
| Irmão: F.G. | 15a          | 2º grau incompleto  | Estudante        |

### QUEIXA

1. Insônia há três meses
2. Dorme na cama da mãe
3. Muito ansiosa
4. Apresenta: náuseas, problema de concentração, tensão e palpitação
5. Sente-se deprimida
6. É incapaz de relaxar

7. Apresenta sentimento de inferioridade

### **AVALIAÇÃO**

#### **A) Fatos relevantes da História de Vida:**

- A mãe de C. engravidou depois de dois anos de casada. As condições financeiras da época eram difíceis. C. nasceu de parto normal.
- Após três anos do nascimento de C., F. nasceu também de parto normal.
- C. descreve sua infância como feliz apesar das dificuldades financeiras.
- Sua saúde na infância e adolescência sempre foi boa. As doenças que teve foram catapora, rubéola e gripes.

- Segundo a paciente quando “caiu na real” que precisava estudar muito para conseguir o que queria, passou a sentir alguns sintomas físicos, tais como, tensão, palpitação, enjôo, vômitos, fadiga e problemas estomacais. Neste momento estava cursando o 3º colegial.
- Na infância e início da adolescência passava seu tempo brincando de boneca, andava de bicicleta com a turma e preferia brincar com os “moleques” da rua.
- Foi à primeira filha e neta do lado materno. Tios e avós sempre a tratavam de forma especial. Diziam que C. só trazia orgulho para a família. C. sempre gostou de suprir o que a família esperava dela, enquanto que a família elogiava e reforçava sua maneira dedicada e intelectual de ser.
- Namora há três anos um rapaz que C. descreve como tranquilo e como sendo o melhor aluno da sala.
- No intervalo de algumas provas enquanto prestava vestibular C. viajou à praia com a família e passou muito mal no ônibus. Segundo o relato e a descrição do psiquiatra, C. teve uma crise intensa de ansiedade.
- Posterior a crise, C. passou a ter insônia constante. Através do psiquiatra, a paciente, foi encaminhada a terapia cognitiva comportamental, com diagnóstico de ansiedade crônica.
- Atualmente está cursando o 1º ano de Estatística em uma faculdade pública no interior de São Carlos.

## **B) Instrumentos utilizados na avaliação psicológica**

Os instrumentos utilizados na avaliação psicológica foram:

### **1. Inventário de Crenças Irracionais (anexo 2)**

Organizado por Ellis (1973) e utilizado no Brasil por Soares (1990) e Lipp (1991), este instrumento tem como objetivo, estudar as doze crenças irracionais que podem resultar em fontes internas de stress. Por identificarmos expectativas impossíveis de serem alcançadas, chamamos estas crenças de “Irracionais”. O inventário consta de doze itens que descrevem modos inflexíveis de pensar, ou seja, crenças irracionais, onde o paciente responde

“concordo” ou “discordo”.

**Resultado:** A paciente concordou com seis crenças, são elas:

1- “É extremamente necessário para o ser humano ser aprovado por todos em tudo que faz”. Percebe-se que a paciente precisa da aprovação das pessoas, sejam elas do contexto familiar ou não.

2- “É horrível quando as coisas não são exatamente do jeito que gostaríamos que fossem”. A paciente necessita ter o controle das situações, buscando que as coisas aconteçam sempre do seu jeito na faculdade, em casa ou em qualquer outro lugar.

3- “É mais fácil evitar do que enfrentar as dificuldades da vida e as próprias responsabilidades”. Percebe-se que esta crença faz com que a paciente se esquive de algumas situações, como exemplo, ir dormir na cama da mãe.

4- “As pessoas sempre precisam de outras maiores ou mais fortes do que elas próprias para se apoiar”. Esta crença é percebida na dependência que a paciente tem com sua mãe.

5- “Deve-se ser absolutamente competente, inteligente e merecedora de todo respeito”. Esta crença demonstra a necessidade de aprovação, o que a faz ficar muito angustiada com possíveis erros que possa cometer e como resultado não ser aceita.

6- “Deve-se ter um controle absoluto e perfeito sobre todas as coisas”. Percebe-se que também nesta crença a paciente busca o controle para garantir a aceitação das pessoas por si.

## **2. Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (anexo 3)**

Este instrumento, validado por Lipp e Guevara em 1994 visa identificar sintomas físicos e psicológicos e a fase que se encontra no modelo quadrifásico do stress de Lipp (2000). Publicado pela Casa do Psicólogo (Lipp, 2000).

**Resultado:** A paciente apresenta Stress, encontra-se na fase de resistência (42%), com predominância de sintomas físicos (60%).

### **3. Inventário de Ansiedade de Beck - BAI (anexo 4)**

O inventário de ansiedade de Beck – BAI (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988) foi utilizado para avaliar sintomas característicos de ansiedade. A escala original consiste de vinte e um itens relacionados à presença de sintomas ansiosos, cuja intensidade varia de 0 a 3. O 1 corresponde a “leve”, ou seja, não me incomoda muito; 2 corresponde a “moderado”, ou seja, mesmo sendo desagradável eu consigo suportar e 3 corresponde a “severo”, quase não consigo suportar.

No caso da pessoa escolher mais de um nível, considera-se sempre o de maior intensidade.

**Resultado:** A paciente apresentou um escore total de 27 pontos, ou seja, o resultado se encaixa na categoria moderada de ansiedade. Durante o atendimento psicológico, foi avaliado o nível de depressão, o escore total obteve uma pontuação de quatro pontos, ou seja, o resultado se encaixa na categoria de depressão mínima.

### **4. Escala de Assertividade de Rathus (1973) - (anexo 5)**

Pasquali & Gouveia (1990), validaram para o Brasil a Escala de Assertividade, possui trinta questões que tem o objetivo de avaliar o grau de assertividade das pessoas. Os itens descrevem comportamentos e sentimentos que ocorrem em situações sociais cotidianas. Para responder as questões, as pessoas utilizam um código com números que variam de -3 a +3, o que corresponde 6 tipos de respostas:

+3: extremamente parecido comigo

+2: bastante parecido comigo

+1: um pouco parecido comigo

-1: um pouco diferente de mim

-2: bastante diferente de mim

-3: extremamente diferente de mim.

Sendo assim, as repostas visam indicar a intensidade da reação das pessoas diante de determinadas situações, ou seja, quanto identifica as reações descritas na escala com o seu modo de agir.

**Resultado:** A paciente atingiu uma pontuação de -10 pontos, ou seja,

inassertiva.

### **C) Análise Funcional**

| <b>ACERTOS</b>   | <b>DÉFICITS</b>   | <b>EXCESSOS</b>     |
|------------------|-------------------|---------------------|
| Busca de terapia | Dormir sozinha    | Crenças irracionais |
| Inteligência     | Auto-controle     | Ansiedade           |
| Sinceridade      | Auto-estima       | Auto-Exigência      |
| Educação         | Lazer             | Sintomas Físicos    |
|                  | Atividade Física  | Estresse            |
|                  | Habilidade Social | Insônia             |
|                  | Assertividade     | Medos               |

- Comportamento a ser analisado: **Crises de Insônia**

| <b>ANTECEDENTE</b>  | <b>COMPORTAMENTO</b> | <b>CONSEQUENCIA</b>  |
|---------------------|----------------------|----------------------|
| Provas na faculdade | Não dorme sozinha    | Dorme na cama da mãe |

- Comportamento a ser analisado: **Descontrole por Preocupação**

| <b>ANTECEDENTE</b>      | <b>COMPORTAMENTO</b>      | <b>CONSEQUENCIA</b>                               |
|-------------------------|---------------------------|---|
| Notas baixas nas provas | Tempo de estudo exagerado | Crise de ansiedade não conseguindo dormir a noite |

### **METAS TERAPÊUTICAS**

A partir dos resultados da avaliação psicológica e observações clínicas da terapeuta, foram propostas as seguintes metas:

- Controle do Estresse;
- Treino de Habilidades sociais;
- Reestruturação Cognitiva das crenças irracionais;
- Mudanças de hábitos de Vida;
- Controle de Ansiedade;

- f. Auto-estima;
- g. Ociosidade criativa, ou seja, ser capaz de ficar sem fazer nada.

O grande foco do trabalho foi a Reestruturação Cognitiva, pois a paciente demonstrou através da avaliação um número extremamente significativo de crenças irracionais que apresentam relação direta com a insônia e as crises de ansiedade.

Com relação à auto-estima, percebeu-se que a paciente precisava se conhecer mais aprendendo a se respeitar, acreditando mais em si, desenvolvendo talentos especiais e aceitando certos limites humanos.

#### **A) Procedimento Terapêutico:**

O foco de maior relevância nesse processo foi o controle de sua Ansiedade e Crenças Irracionais, onde a paciente demonstra uma postura de vida altamente inflexível e absolutista.

Durante o atendimento clínico, reestruturaram-se as seguintes crenças:

- 1- “É extremamente necessário para o ser humano ser aprovado por todos em tudo que faz”
- 3- “É horrível quando as coisas não são exatamente do jeito que gostaríamos que fossem”.
- 6- “É mais fácil evitar do que enfrentar as dificuldades da vida e as próprias responsabilidades”.
- 7- “As pessoas sempre precisam de outras maiores ou mais fortes do que elas próprias para se apoiar”.
- 8- “Deve-se ser absolutamente competente, inteligente e merecedora de todo respeito”.
- 10- “Deve-se ter um controle absoluto e perfeito sobre todas as coisas”.

O procedimento adotado para a reestruturação dessas crenças se deu de várias formas, como testar as evidências dos fatos, RPD e questionamento socrático.

## **INTERVENÇÃO**

Foram realizadas 41 sessões com a paciente, sendo de 05.05.06 à 14.08.07

### **Técnicas Utilizadas:**

#### **1- Registro de Pensamentos Disfuncionais:**

Essa técnica foi utilizada para educar a paciente identificar quais são as situações que disparam os pensamentos disfuncionais. Pediu-se para que os fatos mais importantes fossem descritos da seguinte forma: a) situação; b)

pensamento automático; c) comportamento que externalizou; d) consequência do comportamento.

Segundo Caballo (1999), podem-se ensinar os pacientes à auto-registrar suas cognições com o registro diário de pensamentos disfuncionais (RPDs). Essa técnica permitiu conscientizar a paciente quanto seu funcionamento psíquico, já que a observação e o registro dos pensamentos aumentaram a percepção do paciente sobre o “fluxo de pensamentos” que influenciavam seus sentimentos e comportamentos. Obtivemos como resultado o controle dos pensamentos disfuncionais e a diminuição das fontes internas de ansiedade.

## **2- Reestruturação Cognitiva:**

Utilizamos as informações do RPD (Registro de Pensamento Diário) e Inventário de Crenças Irracionais, através de questionamentos, com exemplo: “O que pior acontecerá se você errar? A paciente passou a identificar que o erro era uma possibilidade que estava tendo para aprender. Depois de aprendido possivelmente erraria em um novo momento e nada aconteceria, a não ser refazer a tarefa. Percebeu também que sua família não a condenava como idealizava, até porque o foco que ultimamente davam a ela era em sua saúde e não em seus erros. Outra reestruturação está no seguinte exemplo: “Quanta realidade tem neste pensamento: Meu desempenho cairá dramaticamente se eu não dormir”? A paciente percebeu que quando apresentava esse pensamento o sentimento resultante era a ansiedade, a angústia e o medo. Logo seu comportamento era de maior esforço e maior dedicação para poder dar conta de suas obrigações. Percebeu que seu desempenho não caía por não dormir, mas sim por não preservar o ócio criativo. Identificou que mesmo nos dias que não mantinha uma boa noite de sono, no dia seguinte acordava no horário adequado e cumpria suas obrigações. Ao reestruturar esse pensamento passou a acreditar que se distribuísse melhor seu tempo ( hora para estudo, descanso, alimentação, atividade física, entre outros) suas notas melhorariam. No momento que aplicou os novos pensamentos os resultados de boas notas apareceram.

Essa técnica tem como objetivo ajudar a paciente substituir pensamentos

disfuncionais por pensamentos mais adaptativos (Rangé, 2001).

### **3- Técnica de Relaxamento:**

Com o intuito de inibir a ansiedade, permitindo um corpo e uma mente mais relaxados, utilizamos a técnica de relaxamento.

O relaxamento muscular e psicológico tem sido amplamente utilizado por comportamentalistas como técnica única ou em uma associação a outras técnicas. Desenvolvido Edmund Jacobson em 1938, consiste em deixar diferentes grupos musculares tensionados e depois relaxados, afim de proporcionar ao paciente uma sensação de bem estar.

### **4- Treino de Assertividade:**

A paciente foi conscientizada quanto aos perfis Passivo, Assertivo, Agressivo e Passivo Agressivo. Junto com a paciente, analisávamos suas diferentes formas de expressão dos sentimentos, e as conseqüências emocionais da expressão adequada, da não expressão e expressão inadequada. Trabalhamos com o reforço das expressões eficientes e apropriadas.

O treino de Assertividade foi desenvolvido por Wolpe, que foi influenciado pelos trabalhos de Pavlov e Sater.

### **5- Metáfora:**

Foi utilizada com leitura em sessão a Metáfora: “Quebra Molas”, com o objetivo de diminuir as fontes internas de ansiedade. Foi mostrado para paciente que assim como o carro, nosso corpo precisa andar mais devagar, de vez em quando precisa parar para abastecer com lazer, ociosidade criativa e não apenas com o profissional.

### **6- Gráfico em formato de Pizza:**

Tendo em vista que a paciente utilizava seu tempo para estudo de forma indevida, utilizamos essa técnica para conscientizá-la quanto às horas de estudo versus resultado das notas. O gráfico permitiu a paciente um questionamento quanto ao custo benefício do excesso de estudo, incentivando que a mesma investisse mais tempo em si mesma. Foi pedido para que a paciente distribuísse seus horários, atividades e o tempo que levava na

execução de cada uma delas em uma gráfico em formato de pizza.

### **GANHOS TERAPÊUTICOS**

Durante todo atendimento psicológico, a paciente demonstrou muitos ganhos significativos:

Percebeu-se que C. identificou um excesso de estudo no seu cronograma, onde gradativamente começou a reestruturar. Como consequência, C. começou a ter mais tempo livre para praticar atividade física. Entrou em uma academia e exercitava-se de três a quatro vezes por semana.

Percebeu-se também, que com a agenda melhor administrada C. conseguiu viver o ócio criativo. Aprendeu à ficar mais tempo desocupada mesmo em casa, sair com o namorado, passear com amigas, viajar com a

família, brincar de “sudoku”, assistir filmes, entre outras atividades.

Observou-se, que a paciente começou a dormir em sua própria cama sem a companhia da mãe. Sendo ainda mais difícil em dias de TPM.

Também conseguiu ser mais assertiva, expressando mais seus sentimentos em determinadas situações com amigos, namorado e família.

Quanto à auto-estima observou-se, que a paciente apresentou uma melhora significativa, resultando em comportamentos seguros, isto é, esta confiando mais em si mesma, respeitando seus limites, reconhecendo suas qualidades, sentimento-se competente e capaz principalmente na faculdade e passou a enfrentar mais seus medos. Esta melhora atua diretamente na qualidade de vida da paciente.

Percebeu-se que a ansiedade de C. esta mais controlada, suas crenças mais prontamente reestruturadas. Está evitando ocupar seu tempo com pensamentos negativos e disfuncionais. Por se sentir mais segura, evita criar historinhas de inferioridade, contribuindo assim para um bem estar físico e mental.

Com relação à faculdade, a paciente começou a tirar mais dúvidas em sala de aula, não se inibindo com os professores e colegas. Se expressa, questiona e expõe opiniões.

Entendemos que a partir do momento que a paciente se conscientizou de suas crenças disfuncionais, naturalmente a sua insônia e ansiedade foram reduzindo cada vez mais, propiciando uma vida com muito mais qualidade.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho vai ao encontro do que a literatura preconiza, o controle dos pensamentos disfuncionais e das crenças podem contribuir para a redução da ansiedade, e tendo como resultado o benefício do equilíbrio físico e emocional e aumento da auto-estima, ou seja, proporciona uma qualidade de vida mais completa para o ser humano, permitindo que o mesmo desfrute dos momentos da vida de forma mais consciente e saudável e conseqüentemente garantindo uma boa parcela da felicidade.

Percebemos que a contribuição da terapia cognitiva comportamental foi fundamental para o sucesso do processo de mudança nos hábitos de vida da paciente, pois além de suas técnicas serem eficazes, a abordagem cognitiva comportamental na sua forma de condução, filosofia, procedimento no trato com o paciente demonstrou sua eficácia para inúmeros problemas e dificuldades comportamentais e emocionais.

O sistema de crenças se mostra inerente, enraizado, dogmático e inflexível por estar correlacionado a história familiar, predisposição genética e padrões de hábito adquiridos. Mesmo assim, com treinos de pensamento e flexibilidade de aprendizagem do ser humano, a paciente conseguiu dominar as crenças disfuncionais. (Ellis, 1995)

Sendo assim, a paciente que apresentava significativa dificuldade em discriminar as crenças irracionais, devido à educação rígida que recebeu e a sua grande necessidade de suprir as expectativas familiares, aderiu ao tratamento de forma pontual, o que possibilitou o desfrute de um bem estar, pela leveza e flexibilização dos seus pensamentos atuais e reestruturados.

Podemos perceber também que C. apresentou melhoras no que diz respeito a sua auto-estima, possivelmente gerada pelas distorções cognitivas e interpretações catastróficas, que eram características fortemente evidenciadas na paciente.

Pode-se perceber que a insônia, queixa principal da paciente foi fortemente trabalhada, a partir do momento que a paciente buscou ser mais humana consigo mesma, aceitando-se, respeitando-se e percebendo suas limitações. Aprendeu a ficar consigo mesma sem ter medo de sua própria companhia, situação esta que lhe causava tanto desgaste físico e emocional.

Atualmente, a paciente alcançou suas metas, portanto pode-se considerar a “alta terapêutica”, pois a queixa e também as dificuldades reveladas nas avaliações foram trabalhadas, o que possibilitou um resultado terapêutico satisfatório principalmente nos ganhos que se referem aos pensamentos, sentimentos e comportamentos da paciente.

A reestruturação cognitiva foi uma das técnicas que contribuiu fortemente para a melhora da ansiedade da paciente. Sendo assim, a autora considera

importante que estudos e pesquisas relacionadas a crenças irracionais e ansiedade sejam sugeridos cada vez mais no meio acadêmico e meios afins.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation. Chicago: university of Chicago Press

Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84: 191-215

Ellis, A. & Bernard, M.E. (1985). *Clinical applications of rational-emotive therapy*. New York: Plenum Press.

Range, B. P. (1988). Agorafobia. In: H. W. Lettner e B> P. Rangé (Orgs.), *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo, Manole.

Rangé, B. org. (1995). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva, Pesquisa, Prática, Avaliações e Problemas*. Campinas: Psy.

Dobson, K.S. & Franche, L.R. (1996). In *manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* – Caballo, V.E. org. Cap. 21, p 441-470, São Paulo: Santos.

Maser, J., Cloninger, A. (Eds). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.

Davis, M., Eshelman, E. R. & Mackay (1996). *Manual de Relaxamento e Redução do Stress*. São Paulo: Summus.

Calais, S.L. (1997). *Crenças irracionais e habilidades Sociais em universitários*. Campinas: Tese de Mestrado do Instituto de Psicologia da PUCCAMP.

Greenberger, D. & Padesky, C. A. (1999). *A Mente Vencendo o Humor*. Porto Alegre: Artmed.

Lipp, M.E.N. (2000). *Inventario de sintomas de stress para adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M.E.N. (2004). *O stress está dentro de você*. São Paulo: Contexto.

Ellis, A. (2004). *Como conquistar a sua própria felicidade*. São Paulo: Best

Seller.

Angelotti, G. org. (2007). Terapia Cognitivo -Comportamental para os Transtornos de Ansiedade. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Doria, M.C.S. (2007). Assertividade, Habilidades sociais e crenças irracionais: uma análise cognitiva comportamental de um caso clinico: Monografia do Centro psicológico de controle de estresse.

Braz, S.V. (2007). A Influência das Crenças Irracionais no Comportamento Assertivo: Monografia do Centro psicológico de controle de estresse

# ANEXO

## **ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Solicito a sua participação na monografia sobre equilíbrio e bem estar, intitulado “*A contribuição das crenças irracionais como fator ansiogenico*” a ser realizado pela Psicóloga Graziela Baron Vanni CRP 06 68515 onde descreverá o caso clínico atendido, e esta monografia é coordenada pela Professora Isolina Maria Proença, professora do curso avançado de Terapia Cognitivo Comportamental, do Centro Psicológico do Controle de Stress. A monografia tem como objetivo verificar como é a contribuição das crenças irracionais, que são pensamentos inflexíveis, como fator de ansiedade e a influencia dessa contribuição nas reações fisiológicas desencadeadas pela ansiedade.

Os dados descritos serão de absoluta confidencialidade, não podendo ser divulgados de forma a identificar a participante ou sua família de qualquer maneira. A participante poderá ser desligada da monografia a qualquer momento se assim quiser.

Os dados coletados neste trabalho serão divulgados única e exclusivamente para fins acadêmicos e científicos. Não há risco para a participante desse projeto, visto que foram utilizadas técnicas de intervenção psicoterápicas testadas na literatura. Espera-se com a realização desse projeto que pessoas com crenças irracionais que tenham ansiedade como resultado sejam beneficiadas com as mesmas técnicas trabalhadas.

Quaisquer outras informações sobre a monografia poderão ser obtidas com a psicóloga Graziela Baron Vanni pelo telefone 33747534 ou 97676738. Ou pelo Centro Psicológico de Controle de Stress pelo telefone: 19 3234 0288

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Graziela Baron Vanni

## **ANEXO 2 - INVENTÁRIO DE CRENÇAS IRRACIONAIS**

Você vai ler abaixo 12 frases. Assinale na coluna que expressa mais perto a sua própria opinião em relação a cada uma das frases. Se quiser explique o por quê.

|  | Concordo | Discordo | Não sei |
|--|----------|----------|---------|
| 1. É extremamente necessário para um ser humano ser aprovado por todos, em tudo que faz. |          |          |         |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 2. Certos atos são terríveis e pecaminosos e, por isso, devem ser severamente punidas.  |  |  |  |
| 3. É horrível quando as coisas não são exatamente do jeito que gostaríamos que fossem.  |  |  |  |
| 4. As desgraças do ser humano são causadas por pessoas ou eventos externos.   |  |  |  |
| 5. Se alguma coisa pode ser perigosa ou amedrontadora, deve-se ficar extremamente perturbado por isso.  |  |  |  |
| 6. É mais fácil evitar do que enfrentar as dificuldades da vida e as próprias responsabilidades.  |  |  |  |
| 7. As pessoas sempre precisam de outras maiores ou mais fortes do que elas próprias para se apoiarem.   |  |  |  |
| 8. Deve-se ser absolutamente competente, inteligente e merecedor de todo respeito.  |  |  |  |
| 9. Porque algo afetou fortemente a vida de alguém um dia, vai continuar a afetá-la indefinidamente.   |  |  |  |
| 10. Deve-se ter um controle absoluto e perfeito sobre as coisas.  |  |  |  |
| 11. A felicidade humana pode ser adquirida através da inércia e da inação.  |  |  |  |
| 12. Não se tem praticamente nenhum controle sobre as próprias emoções e nada pode ser feito em relação às sensações causada por certos eventos. |  |  |  |

### ANEXO 3 - ISSL (IVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS LIPP)

Iniciais: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( )      M ( )

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Escolaridade: primário ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( )

superior

Estado civil: casado ( ) solteiro ( ) divorciado/separado ( ) viúvo ( )

### QUADRO 1

a.) Marque com um F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas

- ( ) 1. MÃOS/ PÉS FRIOS
- ( ) 2. BOCA SECA
- ( ) 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- ( ) 4. AUMENTO DE SUDORESE (suor em demasia)
- ( ) 5. TENSÃO MUSCULAR
- ( ) 6. APERTO DA MANDÍBULA/ RANGER OS DENTES
- ( ) 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- ( ) 8. INSÔNIA (dificuldade para dormir)
- ( ) 9. TAQUICARDIA (batedeira no peito)
- ( ) 10. HIPERVENTILAÇÃO (respiração ofegante)
- ( ) 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL SÚBITA E PASSAGEIRA (pressão alta)
- ( ) 12. MUDANÇA DE APETITE

Some 1 ponto para cada F1 que assinalou..... ( ) F1

b.) Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas

- ( ) 13. AUMENTO SÚBITO DE MOTIVAÇÃO
- ( ) 14. ENTUSIASMO SÚBITO
- ( ) 15. VONTADE SÚBITA DE INICIAR NOVOS PROJETOS

Some 1 ponto para cada P1 que assinalou..... ( ) P1

## QUADRO 2

a.) Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana

- ( ) 1. PROBLEMAS COM MEMÓRIA
- ( ) 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO, SEM CAUSA ESPECÍFICA
- ( ) 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- ( ) 4. SENSAÇÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- ( ) 5. MUDANÇA DE APETITE
- ( ) 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS (problema de pele)
- ( ) 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL (pressão alta)
- ( ) 8. CANSAÇO CONSTANTE
- ( ) 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- ( ) 10. TONTURA/ SENSAÇÃO DE ESTAR FLUTUANDO

Some 1 ponto para cada F2 que assinalou..... ( ) F2

b.) Marque com um P2 os sintomas que tem apresentado na última semana

- ( ) 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA
- ( ) 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- ( ) 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- ( ) 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- ( ) 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO (perda de vontade sexual)

Some 1 ponto para cada P2 que assinalou..... ( ) P2

### QUADRO 3

a.) Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês

- ( ) 1. DIARRÉIA FREQUENTE
- ( ) 2. DIFICULDADES SEXUAIS
- ( ) 3. INSÔNIA
- ( ) 4. NÁUSEA
- ( ) 5. TIQUES
- ( ) 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA
- ( ) 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS
- ( ) 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE
- ( ) 9. EXCESSO DE GASES
- ( ) 10. TONTURA FREQUENTE
- ( ) 11. ÚLCERA
- ( ) 12. ENFARTE

Some 1 ponto para cada F3 que assinalou..... ( ) F3

b.) Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês

- ( ) 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
- ( ) 14. PESADELOS
- ( ) 15. SENSAÇÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS
- ( ) 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
- ( ) 17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA
- ( ) 18. CANSAÇO EXCESSIVO
- ( ) 19. PENSAR/ FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO

( ) 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE

( ) 21. ANGUSTIA/ ANSIEDADE DIÁRIA

( ) 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA

( ) 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

Some 1 ponto para cada P3 que assinalou..... ( ) P3

#### AVALIAÇÃO

A) F1 ( )

PI ( )

B) F2 ( )

P2 ( )

C) F3 ( )

P3 ( )

TOTAL: (VERTICAL) F ( )

P ( )

LINHA A. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase de alerta

LINHA B. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase de resistência/  
quase exaustão

LINHA C. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase de exaustão

Predominância de sintomas: Físicos ( ) Psicológicos ( )

Fase: Alerta ( ) Resistência ( ) Quase- Exaustão ( ) Exaustão( )

## ANEXO 4 – BAI INVENTÁRIO DE ANSIEDADE

BAI \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Civil: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

\_\_\_\_\_

Absoluta-  
mente  
não

Levemente  
Não me  
incomodou  
muito

Moderada-  
Mente  
  
Foi muito  
desagradáve  
l mais pode  
suportar

Gravement  
e  
  
Difícilmente  
pude  
suportar

1. Dormência ou formigamento.
2. Sensação de calor.
3. Tremores nas pernas.
4. Incapaz de relaxar.
5. Medo que aconteça o pior.
6. Atordoado ou tonto.
7. Palpitação ou aceleração do coração.
8. Sem equilíbrio.
9. Aterrorizado.
10. Nervoso.
11. Sensação de sufocação.
12. Tremores nas mãos.
13. Trêmulo.
14. Medo de perder o controle.
15. Dificuldade de respirar.
16. Medo de morrer.
17. Assustado.

18. Indigestão ou desconforto no abdômen.
19. Sensação de desmaio.
20. Rosto afogueado.
21. Suor (Não devido ao calor).

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados 1991, a Aron T. Beck.

Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados 1993 a Aron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

## ANEXO 5 - ESCALA DE ASSERTIVIDADE DE RATHUS

Utilizando o código abaixo, indique que descrição corresponde melhor a cada uma de suas características:

- + 3 → Muito característico de mim, extremamente parecido comigo.
- + 2 → Um pouco característico de mim, bastante parecido comigo.
- + 1 → Mais ou menos característico de mim, um pouco parecido comigo.
- 1 → Um pouco não característico de mim, um pouco diferente de mim.
- 2 → Bastante não característico, bastante diferente de mim.
- 3 → Muito não característico, extremamente diferente de mim.

1. A maioria das pessoas parece ser mais agressiva e assertiva do que eu. \*

2. Tenho hesitado em marcar um encontro por timidez. \*

3. Quando a comida servida num restaurante não está do meu agrado, reclamo ao garçom.

4. Sou cuidadoso a fim de evitar magoar os sentimentos das pessoas, ainda que me sinta magoado. \*

5. Se um vendedor teve um considerável trabalho em me mostrar uma mercadoria que não vou levar, tenho dificuldades em dizer não. \*

6. Quando me mandam fazer algo, insisto em saber o porquê.

7. Há ocasiões que gosto de provocar uma discussão.
8. Esforço-me para ir para frente, tanto quanto a maioria das pessoas em minha posição.
9. Para ser honesto, as pessoas, muitas vezes, tiram vantagem de mim. \*  
Gosto de iniciar conversas com novos conhecidos e estranhos.
10. Muitas vezes, não sei o que dizer para as pessoas atraentes do sexo oposto. \*
11. Hesito em telefonar para estabelecimentos comerciais. \*
12. Preferiria me candidatar a um trabalho ou admissão a um colégio por carta a ter uma entrevista pessoal.
13. Acho difícil (embaraçoso) devolver uma mercadoria. \*
14. Se um parente próximo e por quem tenha muito respeito estiver me aborrecendo, prefiro sufocar meus sentimentos a expressá-los. \*
15. Muitas vezes, por medo de parecer bobo, evito fazer perguntas. \*
16. Durante algumas discussões fico tão nervoso que chego a tremer.  
\*
17. Se um famoso e respeitado conferencista faz uma afirmação que eu penso não ser correta, faço alguma coisa e dou um jeito para que os outros fiquem sabendo.
18. Evito discutir sobre preços com caixeiros e vendedores. \*
19. Quando faço alguma coisa importante ou que valha a pena, dou um jeito para que os outros fiquem sabendo.
20. Sou aberto e sincero sobre os meus sentimentos.
21. Se alguém tem espalhado notícias ruins sobre mim, eu o procuro logo que possível para esclarecer o caso.
22. Muitas vezes, tenho dificuldades em dizer “não”. \*
23. Prefiro controlar minhas emoções a fazer uma cena. \*
24. Reclamo de um serviço de má qualidade em um restaurante e em qualquer outra parte.
25. Muitas vezes, quando me fazem um elogio, não sei o que dizer. \*
26. Se um casal perto de mim, no cinema ou numa conferência, começa a conversar alto, peço para irem conversar em outro lugar.

- 27. Se alguém fura a fila na minha frente, reclamo firmemente.
- 28. Sou “rápido” para expressar uma opinião.
- 29. Há ocasiões que não consigo dizer qualquer coisa. \*

Score total obtido pela soma dos números das respostas para cada item depois de trocar o sinal do item oposto.

\*item oposto.

| <b>R*</b> | <b>F (N'' *)</b> |
|-----------|------------------|
| 1.)       | 3.)              |
| 2.)       | 6.)              |
| 4.)       | 7.)              |
| 5.)       | 8.)              |
| 9.)       | 10.)             |
| 11.)      | 18.)             |
| 12.)      | 20.)             |
| 13.)      | 21.)             |
| 14.)      | 22.)             |
| 15.)      | 25.)             |
| 16.)      | 27.)             |
| 17.)      | 28.)             |
| 19.)      | 29.)             |

|      |  |
|------|--|
| 23.) |  |
| 24.) |  |
| 26.) |  |
| 30.) |  |

Rathus, 1973.