



Centro de Estudos em Terapia  
Cognitivo-Comportamental

**CETCC- CENTRO DE ESTUDOS EM TERAPIA COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL**

**GABRIELA SILVEIRA NUNES**

**TCC NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE GENERALIZADA E  
SUAS TÉCNICAS**

**São Paulo**

**2017**



Centro de Estudos em Terapia  
Cognitivo-Comportamental

**CETCC- CENTRO DE ESTUDOS EM TERAPIA COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL**

**GABRIELA SILVEIRA NUNES**

**TCC NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE GENERALIZADA E SUAS  
TÉCNICAS**

Trabalho de conclusão de curso Lato Sensu

Área de concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental

Orientadora: Profa. Dra. Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientadora: Profa. Msc. Eliana Melcher Martins

**São Paulo**

**2017**

Fica autorizada a reprodução e divulgação deste trabalho, desde que citada a fonte.

NUNES, Gabriela Silveira

**TCC no Tratamento de Ansiedade Generalizada e suas Técnicas**

Gabriela Silveira Nunes, Renata Trigueirinho Alarcon, Eliana Melcher Martins – São Paulo, 2017.

41 f. + CD-ROM

Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC).

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Msc. Eliana Melcher Martins

1. Ansiedade 2. Terapia Cognitiva Comportamental. I. Nunes, Gabriela Silveira. II. Alarcon, Renata Trigueirinho. III. Martins, Eliana Melcher.

Gabriela Silveira Nunes

TCC no Tratamento de Ansiedade Generalizada e suas Técnicas

Monografia apresentada ao Centro de Estudos em  
Terapia Cognitivo-Comportamental como parte das  
exigências para obtenção do título de Especialista  
em Terapia Cognitivo-Comportamental

### **BANCA EXAMINADORA**

Parecer: \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Parecer: \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*Dedico esse trabalho a minha família.*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha avó que me incentivou, e me acompanhou sempre que precisei, aos meus filhos que sustentaram a minha ausência, não só nos dias de aulas, mas nos momentos de estudo.

Aos meus colegas, professores e orientadores que me ajudaram a vencer cada momento difícil.

## RESUMO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem feito grandes progressos em pacientes com Transtorno de Ansiedade Generalizada. A redução dos sintomas utilizando técnicas apropriadas pode auxiliar o terapeuta e paciente nessa jornada. O presente trabalho teve como objetivo, discutir a forma de trabalho do terapeuta, que normalmente se preocupa em conhecer seu paciente e suas inter-relações e depois com o tratamento propriamente dito. A proposta desse trabalho foi demonstrar a eficácia das técnicas utilizadas na TCC, no tratamento da TAG. O Trabalho aborda inicialmente o Transtorno de Ansiedade Generalizada, perpassando por definições de emoção, anamnese, coleta de dados e autorrelato, para então revisar algumas técnicas utilizadas no tratamento de TAG. Conclui-se então que é possível que, psicólogos cognitivos comportamentais obtenham bons resultados aplicando as técnicas propostas pela TCC, e ficaram muito mais seguros, formando uma parceria junto ao paciente para formular uma boa Conceitualização Cognitiva, obtendo assim uma coleta de dados, histórico familiar auto relato do problema, satisfatórios para diminuição ou até remissão dos sintomas da Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Palavras Chaves: ANSIEDADE, FAMÍLIA, TEORIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL CONTEXTUALIZAÇÃO, HISTÓRICO FAMILIAR, COLETA DE DADOS EM PSICOLOGIA.

## **ABSTRACT**

Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) has made great strides in patients with Generalized Anxiety Disorder. Reducing symptoms using appropriate techniques can assist the therapist and patient on this journey. The aim of the present study was to discuss the therapist's way of working, who usually cares about knowing his / her patient and their interrelationships and then with the treatment itself. The purpose of this study was to demonstrate the efficacy of the techniques used in CBT in the treatment of GAD. The paper initially addresses Generalized Anxiety Disorder, going through definitions of emotion, anamnesis, data collection and self-report, to then review some techniques used in the treatment of GAD. We conclude that it is possible that behavioral cognitive psychologists obtain good results by applying the techniques proposed by CBT, and they were much safer, forming a partnership with the patient to formulate a good Cognitive Conceptualization, thus obtaining a data collection, family history Self report of the problem, satisfactory for reduction or even remission of the symptoms of Generalized Anxiety Disorder.

Keywords: ANXIETY, FAMILY, COGNITVO BEHAVIORAL THEORY  
CONTEXTUALIZATION, FAMILY HISTORY, DATA COLLECTION IN  
PSYCHOLOGY.

## Sumário

1.Introdução.....	10
2. Objetivo.....	12
2.1 Objetivos Secundários .....	12
3. Metodologia.....	13
4. Resultados .....	14
4.1. O Transtorno de Ansiedade Generalizada, medo é Ansiedade?.....	14
4.2. Emoção .....	16
4.3. Anamnese, Coleta de Dados, Histórico Familiar, Diagnóstico.....	18
4.4 TCC.....	21
5. Discussão.....	26
6.Conclusão.....	29
Referências Bibliográficas.....	30
Anexos.....	33

## 1.INTRODUÇÃO

Segundo a OMS 33% da população mundial sofrem de ansiedade, sendo o Brasil um dos primeiros da lista. Para Castillo et all (2000) a ansiedade é causada por uma antecipação de um perigo, sentimento vago e desagradável, gera apreensão, causa tensão ou desconforto, normalmente diante de algo desconhecido ou estranho.

A ansiedade acomete crianças, adolescentes e adultos por fatores fisiológicos, psicológicos e comportamentais, causa grande desconforto, e se apresenta diante de um estímulo que pode ser um medo real ou simplesmente um pensamento ou crença distorcida (STALLARD, 2010)

De acordo com o DSM V (p.189, 2014): “O medo é a resposta emocional a ameaça iminente e real ou percebida, enquanto que ansiedade é a antecipação de ameaça futura (...)”. O que vai determinar se esses sintomas se tornaram um Transtorno Ansioso, será o tempo de duração de cada crise e a situação que a provocou.

O tratamento com TCC abrange técnicas específicas que se aplicadas de forma adequada e colaboração do paciente, permitem tanto a extinção do medo condicionado quanto a regulação cognitiva de emoções, ou seja, abrange técnicas comportamentais e cognitivas. (PORTO, et al, 2008)

Judith Beck (2013) elucida que, as crenças nucleares ou centrais são tão fundamentais e profundas que não podem ser articuladas nem mesmo pela própria pessoa. Mesmo que haja evidências racionais sobre a situação apresentada, o indivíduo se apega a aspectos emocionais e/ou culturais. Crenças, que podem ser de desamparo, desamor e/ou desvalor, podem se formar isoladamente, duas ou até as três juntas e quando ativadas, produzem pensamentos, sentimentos e conseqüentemente comportamentos distorcidos, o que pode atrapalhar constranger ou até paralisar as atividades corriqueiras tanto da pessoa quanto de seus familiares. Sabendo que a formação das crenças e a forma de lidar com elas são fatores importantes na apresentação dos sintomas de Ansiedade ou na consolidação de um Transtorno de Ansiedade, as técnicas da Teoria Cognitiva Comportamental,

trazidas por Aron Back em meados dos anos 60 são de fundamental importância no alívio desse mecanismo (Crença ativada – pensamento – sentimento - ação distorcida - sintoma).

A combinação de medicamentos e utilização de técnicas cognitivas ajuda o paciente a aliviar sintomas, controlar e perceber possíveis crises que estão por vir. Anamnese, coleta de dados e autorrelato, normalmente são feitos no início do tratamento. Kohlsdorf (2010) descreve em seu trabalho sobre autorrelato a dificuldade do paciente em lembrar o motivo pelo qual o levou procurar o psicólogo e questiona a importância nesse período, pois ao se lembrar do evento sintomático, o discurso pode ocasionar não só o aparecimento de sintomas como distorções na história.

A obtenção de dados, histórico familiar, anamnese e etc., podem ser importantes, mas será que é vital para diminuição e sintomas do paciente? Esses dados, de fato podem ter sido a causa do início do processo que desencadeou as crises constantes de Ansiedade, são primordiais e ajudam o psicólogo na desconstrução de Crenças Centrais e Nucleares. Entretanto, utilizando os recursos da TCC, podemos já nas primeiras sessões fazer o paciente aprender a lidar com seus gatilhos, o que pode ajudá-lo, a controlar a intensidade das crises, refutando pensamentos, sentimentos e atitudes desadaptativos e depois de um pouco mais fortalecido e consciente, colher histórico com a ferramenta que o terapeuta achar mais adequada.

## **2. OBJETIVO**

O presente trabalho tem como objetivo entender a eficácia das técnicas utilizadas pelo Psicólogo com base na Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento da Ansiedade Generalizada, enfatizando a coleta de dados, anamnese e autorrelato.

### *2.1 Objetivos Secundários*

Contextualizar ansiedade Generalizada, emoção e anamnese, bem como, verificar quais as técnicas de Terapia Cognitivo-comportamental podem influenciar de forma positiva na diminuição dos sintomas de Ansiedade Generalizada.

### **3. METODOLOGIA**

O presente estudo foi realizado através de pesquisas bibliográficas de 1996 a 2016, portando dos últimos 20 anos, em português e inglês em sites como Scielo, Bireme, Pubmed, Google acadêmico, além de livros e revistas que abordem om tema de maneira científica.

Foram excluídos trabalhos como artigos, teses, dissertações, resenhas, que estavam fora do período estabelecido para a pesquisa, ou trabalhos cuja temática não contribuiriam ao desenvolvimento do tema do tema.

Também foram incluídos livros de referência sobre o assunto.

As palavras chaves utilizadas foram: ANSIEDADE, FAMÍLIA, TEORIA COGNITVO COMPORTAMENTAL CONTEXTUALIZAÇÃO, HISTÓRICO FAMILIAR, COLETA DE DADOS EM PSICOLOGIA, ANXIETY, FAMILY, COGNITVO BEHAVIORAL THEORY CONTEXTUALIZATION, FAMILY HISTORY, DATA COLLECTION IN PSYCHOLOGY.

## 4. RESULTADOS

Foram encontrados trabalhos, capítulos de livros, revistas acadêmicas, bem como teses, dissertações, em sua grande maioria com dados relacionados à Ansiedade, Terapia Cognitivo Comportamental, família. Porém fizeram parte de inclusão nessa pesquisa bibliográfica trabalhos relacionados a técnicas e tratamentos eficazes nos processos de diminuição de sintomas, como Mindfulness, Regulação Emocional, Respiração Diafragmática.

### 4.1. *O Transtorno de Ansiedade Generalizada, medo é Ansiedade?*

O Transtorno de Ansiedade Generalizada, pode se manifestar em homens ou mulheres, adultos ou crianças, mas de acordo com dados apresentados no DSM-5 (2014), a prevalência é duas vezes maior em mulheres do que em homens e tem seu pico na meia idade. Pesquisas em neurociências mostram que a amígdala é uma estrutura importante quando falamos de medo. Na presença de perigo, reações fisiológicas e comportamentais acontecem em nosso corpo para nos alertar que de algum modo nossa sobrevivência ou daqueles da nossa espécie pode estar em risco. O medo exagerado e a preocupação constante são os gatilhos principais para desencadear tal Transtorno (PORTO, et al, 2008).

A ativação de partes da amígdala produz a estimulação de redes responsáveis pelo controle da expressão de uma variedade de reações, principalmente a área central e das laterais. A área central é programada para controlar as reações emocionais, enquanto as laterais tem a função de estímulo - resposta. Nosso cérebro é programado para detectar perigos, desde os nossos ancestrais e, quanto mais rápido eles o fizessem, maior a chance de sobreviver e proteger os seus (PORTO, et al, 2008).

Segundo Öhman (2005 apud PORTO et al, 2008), os estímulos são mais eficazes quando produzem medo, pois são percebidos automaticamente. Descreve que as respostas mais rápidas partem do tálamo sensorial para amígdala lateral.

Esse mecanismo acontece para que haja atenção para estímulos auditivos e visuais simples, responsáveis por respostas de medo, porém não de nível de consciência. Para estímulos sensoriais mais complexos, as respostas são mais demoradas, envolvem o córtex sensorial de associação e estruturas corticais mesotemporais para a amígdala. O caminho do impulso de informações tálamo-amígdala é mais curto e mais rápido. Este processamento mais rápido inicia uma reação também mais rápida, e por ser assim, sem consciência. O que acontece em alguns casos, como no Transtorno de Ansiedade Generalizada, o cérebro acredita que é mais interessante reagir mesmo que não haja um perigo real. Neste caso, com um pequeno estímulo ou uma situação desagradável pode ocorrer o condicionamento de medo e um processo que é chamado de "Reação de Luta ou Fuga", que promove sensações que serão reconhecidas pelo indivíduo, antes mesmo que ele pense ou perceba qual risco está correndo e se a resposta está adequada ao estímulo oferecido.

O medo é parte do Transtorno de Ansiedade Generalizada, mas nem todo mundo que tem medo sofre de TAG, inclusive porque o medo é considerado saudável e até protetivo. Ele só é considerado um Transtorno ou TAG, como é comumente chamado, se estiver acompanhado de outros sintomas por mais de seis meses, como apresentado abaixo (DSM-5, p.222 -2014):

A. Ansiedade e preocupação excessiva (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).

B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.

C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses).

1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.

2. Fatigabilidade.

3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente.

4. Irritabilidade.

5. Tensão Muscular

6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., drogas de abuso, medicamento) ou outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo).

F. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p.ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico no transtorno de pânico, avaliação negativa no transtorno de ansiedade social (fobia social), contaminação ou outras obsessões

no transtorno obsessivo-compulsivo, separação das figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação, lembranças de eventos traumáticos nos transtornos de estresse pós-traumático, ganho de peso na aparência no transtorno dismórfico corporal, ter uma doença séria no transtorno de ansiedade de doença ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou transtornos delirantes).

Normalmente a Ansiedade e depressão, podem se cruzar sem sabermos aonde uma começa e a outra continua e, por isso, muitas pessoas não procuram ajuda rapidamente, acreditam que as preocupações, que geralmente são de algo específico, aumentam e se tornam sem controle, como se fossem preocupações normais do dia a dia. Para Leahy (2011), 38% dos casos de TAG tem um fator hereditário preponderante, aliado às preocupações dos dias atuais e pressão natural exercida pela rotina corrida, má alimentação, sono interrompido ou negligenciado e relações sociais conturbadas, que corroboram para o diagnóstico aparecer cada vez mais cedo.

#### 4.2. Emoção

No livro "Apego, a natureza do vínculo", Bowlby (2002) cita que grande parte do que se designa por afetos, sentimentos e emoções, são fases de avaliações intuitivas de um indivíduo sobre seus próprios estados e desejos orgânicos para agir, ou sobre a sucessão de condições. Já para David Viscott (1976) em a "A linguagem dos Sentimentos", os sentimentos são a maneira como nós percebemos as situações que experienciamos ou a reação que temos de acordo com o mundo que nos circunda ou com o momento que estamos vivendo.

A forma como percebemos as emoções e impulsos determina como agiremos, o que é individual para cada ser humano. Buscamos nosso repertório emocional, memórias que representem cada emoção e esta desempenha uma função específica, para ajudar o indivíduo a elaborar cada situação, avaliar perigos, necessidades emergenciais ou até o relaxamento de reações de "luta ou fuga". Diante de um estímulo aversivo ou recompensador, nossos órgãos dos sentidos se colocam como receptores para que o corpo se prepare para cada tipo de emoção e

junto a ela, outras reações fisiológicas serão necessárias a partir de então (LE DOUX, 2001).

De acordo com Figueira et al (2007) o tipo de informação processada definirá a forma do armazenamento na memória que a pode ser classificada em declarativa (ou explícita), que compreende o armazenamento de conhecimentos que podem ser conscientemente e intencionalmente recordados (informações sobre locais, pessoas, fatos, etc.), e em memória de procedimento (ou implícita), que se refere às habilidades motoras e perceptivas. O contexto emocional da situação é um dos fatores mais relevantes na formação da memória (aquisição, consolidação e evocação), assim como sua extinção (eliminação de uma resposta aprendida) e a valência emocional das informações é diretamente proporcional à probabilidade de recordação das mesmas,

As memórias que envolvem estímulos com valência emocional tendem a ser mais duradouras e vívidas, ainda que as memórias declarativas com ou sem conteúdo emocional sejam formadas pelo funcionamento do sistema do lobo temporal medial. Um estudo demonstrou que o estado de alerta induzido pelo estímulo a ser lembrado é um forte indicativo do desempenho da memória subsequente. Em sua maioria, entretanto, os modelos de memória fazem uso do aprendizado associativo, no qual dois estímulos estão associados temporalmente. Nesse sentido, embora a memória muitas vezes seja considerada a mais importante das funções cognitivas, seu funcionamento depende de outras funções cerebrais, tais como vigilância, motivação, atenção. (Figueira et al, 2007)

Essas reações relacionadas ao medo, segundo Gorayeb (2014, p.16), em seu livro: "Ansiedade, mate essa charada", podem ser: um eriçar de pêlos, pupilas dilatadas, batimentos cardíacos acelerados, músculos tensos para aumentar a força do movimento, aumento da acidez do estômago e do trânsito intestinal para aumentar a disponibilidade de nutrientes pela digestão, respiração acelerada para aumentar o suprimento de oxigênio no sangue, a adrenalina, entre outros, o que gera uma pulsação, energia suficientemente forte para uma ação vigorosa.

De qualquer maneira é muito importante levar em consideração a personalidade do paciente, bem como, sua dinâmica familiar. Segundo Leahy (2013, p.37) em "Regulação Emocional em Psicoterapia":

Todos experimentamos sentimentos de tristeza, ansiedade, medo e até falta de esperança. Todavia, um importante "próximo passo" ao responder as emoções de um paciente é: " O que você faz, pensa ou sente após ter essa emoção?

Para Stallard (2010) a família pode ser tanto um fator de risco como um fator protetor. Indicadores genéticos correspondem a um terço da incidência dos casos, porém junto a isso devemos considerar fatores ambientais, que sugere forma de relacionamento familiar. Pais ou outro membro da família com grande influência sobre a criança, que sejam controladores, negativos, ansiosos ou superprotetores podem dar a impressão de que o mundo não é um lugar seguro, que as pessoas não são confiáveis ou que a criança não terá habilidade/capacidade para lidar com algum tipo de frustração, além de uma experiência corriqueira ou grave que gere ansiedade.

#### *4.3. Anamnese, Coleta de Dados, Histórico Familiar, Diagnóstico.*

Poucos foram os artigos encontrados falando sobre Contextualização, Histórico familiar ou Coleta de Dados em Psicologia, a maioria está ligado a um histórico específico, geralmente relacionado à Medicina ou uma doença física (Câncer, Diabetes) o que não será abordado nesse trabalho. Tal dificuldade limitou o trabalho de pesquisa, porém o que foi encontrado em livros e poucos artigos enriquecem a ideia principal e cumprem sua função naquilo que foi proposto.

De acordo com Soares (2014), etimologicamente, a palavra anamnese se originado grego aná = trazer de volta, recordar e mnese = memória. Expressa trazer de volta à mente todos os fatos relacionados com a pessoa. Anamnese pode ser considerada um método de perguntas sobre o paciente, que percorre as várias áreas de sua vida, desde dados pessoais até como esse indivíduo se relaciona com eles, um caminho aonde se estrutura os pensamentos, aonde o paciente pode falar e se ouvir falar.

Barros (2004) descreve a anamnese, ou interrogatório de pacientes usando a medicina como referência e aponta que esse procedimento é adotado desde a Grécia Clássica. Já naquela época, tal prática era utilizada na Medicina com o propósito de aliviar o sofrimento das pessoas enfermas. Com interesse diagnóstico, a anamnese e o exame físico foram recomendados da forma que conhecemos apenas no último século, pois até então eram feitos de maneira empírica e baseados

nas crenças Gregas de que toda doença era um simples desequilíbrio entre os quatro humores (bile amarela, bile negra, sangue e fleuma).

No século XVII, a história do paciente era colhida, em geral, por um assistente, os médicos que raramente examinavam seus pacientes diretamente, fundamentavam suas hipóteses baseado na coleta de dados feita anteriormente. (BARROS, 2004),

Na Psicologia Walter Trinca (1984) conceitua diagnóstico como discernimento, faculdade de conhecer, ver através de. Para ele, processo inevitável, pois sempre que exercitamos nossa compreensão sobre um fenômeno, realizamos um diagnóstico. Entretanto, para chegarmos a um diagnóstico ou como chamamos na Teoria Cognitivo-Comportamental de uma forma mais ampla, uma conceitualização cognitiva de caso, utilizamos algumas ferramentas, sendo umas de uso comum à classe médica e outras somente permitidas a Psicólogos. Observações, avaliações, coleta de dados, interpretações de testes, são parte desse processo.

Em trabalho realizado na Revista Brasileira de Terapia Cognitiva Dudley (2010 apud NEUFELD et al, 2010) define a conceitualização de caso como uma proposta de adesão do cliente à terapia, uma vez que após a concretização da mesma, observa-se um aumento da motivação e da compreensão de todo o processo psicoterápico por parte do cliente e do psicólogo. Um processo no qual terapeuta e cliente participam visando, inicialmente, descrever e, em seguida, explicar as dificuldades apresentadas pelo cliente, tendo como principal função, orientar a terapia para suavizar o sofrimento e desenvolver a resiliência do cliente. Além disso, Muito importante ressaltar que, na prática da TCC, essa investigação guiada é nomeada de diferentes maneiras: conceitualização cognitiva, formulação de caso, enquadre cognitivo do caso ou conceituação de caso e que, para a maioria dos autores (BIELING & KUYKEN, 2003; J. BECK, 1997; J. BECK, 2007; KUYKEN et al., 2005; PERSONS et al., 2006) a conceitualização cognitiva é o coração ou o elemento vital da TCC.

Em Conceitualização de Casos Colaborativa, Willen Kuyken et al (2010) sugerem várias formas de realizar esse trabalho, sugere que seja realizado junto

com o paciente para que o processo seja colaborativo, que o paciente se sinta confiante e parte dele e, pressupõe que o terapeuta entusiasme seu paciente e este volte sua atenção para as questões colocadas por ele em pauta.

Diz Willen Kuyken et al (2010):

Conceitualização de caso é um processo em que terapeuta e cliente trabalham em colaboração para primeiro descrever e depois explicar os problemas que o cliente apresenta na terapia. A sua função primária é guiar a terapia de modo a avaliar o sofrimento do cliente e a desenvolver a sua resiliência.

Judith Beck (2013) em “Teoria Cognitivo-Comportamental, Teoria e Prática”, alerta que será necessário saber sobre muitas informações relacionadas ao paciente e organiza da seguinte forma:

- Dados Pessoais
- Queixas principais e problemas atuais.
- História de doença atual e eventos desencadeantes.
- Estratégias de enfrentamento (adaptativas e desadaptativas), atuais e passadas.
  - História Psiquiátrica, incluindo tipo tratamento psicossocial (e opinião sobre validade desses tratamentos), hospitalizações, medicações e tentativas de suicídio e situação atual.
    - História de abuso de substância e situação Atual
    - História médica e situação atual
    - História psiquiátrica familiar e situação atual.
    - História de desenvolvimento.
    - História geral familiar e situação atual.
    - História social e situação atual
    - História educacional e situação atual.
    - História vocacional e situação atual.
    - História religiosa/espiritual e situação atual.
    - Pontos fortes, valores e estratégias de enfrentamento adaptativas.

Acrescentando a esses itens acima, Judith Beck (2013), ainda recomenda um olhar atento à:

- Variações no humor
- Se e como ele interage com a família, amigos e pessoas no trabalho
- Como ele funciona em geral em casa, no trabalho e em outros locais,
- Como ele passa seu tempo livre.
- O que ele não está fazendo e o que está evitando fazer.

## 4.4 TCC

Aaron Beck no início da década de 1960, professor de Psiquiatria da Pensilvânia propôs uma nova forma de tratar os distúrbios psiquiátricos, mas especificamente a depressão. Cientista de formação, ele acreditava que para a psicanálise ser aceita pela classe médica, precisava ser comprovada através de uma validação empírica. Em seus estudos com o tratamento da depressão, identificou crenças negativas e distorcidas (principalmente pensamentos e crenças) como características primárias da depressão. Por isso desenvolveu um tratamento de curta duração, no qual um dos objetivos principais era o teste de realidade do pensamento depressivo do paciente. Aprofundou seus estudos nos anos seguintes e levou seus conhecimentos para o tratamento da ansiedade, porém entendeu que para Ansiedade deveria haver algumas modificações na conduta do terapeuta para conseguir modificar a atenção do paciente (BECK, 2010).

Os terapeutas geralmente consideram que a melhora do sofrimento do paciente é o resultado mais importante de terapia. Este é um resultado que os terapeutas em TCC, em geral, encaram como principal; eles pressupõem que os seus clientes compartilham dessa visão. No entanto o mais importante segundo uma grande pesquisa com pessoas que recebiam atendimento no setor de saúde mental são: Conseguir qualidades positivas de saúde mental, tais como otimismo e autoconfiança, um retorno ao seu normal, um retorno ao seu nível usual de funcionamento e alívio dos sintomas (WILLEN KUYKEN et al , 2010)

Segundo Judith Beck (2013), os pacientes com ansiedade precisavam:

- Avaliar melhor o risco que corriam das situações que temiam.
- Levar em consideração seus recursos internos e externos e melhorá-los.
- Reduzir a evitação e enfrentar a situação que temiam.
- Testar comportamentalmente as predições negativas (BECK Judith, 2013).

Judith Beck, (2013) no livro Terapia Cognitivo-Comportamental elucida que Crenças, que podem ser de desamparo, desamor e/ou desvalor, podem se formar isoladamente, duas ou até as três juntas e quando ativadas, produzem pensamentos, sentimentos e conseqüentemente comportamentos distorcidos, o que pode atrapalhar constranger ou até paralisar as atividades corriqueiras tanto da

pessoa quanto de seus familiares. As Crenças podem ser Nucleares ou Centrais e tão profundas que não podem ser articuladas nem mesmo pela própria pessoa. Mesmo que haja evidências racionais sobre a situação apresentada, o indivíduo se apega a aspectos emocionais e/ou culturais. Sabendo que a formação das crenças e a forma de lidar com elas são fatores importantes na apresentação dos sintomas de Ansiedade ou na consolidação de um Transtorno de Ansiedade, as técnicas da Teoria Cognitiva Comportamental, trazidas por Aron Beck em meados dos anos 60 são de fundamental importância no alívio desse mecanismo (Crença ativada - pensamento – sentimento - ação distorcida - sintoma).

O início da vida de uma pessoa, como ela aprende a se relacionar consigo, com o outro e com o mundo, são de fundamental importância para sabermos como ela irá lidar com as situações que lhe são apresentadas durante seu crescimento e na vida adulta. A combinação de medicamentos e utilização de técnicas cognitivas ajuda o paciente a aliviar sintomas, controlar e perceber possíveis crises que estão por vir (BECK, 2010).

Judith, (BECK, 2010) elenca os 10 princípios Básico do Tratamento na TCC são:

1. A Terapia Cognitivo Comportamental está baseada em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos.
2. A Terapia Cognitivo Comportamental requer uma aliança terapêutica sólida.
3. A Terapia Cognitivo Comportamental enfatiza a colaboração e a participação ativa.
4. A Terapia Cognitivo Comportamental é orientada para objetivos e focada em problemas.
5. A Terapia Cognitivo Comportamental enfatiza inicialmente o presente.
6. A Terapia Cognitivo Comportamental é educativa, tem como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaídas.
7. A terapia Cognitivo Comportamental visa ser limitada no tempo.
8. As sessões de Terapia Cognitivo Comportamental são estruturadas.
9. A Terapia Cognitivo Comportamental ensina os pacientes a identificar, avaliar, responder, aos seus pensamentos e crenças disfuncionais.
10. A Teoria Cognitivo Comportamental usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento o humor e o comportamento.

Algumas técnicas são comuns e tem grande eficácia no tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada.

## **Psicoeducação**

A psicoeducação é chave fundamental no tratamento de qualquer queixa apresentada na TCC, é a base de todo trabalho. Nesse momento ensina-se ao paciente a reconhecer e saber diferenciar suas Crenças Centrais (Desamor, Desvalor, Desamparo), suas Crenças Intermediárias (Regras e Pressupostos) e seus pensamentos distorcidos, além de ensiná-los a corrigir esses pensamentos. O paciente começa a perceber como ele se relaciona consigo, com os outros e com o mundo. Normalmente é feita logo nas primeiras sessões, mas pode ser retomada, caso o terapeuta perceba que os conceitos não foram bem assimilados ou a adesão ao tratamento não está de acordo com o que o terapeuta avalia ideal para aquele paciente (BECK, 2013).

## **Aplicação das escalas de Beck**

Beck criou escalas que nos ajudam a medir o humor do paciente em cada sessão. As escalas são chamadas de BAI (Escala de Ansiedade), BDI (Escala de depressão), BHS (Escala de Desesperança) e BSI (Escala de Ideação Suicida). A última só será utilizada se o terapeuta achar necessário ou de acordo com os escores apresentados na BHS (BECK, 2010).

## **Respiração Diafragmática e Relaxamento Progressivo**

A Respiração Diafragmática é uma técnica que é ensinada ao paciente para que ele em momentos de tensão possa utilizar em qualquer local que ele estiver e conseguir, com isso, diminuir as sensações físicas que a Ansiedade causa e poder corrigir os pensamentos que naquele momento estão ativando crenças desadaptativas. Feita diariamente, assim como a técnica do Relaxamento Progressivo, traz mais estabilidade e menor frequência nas crises (CLARCK, DAVID A. et al, 2012).

O relaxamento Progressivo foi descrito por Edmund Jacobson e tem por características a contração e relaxamento de grupos musculares específicos e conforme o comando do terapeuta. O paciente contrai o músculo de 5 a 7 segundos, percebe a tensão e depois relaxa, prestando atenção ao relaxamento e a sensação que isso proporciona. O objetivo é facilitar a detecção de tensão e aguçar a capacidade do paciente de discriminar entre sensações de tensão e relaxamento. (CLARCK, DAVID A. et al, 2012).

### **Midfuness e Atenção Plena**

Treinamento em abordagem de mindfulness ajuda o paciente a tirar o foco de seu pensamento negativo. A intenção é ensinar o paciente uma forma diferente de tomar consciência e estabelecer relação com seu pensamento negativo. Pensamentos, sentimentos e sensações negativas devem ser observados e descritos, mas não avaliados. A intenção é reduzir ou até neutralizar cognições ansiosas. Praticada diariamente tem reduzido drasticamente os comportamentos ansiosos bem como a incidência de recaídas (CLARCK, DAVID A. et al, 2012).

### **Aceitação e Compromisso**

A técnica de Aceitação e Compromisso alia-se a de Mindfulness e Atenção Plena, além de outros conceitos como: defusão cognitiva, eu como contexto, estar presente e valores (que não serão abordados no presente trabalho) que traz grandes benefícios aos pacientes que apresentam Transtorno de Ansiedade Generalizada (CLARCK, DAVID A. et al, 2012).

Aceitação: é uma abertura à experimentar pensamentos e sentimentos com consciência não crítica; a acolher pensamentos e sentimentos como eles são e não como eventos que devem ser controlados ou mudados (CLARCK, DAVID A. et al, 2012).

Ação de Compromisso: isso envolve escolher metas específicas e então assumir responsabilidade por mudanças comportamentais, adaptando e persistindo

com padrões comportamentais que levarão a metas desejadas (CLARCK, DAVID A. et al, 2012).

### **Regulação Emocional**

A regulação emocional é um conjunto de técnicas que tem como principal propósito capacitar o paciente a enfrentar seus medos e pensamentos e crenças distorcidas de uma maneira menos intensa. Funciona como um ajuste fino das emoções (LEARH, et al, 2013)

LEARH, et al, 2013 em Regulação Emocional, diz :

A Adaptação aqui é definida como a implementação de estratégias de enfrentamento adaptativas que incrementem o reconhecimento e processamento das reações úteis que estimulam, tanto a longo quanto a curto prazo, um funcionamento mais produtivo, definido por metas e propósitos valorizados pelo indivíduo.

## 5. DISCUSSÃO

De acordo com Barros 2009, toda informação obtida numa anamnese tem dois componentes: um cognitivo e o outro afetivo ou emocional e que todos os pacientes estão ansiosos durante o contato inicial.

A entrevista inicial tem como principal objetivo colher o maior número de informações possíveis, a fim de detectar as queixas trazidas pelo cliente, bem como os fatores que podem corroborar ou atrapalhar o processo terapêutico, além de nos ajudar na identificação de demanda de outros recursos para o cuidado com o paciente em questão, como questões médicas, por exemplo,(TRINCA, 1984).

De acordo com Kohlsdorfa (2009 apud DE ROSE, 2001 e SKINNER, 1957/1978) o relato é uma das fontes de dados mais amplamente utilizadas não apenas na Psicologia, mas em outras áreas de conhecimento, portanto, fidedignidade da informação, e o cuidado na coleta, são fatores muito importantes no processo.

Sendo assim, o exame de atitudes, relatos e opiniões, a partir de questionários, escalas e inventários, é de grande valia ao informar a percepção do indivíduo sobre diversos aspectos de seu comportamento e do comportamento alheio, mas há um problema crucial no status do “relato verbal”: até que ponto o comportamento relatado corresponde ao comportamento efetivo? O dado obtido seria a tendência do comportamento, a percepção do falante sobre seu próprio comportamento ou, ainda, o comportamento desejável socialmente? (KOHLSDORFA, 2009).

Em Psicologia Cognitivo Comportamental, Judith Beck (2013) descreve que o relato também nos demonstra como o indivíduo se relaciona consigo, com os outros e com o mundo , e que o evento, estado e fenômeno que não podem ser acessados de forma fácil ou direta.

A atenção na coleta de dados deve ser evidenciada aqui, pois mesmo em situações que não sejam percebidas como ameaçadoras ou punitivas, existe sempre a possibilidade de que alguns indivíduos não revelem seus comportamentos, em decorrência de uma história de reforçamento, reforçamento esse, que acontece naturalmente na sociedade e por isso o indivíduo pode priorizar relatos socialmente desejáveis, e mascarar o processo (KOHLSDORFA, 2009).

Segundo Cerqueira (2000, apud Kohlsdorfa et al, 2009) as respostas de enfrentamento podem ter como objetivo neutralizar ou diminuir a situação aversiva, dominando a situação ou diminuindo a ativação fisiológica provocada pelo contexto, garantindo assim o equilíbrio e bem-estar psicológico do indivíduo. Afirma que apenas ao lembrar-se de algo aversivo para relatarmos a situação ao psicólogo as pessoas sentem como se estivessem revivendo as situações aversivas, e podem enfrenta-las de forma mais ou menos ansiogênica, e alerta que, muitas vezes, a nomeação do comportamento pode ser equivocada por parte do paciente.

Skinner (1989/1991) exemplifica que:

o comportamento verbal “estou ansioso” pode não corresponder às manifestações fisiológicas que acompanham a ansiedade (mudança no tônus muscular, frequência cardiorrespiratória e pressão sanguínea), além de não possibilitar estabelecer quais contingências apresentam estímulos ansiogênicos.

Ainda conforme De Rose (2001), o pesquisador não sabe, a rigor, quando e quanto pode confiar em um relato verbal, portanto não pode de imediato, apontar a quais estímulos devem recorrer para a previsão e controle do comportamento e não pode afirmar seguramente que o relato verbal do participante descreve fielmente os eventos privados associados a mudanças fisiológicas.

Kohlsdorfa (2009), afirma que o autorrelato é a base da coleta de dados, mas que a respeito de enfrentamento, a principal dificuldade reside na impossibilidade de garantir relatos fidedignos de comportamento. Segundo ela, isso acontece porque alguns indivíduos podem não relatar a adoção de estratégias de enfrentamento baseadas na emoção, devido a uma história de reforçamento que atribui um valor indesejável a tais comportamentos, completa dizendo que o ouvinte pode inadvertidamente modelar o conteúdo dos relatos de tal modo que o relator venha dizer o que o ouvinte espera ouvir.

A Teoria Cognitivo Comportamental, trás técnicas diversas, e algumas delas são exemplificadas neste trabalho, muito eficientes no combate ou na diminuição dos sintomas da Ansiedade. A aplicação dessas técnicas logo após o relato da queixa pode ajudar o paciente a se sentir melhor, e até mais preparado para se deparar com seu objeto ou situação gatilho do Transtorno de Ansiedade Generalizada. Sem armar seus sistemas de defesa ou suas estratégias de

enfrentamento possivelmente teremos uma Conceituação Cognitiva ou até mesmo uma anamnese mais fidedignas e sem tanto sofrimento do paciente ao se deparar com fatores causadores de sintomas psíquicos e emocionais e, conseqüentemente, maior adesão ao tratamento.

## **6.CONCLUSÃO**

Poucas pesquisas foram encontradas no que se refere a anamnese, coleta de dados ou autorrelato, palavras-chave utilizadas na pesquisa, apesar disso, foi possível perceber que a TCC pode ser bastante eficaz no Tratamento da Ansiedade Generalizada junto ao tratamento clínico dos pacientes.

A coleta de dados feita em consultório pelo psicólogo pode demandar tempo e prolongar o sofrimento do paciente, quando a necessidade for pura e simplesmente obter um diagnóstico, nesse sentido a conceitualização colaborativa traz benefícios mais rápidos, já que as técnicas propriamente ditas podem ser aplicadas de maneira concomitante com a investigação do histórico.

A aplicação das técnicas da TCC antes da coleta de dados (ou qualquer que seja a técnica definida para buscar o histórico do paciente) melhora gerenciamento do estresse causado pela doença, melhora o enfrentamento dos gatilhos que provocam as crises, além de ajudar capacidade em se relacionar, e proporcionar uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Fabíola et al. **A amígdala e a tênue fronteira entre memória e emoção** Departamento de Fisiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN. Nov. 2007

BARROS, Ivan da Costa, **A História Clínica**, 2004. Disponível em: <[www.saudedireta.com.br/docsupload/1332097453Anamnese.pdf](http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332097453Anamnese.pdf)> Acesso em : 10 mar. 2017.

BECK Judith S.. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**, Porto Alegre, Artmed – 2013.

BECK, Aaron, CLARCK, David A. **Terapia Cognitiva para Transtornos de Ansiedade: Tratamentos que Funcionam, Guia do Terapeuta**, São Paulo, Artmed, 2012.

BOWLBY, John, **Apego: A Natureza do Vínculo, Volume 1**, São Paulo, Martins Fontes, 2002.

CABALLO, Vicente A, **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**, São Paulo, Santos, 2014.

CASTILLO, Ana Regina GL et al . **Transtornos de ansiedade**. Rev. Bras. Psiquiatria., São Paulo , v. 22, supl. 2, p. 20-23, Dec. 2000.

CERQUEIRA, A. T. A. R. (2000). **O conceito e metodologia de coping: existe consenso e necessidade?** In R. R. Kerbauy (Org.). **Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista** (5a ed., pp. 271-281). Santo André: ESETec.

DE ROSE, J. C. C. (2001). **O relato verbal segundo a perspectiva da análise do comportamento: contribuições conceituais e experimentais**. In R. A. Banaco (Org.). **Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista** (pp. 140-153). Santo André: ESETec.

GORAYEB, Maria Angela M., **Ansiedade? Mate essa Charada!** Novo Hamburgo, Sinopsys, 2004.

KOHLSDORFA, Marina, JUNIORB, Áderson Luiz da Costa, **O Autoretrato na Pesquisa em Psicologia da Saúde: Desafios metodológicos**, Psicol. Argum., Curitiba, v. 27, n. 57, p. 131-139, 2009 abr./jun

KUYKEN Wiliem, PADESKY, Chirstiane A. DUDLEY Robert, **Conceitualização de Casos Colaborativa: o trabalho de equipe com pacientes em terapia Cognitivo Comportamental**, Porto Alegre, Artmed, 2010.

LEAHY, Robert L. **Livre de Ansiedade**, Porto Alegre, Artmed, 2011.

LEAHY, Robert L., **Técnicas de Terapia Cognitiva, manual do terapeuta**, Porto Alegre, Artmed, 2006.

LEAHY, Robert L., TIRCH,Dennis, NAPOLITANO, Lisa A., **Regulação Emocional em Psicoterapia**, Porto Alegre, Artmed, 2013.

LEDOUX, J. **Cérebro Emocional: Os misteriosos alicerces da vida emocional**. Trad: Terezinha Batista dos Santos. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

ÖHMAN, A. (2005). **The role of the amygdala in human fear: Automatic detection of threat**. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 953-958.

PORTO, Patrícia et al . **Evidências científicas das neurociências para a terapia cognitivo-comportamental**. *Paidéia* (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto , v. 18, n. 41, p. 485-494, dez. 2008 .

SKINNER, B. F. (1967). **Ciência e comportamento humano**. (J. C. Todorov & R. Azzi Trans). Brasília: Editora da Universidade de Brasília. (Originalmente publicado em 1953).

SKINNER, B. F. (1978). **O comportamento verbal**. (M. P. Villalobos Trans). São Paulo: Cultrix. (Originalmente publicado em 1957).

SKINNER, B. F. (1991). **Questões recentes na análise comportamental**. (A. L. Néri Trans). São Paulo: Campinas. (Originalmente publicado em 1989).

STALLARD, Paul. **Ansiedade: Terapia Cognitiva Comportamental para crianças e jovens**, Porto Alegre, Artmed – 2010.

TRINCA, Walter. **Diagnóstico Psicológico: prática clínica**, São Paulo, EPU-1984.

VISCOTT,David, **A Linguagem dos Sentimentos**, São Paulo, Summus,1982.

WILLIAMS, Mark, PENMAN, Danny, **Atenção Plena, Mindfulness, Como Encontrar Paz em um Mundo Frenético**, Rio de Janeiro, Sextante, 2015.

## Anexos

### Anamnese

Seus dados pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

### Suas Dificuldades e Objetivos

Por favor, liste resumidamente as três dificuldades principais que o levaram a procurar ajuda.

1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_

Por favor, diga o que você quer conseguir com a terapia.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Você e sua Família

1- Qual o seu local de nascimento?

\_\_\_\_\_

2- Por favor, dê alguns detalhes sobre o seu PAI ( se souber)

Qual a idade dele atualmente? \_\_\_\_\_

Se ele não está vivo, com que idade morreu? \_\_\_\_\_

Qual é ou era a ocupação dele? \_\_\_\_\_

Por favor, conte alguma coisa sobre seu pai, seu caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ele.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Por favor, dê alguns detalhes sobre sua Mãe (se souber)

Qual é a idade dela atualmente? \_\_\_\_\_

Se ela já não está viva, com que idade morreu? \_\_\_\_\_

Que idade você tinha quando ela morreu? \_\_\_\_\_  
Qual é, ou era, a ocupação dela? \_\_\_\_\_

Por favor, conte alguma coisa sobre sua mãe, seu caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ela.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Se houver alguns problemas no seu relacionamento com seus pais, por favor, descreva o(s) mais importante(s).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O quanto isso o incomoda atualmente? (por favor, circule)

Em absoluto   Um pouco   Moderadamente   Muito   Não poderia ser pior

**5. Seus irmãos e irmãs** (se souber)

Quantos filhos, incluindo você, há na sua família? \_\_\_\_\_

Por favor, dê seus nomes e outros detalhes listados abaixo. Inclua você, e comece pelo mais velho. Inclua também meio-irmãos, filho de padrasto ou madrasta ou outras crianças adotadas por seus pais e indique quem são elas.

<b>Nome</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Comentários</b>

Por favor, descreva as relações com seus irmãos, se são benéficas ou problemáticas para você.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Como era o clima geral na sua casa?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Houve alterações importantes, por exemplo, mudanças ou outro evento significativo, durante a sua infância ou adolescência? Inclua alguma separação da família. Por favor, dê as idades aproximadas e detalhes.

---

---

---

---

8. Houve mais alguém que tenha sido importante para você durante a sua infância, (p.ex., avós, tias/tios, amigo da família, etc.)? Em caso positivo, você poderia nos contar alguma coisa sobre ele(a)?

---

---

---

---

9. Alguém na sua família já recebeu tratamento psiquiátrico?

Sim ( ) Não ( ) Não tenho certeza ( )

10. Alguém na sua família tem história de doença mental, álcool ou abuso de droga?

Sim ( ) Não ( ) Não tenho certeza ( )

Em caso positivo, preencha:

<b>Membro da Família</b>	<b>Lista de problemas psiquiátricos, com álcool ou drogas</b>

11. Algum membro de sua família já morreu por suicídio? S/N

Em caso positivo, qual seu grau de parentesco com essa pessoa?

**Sua Educação**

1. a) Por favor, conte alguma coisa sobre sua escolaridade e educação.

---

---

---

---

b) Você gostava da escola? Houve algum sucesso ou dificuldade em particular? Quais foram os mais importantes?

---

---

---

O quanto isso o incomoda? (por favor, circule)

Em absoluto   Um pouco   Moderadamente   Muito   Não poderia ser pior

**Sua História Laboral**

1. Que atividade ou papel principal desempenha atualmente?

---



---



---

2. Por favor, conte alguma coisa sobre sua vida laboral passada, incluindo os empregos e treinamentos que fez.

---

3. Houve dificuldades particulares? Quais foram as mais importantes?

---



---

**Experiências de Acontecimentos Perturbadores**

1. Às vezes acontecem coisas às pessoas que são extremamente perturbadoras- coisas como estar em uma situação de ameaça de vida, como um desastre importante, um acidente muito grave ou um incêndio; ser agredido fisicamente ou estuprado; ou ver outra pessoa ser morta, muito ferida ou ficar sabendo de algo terrível que aconteceu a alguém próximo a você.

Em algum momento durante a sua vida, este tipo de coisas aconteceu com você?

a) Em caso negativo, por favor, marque aqui. \_\_\_\_\_

b) Em caso positivo, por favor, liste os eventos traumáticos.

Descrição Breve	Data (mês/ano)	Idade

Caso tenha sido listado algum evento: Às vezes as coisas ficam voltando em pesadelos, *flashbacks* ou pensamentos dos quais você não consegue se livrar. Isso já aconteceu a você?

Sim ( )

Não ( )

Em caso negativo: E quanto a ficar muito perturbado quando você esteve em uma situação que lhe fez lembrar de uma dessas coisas terríveis?



---

---

---

---

d) Se houver problemas no relacionamento com o seu parceiro, por favor, descreva o(s) mais importante(s).

---

---

---

---

O quanto isso lhe incomoda atualmente? (circule)  
Em absoluto Um pouco Moderadamente Muito Não poderia ser pior

2. Como é sua vida sexual? Você tem alguma dificuldade em sua vida sexual? Em caso positivo, por favor, tente descrevê-la.

---

---

---

---

O quanto isso lhe incomoda atualmente? (por favor, circule)  
Em absoluto Um pouco Moderadamente Muito Não poderia ser pior

**Sobre seus filhos** (se souber)

a) Se você tiver filhos, liste-os por ordem de idade. Por favor, indique algum filho de casamento(s) anterior(ES) e filhos adotados; indique quem eles são.

Nome	Ocupação	Idade	Sexo	Comentários

b) Por favor, descreva seu relacionamento com seus filhos. Se houver alguma dificuldade com seus filhos descreva a(s) mais importante(s).

---

---

---

---

O quanto isso lhe incomoda atualmente? (por favor, circule).  
Em absoluto Um pouco Moderadamente Muito Não poderia ser pior

**Sua História Psiquiátrica**

1. Você já foi hospitalizado por algum motivo emocional ou psiquiátrico? S / N

Data	Nome do Hospital	Razão para hospitalização	Foi útil?

2. Você já recebeu tratamento psiquiátrico ou psicológico ambulatorial? S / N

Em caso positivo, preencha o seguinte:

Data	Nome do Profissional	Razão para tratamento	Foi útil?
			S/N
			S/N

3. Você tomou ou está tomando alguma medicação por motivos psiquiátricos?  
S / N

Em caso positivo, preencha o seguinte:

Medicação	Dosagem	Frequência	Nome do médico que prescreveu.

4. Você já tentou suicídio? S / N

Em caso positivo, quantas vezes você tentou suicídio?

Data aproximada	O que exatamente você fez para se machucar?	Você foi hospitalizado?

### Sua História Médica

1. Quem é seu clínico geral?

Nome	
Endereço do Clínico	

2. Qual foi a última vez que você fez um check up?

\_\_\_\_\_

3. Você foi tratado pelo seu clínico geral ou foi hospitalizado neste último ano? S / N

Em caso positivo, por favor, especifique.

\_\_\_\_\_

4. Houve alguma mudança na sua saúde geral neste último ano? S / N  
Em caso positivo, por favor, especifique.

5.No momento você está tomando alguma medicação não – psiquiátrica ou drogas de prescrição? S /N

Medicações	Dosagem	Frequência	Razão

6.Você já teve ou tem uma história de (marque todos os que se aplicam)

Derrame-S/N	Febre Reumática S/N	Cirurgia Cardíaca S/N
Asma S/N	Sopro Cardíaco S/N	Ataque Cardíaco S/N
Tuberculose S/N	Anemia S/N	Angina S/N
Úlcera S/N	Hipertensão ou Hipotensão S/N	Problemas de tireóide S/N
Diabete S/N		

Você já teve ataques, acessos, convulsões ou epilepsia S / N

Você tem prótese de válvula cardíaca? S/N

Você tem alguma condição médica atual? S / N

Em caso positivo, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

### História de Uso de Álcool e Drogas

1.O seu uso de álcool já lhe causou algum problema? S/ N

2.Alguém já lhe disse que o álcool lhe causava algum problema ou reclamou sobre o seu comportamento de beber? S/ N

3.O seu uso de drogas já lhe causou algum problema? S/ N

4.Alguém já lhe disse que as drogas lhe causavam algum problema ou reclamou sobre o seu uso delas? S/ N

5.Você ficou “viciado” em alguma medicação prescrita ou já tomou mais do que deveria? S/ N

Em caso positivo, por favor, liste essas medicações:

---



---



---

6.Você já foi hospitalizado, entrou em programa de desintoxicação ou esteve em algum programa de reabilitação por problemas com alguma droga ou álcool? S/N

Em caso positivo, quando e onde você foi hospitalizado?

---

---

**Seu Futuro**

1.Por favor, mencione alguma satisfação particular que você obtém com a sua família, sua vida laboral ou outras áreas que são importantes para você.

---

---

---

---

---

2.Você poderia contar alguma coisa sobre seus planos, esperanças e expectativas para o futuro.

---

---

---

---

---

## **Termo de Responsabilidade Autoral**

Eu **GABRIELA SILVEIRA NUNES**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental, sob o título "**TCC NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE GENERALIZADA E SUAS TÉCNICAS**", isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Aluno (a)