



Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

ANGRA DE BRITO ALMEIDA

**LIDANDO COM OS SINTOMAS DE ANSIEDADE E MEDO DE
DIRIGIR: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

SÃO PAULO

2017

ANGRA DE BRITO ALMEIDA

**LIDANDO COM OS SINTOMAS DE ANSIEDADE E MEDO DE
DIRIGIR: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

**Trabalho de conclusão de curso de especialização
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.

ALMEIDA, Angra de Brito.

Lidando com os sintomas de ansiedade e medo de dirigir: uma proposta de intervenção.

Angra de Brito Almeida, Renata Trigueirinho Alarcon, Eliana Melcher Martins – São Paulo, 2017.

85 f. + CD-ROM

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

Coorientadora: Prof^a. Msc. Eliana Melcher Martins

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Renata Trigueirinho Alarcon

1 Lidando com os sintomas de ansiedade e medo de dirigir 2. Uma proposta de intervenção.

I Almeida, Angra de Brito. II Martins, Eliana Melcher. III Alarcon, Renata Trigueirinho.

Angra de Brito Almeida

Lidando com os sintomas de ansiedade e medo de dirigir: uma proposta de intervenção.

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 este projeto a todas as mulheres que passaram ou vão passar pelo processo de direção e que de alguma maneira sentiram-se desanimadas e desencorajadas a dirigir por diversos motivos. Essa dedicatória é também para todos os meus pacientes que fiz algum tipo de intervenção: psicoeducação, palestras e psicoterapia focada para os sintomas do medo de dirigir ao longo desses cinco anos de trabalho. Não deixaria de mencionar todos os profissionais (orientadora, colegas de trabalho, do curso da CETCC, da pós, professores e coordenadores, mestres da TCC e do CETCC) da Terapia cognitivo-comportamental que tive o privilégio de trocar informações, conhecimento e experiência e que fizeram com certeza parte do meu aprendizado e deste projeto.

AGRADECIMENTOS

O conteúdo desta monografia é o resultado de um projeto que abrange a complexidade da fobia específica apresentada e suas problemáticas. Porém, pautado na busca por métodos confiáveis, materiais sólidos e ao mesmo tempo inovadores. Isso só foi possível com o suporte da orientadora Renata Alarcon, a quem dedico um agradecimento especial por contribuir com suas orientações, amparo científico e apontamentos depositados.

Desejo agradecer também aos meus familiares e amigos pelo carinho, companheirismo, troca de informações e por acreditar no meu potencial. Agradeço a minha querida irmã Helda de Brito Almeida, pelos constantes incentivos, apoio técnico e emocional. Por sempre estar ao meu lado, mesmo a distância se faz presente.

Meus agradecimentos à instituição CETCC e seus profissionais pela contribuição de conhecimento, direcionamento no aprendizado e auxílio técnico. Ao coordenador Élcio Martins por facilitar o meu engajamento nos estudos da CETCC.

“Se pudermos reorientar nossos pensamentos e emoções e reorganizar nosso comportamento, então poderemos não só aprender a lidar com o sofrimento mais facilmente, mais, sobretudo e em primeiro lugar, evitar que muito dele surja”.

Uma ética para o novo milênio, p. vii.

Dalai Lama

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo trazer a tona informações pertinentes sobre o medo de dirigir veículos, não só explorar a problemática, mas discorrer sobre o processo que ocorre nesse fenômeno, abordando questões como: medo e ansiedade; emoção inata versus fobia específica; o sofrimento do sujeito acometido pelo medo e a ansiedade e suas limitações; o trânsito congestionado e seus motoristas; profissionais despreparados para lidar com a demanda; familiares incapacitados para ajudar na questão, alimentando muitas vezes pensamentos distorcidos: “Nunca vou dirigir”; profissionais sem o devido aparato. Todas as questões citadas acima colaboram para o sofrimento do paciente, que se sente ainda mais incapacitado e desestimulado ao enfrentamento dessa questão. O trabalho veio para quebrar os tabus e nortear pacientes, familiares e profissionais a respeito do fenômeno. O atendimento psicológico traz uma proposta de intervenção personalizada, focada na problemática, com breve duração, direcionada com as técnicas e ferramentas da abordagem terapia cognitiva comportamental. A mesma foi estruturada desde a primeira sessão até última deslumbrando todas as facetas e problemáticas do fenômeno do medo de dirigir veículos. Foi executada uma busca nas bases dados da literatura e em artigos científicos. É relevante mencionar a escassez de fontes, não foram encontradas bases de dados que possam abranger por completo todos os fenômenos do tema. O trabalho teve o intuito de informar e transmitir o conhecimento a respeito do tema e inspirar novos trabalhos nessa área.

Palavras chave: Terapia Cognitiva, Protocolo de atendimento, Fobia específica.

ABSTRACT

The aim of the present study was to bring up relevant information about the fear of driving; not only to explore the problem, but to discuss the process that occurs during this phenomenon. Are addressed issues such as fear and anxiety, innate emotion versus specific phobia, the suffering of the driver affected by fear and/or anxiety and his limitations, congested traffic and others drivers, unprepared professionals to deal with demand of drivers and yours family members unable to help, often creating distorted thoughts like "I'll never drive", professionals without the appropriate knowledge and evaluation instrument. All of the above issues contribute to the hardship of the patient, who feels even more incapacitated and discouraged face the challenge of to drive. This study came to break taboos and guide patients, family and professionals about the fear and anxiety of to drive. Psychological care brings a personalized intervention proposal, focused on the problematic, with brief duration, directed with the techniques and tools of the cognitive behavioral therapy approach. This proposal was structured from the first session until last, clearing all the facets and problematic of the phenomenon of the fear of driving vehicles. A search was performed on the databases of literature and scientific articles. It is relevant to mention the scarcity of sources, no studies were found that could completely cover all the phenomena of the theme. Finally, the aim of this study was to inform and transmit knowledge about the theme and to inspire new work in this area.

Key words: Cognitive Therapy, Protocol of care, Specific phobia.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo cognitivo com os personagens do filme Divertidamente /Pensamentos e emoções.....	28
Figura 2. Esquema do medo de Luta X Fuga.....	28
Figura 3. Entendendo os problemas do Modelo Cognitivo.....	30
Figura 4. Estrutura Cognitiva.....	41

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Apresentação do tema	10
1.1.1. Sintomas de ansiedade e medo	11
1.1.2. Aquisição da aprendizagem do motorista.....	11
1.1.3. Terapia cognitiva comportamental (tcc).....	13
2. OBJETIVO.....	15
2.1. Objetivo geral	15
2.1. Objetivo específico	15
3. METODOLOGIA/ PROCEDIMENTO	16
4. RESULTADOS	17
4.1. Protocolo de atendimento de 12 sessões.....	19
4.1.1. Detalhamento das etapas dos procedimentos das sessões.....	23
4.1.2. Psicoeducação da ansiedade e do medo.....	26
4.1.3 Entendendo o processo de direção/conscientização corporal e cognitiva	33
4.1.4 Reestruturação cognitiva/ erros cognitivos.....	35
4.1.5 Desenvolvimento de hierarquia de medo	37
4.1.6 Crenças pessoais/ pressupostos.....	40
4.1.7 Flexibilizando crenças/ novas regras e atitudes	43

4.1.8 Resolução de problemas/ experimentos comportamentais.....	44
4.1.9 Assertividade.....	46
4.1.10 Prevenção de recaídas.....	47
4.1.11. Avaliação dos resultados.....	49
4.1.12 Sessão de reforço	50
5. DISCUSSÃO	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	58
ANEXO I - Formulário de auxílio à coleta de dado.....	58
ANEXO II - RESUMO - Diagrama de Conceituação Cognitiva - (Beck, 1997)	70
ANEXO III - Registro de Pensamentos Automáticos – RPD3	74
ANEXO IV - Registros de Pensamentos Disfuncionais – RPD5.....	75
ANEXO V - Ansiedade: Como identificar e lidar com seu pensamento automático disfuncional?.....	76
ANEXO VI - Debate Socrático/ com Exames de Evidências	77
ANEXO VII - Distorções Cognitivas.....	78
ANEXO VIII - Registro de pensamentos disfuncionais RPD	83
ANEXO IX - Seta Descendente.....	84
ANEXO X - Termo de Responsabilidade Autoral	85

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do tema

As pesquisas apontam um crescimento relevante no número de pessoas que sofrem com o medo de dirigir o veículo, na sua maioria mulheres. Cantini et al. (2013), esclarecem sobre o fato da maioria dos indivíduos acometidos pelo medo de dirigir serem do sexo feminino. A demanda só aumenta a cada dia nas grandes capitais, levando em consideração o cenário do trânsito caótico em grandes metrópoles, a falta de paciência com o outro e muito menos com quem está aprendendo, mesmo considerando o fato de que o motorista iniciante tem o direito de transitar nas ruas e avenidas como qualquer outro motorista, desde que tenha a CNH. Mesmo com a lei a seu favor, o condutor iniciante não é respeitado e enfrenta muitas dificuldades para se engajar nesse processo de direção.

No geral, mulheres além de serem acometidas pelos sintomas de medo e ansiedade diante da situação temida, passam a ser subjugadas por seus familiares e pela sociedade. São constantemente taxadas e rotuladas como fracas, incapazes, burras, entre outros estigmas. Tal ocorrência influencia diretamente na sua autoestima. Questões como essas resultam em maior insegurança e falta de motivação por parte do sujeito que esta tentando superar não só as dificuldades que o trânsito apresenta, mas também as emoções de medo e ansiedade inerentes do processo inicial (PASTORE, 2008). A forma como o motorista iniciante percebe esses fatores vai ser crucial para aquisição completa da direção ou a evitação da situação, podendo resultar em uma fobia específica: o medo e a ansiedade que surgem diante da situação temida. Leahy (2011), discorre sobre o processo de evitação, apontando esse aspecto como predominante na manutenção da fobia específica.

Apesar de haver uma grande demanda solicitando ajuda para resolução deste problema, existem poucos profissionais capacitados para trabalhar com as questões que a fobia específica apresenta. Há uma carência de fontes e materiais que possam nortear os profissionais.

1.1.1 Sintomas de ansiedade e medo

Medo e ansiedade são emoções universais, fazem parte do dia a dia de qualquer ser humano e são fundamentais para preservação da espécie, pois o sujeito entra em um estado de alerta, predominando reações de luta versus fuga em situações de perigo, sejam elas reais ou não. Nesta fase do processo, evitar, fugir, ou se livrar do perigo é primeira ação do cérebro, o indivíduo não analisa ou calcula a dimensão do risco. A ansiedade está mais relacionada ao ato de antecipar o evento ou situação temida, desencadeando uma série de reações fisiológicas: o coração acelera, as mãos suam, os músculos ficam tensos, entre outras reações. A emoção medo é primária e é gerada diante do perigo eminente ou situação de risco. O medo gera reações fisiológicas muito mais intensas que a ansiedade, porém por menos tempo (PASTORE, 2008).

Entretanto, tais emoções perdem a sua função principal quando desencadeadas diante de perigos que não são reais, fazendo com que o sujeito evite ou fuja de situações que não apresentam perigo eminente, mas que se tornam ameaçadoras através de sua visão distorcida da realidade. O não enfrentamento aumenta ainda mais o medo e a ansiedade, tornando-se um processo de retroalimentação. Sendo assim, os pensamentos automáticos são responsáveis pelo medo e ansiedade, desencadeando por sua vez reações corporais, e resultando em comportamentos de evitação e fuga (KNAPP, 2004).

1.1.2 Aquisição da aprendizagem do motorista

O comportamento de aprender a dirigir um automóvel é algo extremamente complexo. É necessário adquirir um conjunto de habilidades completamente novas e diferentes do cotidiano do indivíduo, tais como: coordenação motora, atenção, memória, equilíbrio emocional e noções básicas do trânsito. Dirigir envolve múltiplas funções do corpo, ou seja, movimentos precisos para executar no carro. Rozestrater (1981) menciona que o comportamento de dirigir envolve múltiplas questões. Ele cita o processo de informações, a memória, atenção, entre outras; fazendo parte de um conjunto de habilidades a serem desenvolvidas para um controle de direção adequada. Exemplo: o controle dos pés nos pedais esquerdo e direito, mãos no

volante e nas marchas. Para o cérebro executar as funções citadas ele processa a informação necessária, calcula os passos a serem executados para então colocá-los em prática. Bellina (2005), deslumbra o fato do comportamento de dirigir tornar-se automático apenas com a prática constante, em diversos contextos do trânsito.

Ladewig (2000) explana sobre o processamento do cérebro no contexto da aprendizagem, ele cita que o cérebro poderá conseguir uma rápida mensuração do ato, porém o corpo requer um tempo maior para adequação. São necessárias algumas sequências repetitivas até que o ato, em algum momento, se torne automático. Com a coordenação motora automática, o indivíduo conseguirá focar em outras habilidades necessárias, como a atenção dentro e fora do carro. A atenção concentrada refere-se à habilidade de focar apenas em um aspecto, como o ato de pisar no acelerador e no freio dosando a força e o movimento do pé, ou seja, focar na execução do movimento dentro do carro. Já a atenção difusa é o ato de focar em várias coisas ao mesmo tempo, como a atividade fora do carro e no trânsito em si.

Cantini et al. (2013) trazem a tona um dado significativo no estudo sobre medo e evitação de veículos. O fato que 73% dos entrevistados evidenciaram algum tipo de dificuldade técnica, ou seja, a falta de habilidades práticas na direção. Eles citam entre eles pontos como: dificuldades na troca de marchas, noção de espaço, dificuldade em estacionar e questões no trânsito intenso e em rodovias. Cantini et al. (2013), fazem também uma correlação entre os artigos pesquisados e informam que as pessoas com medo de dirigir necessitaram de um tempo maior para adequação no processo de direção.

Muitos indivíduos tendem a ter esse processamento de informação automática de forma distorcida, perdendo a sua função inicial. Pensamentos negativos, como “vou bater o carro”, “vou matar alguém”, “vou morrer”, são gerados de forma espontânea diante de um ato tão complexo como aprender a dirigir. O motorista iniciante poderá desencadear uma série de pensamentos automáticos (distorcidos) diante de uma dificuldade de aprendizado. Cantini et al. (2013), confirmam nos seus estudos tais aspectos. Eles expõem dados pertinentes sobre a cognição dos participantes, apontam pensamentos distorcidos sobre errar, causar acidentes e perder o controle do carro. Há uma conexão entre pensamentos distorcidos e os sintomas de medo de dirigir, e as reações corporais.

Tais pensamentos desencadeiam um nível auto de ansiedade e medo, atrapalhando a aquisição das habilidades técnicas, já que as sensações corporais geradas diante disso são extremamente desconfortáveis. Se o indivíduo consegue manejar esse processo e persiste na tarefa, ele aprenderá a dirigir com eficácia. Segundo as pesquisas, muitas pessoas desistem do ato de dirigir, interrompendo a aquisição completa por acreditar que nunca serão capazes de conduzir um veículo com eficácia no trânsito de São Paulo (PASTORE, 2008).

As pessoas não dirigem bem quando não estão conscientes do que estão fazendo. Aquelas com muito medo de dirigir, em certos momentos de ansiedade, perdem a noção do que estão fazendo. O domínio do emocional fica de lado e passa a existir o descontrole. A ansiedade toma conta dos pensamentos e a mente fica vazia, como se a pessoa tivesse esquecido tudo o que aprendeu. Estacionar o carro e respirar calmamente pode ajudar a voltar ao equilíbrio. Dirigir com o coração disparado e com muita ansiedade não traz efeitos positivos (PASTORE 2008, p. 131).

Com base nas habilidades adquiridas o indivíduo se tornará apto no processo de direção. Portanto, o motorista iniciante passa por várias etapas até que o processo de adequação se torne automático. As emoções medo e ansiedade são normais nessas etapas, porém em um grau elevado podem interferir ou até interromper o processo (CANTINI et. al., 2013).

1.1.3 A Intervenção da terapia cognitiva comportamental na fobia

A terapia cognitiva comportamental (TCC) é uma abordagem que visa trabalhar os pensamentos distorcidos que influenciam nas emoções e comportamento dos seres humanos. Os pensamentos negativos geram emoções de medo, ansiedade, desesperança, angústia, acarretando o comportamento de evitar e fugir. Tais conceitos são vistos pela terapia cognitiva comportamental como processo natural do ser humano que programa, articula, e gerencia a vida do indivíduo, influenciando em suas escolhas do dia a dia e até em decisões importantes da vida (BECK, 2013).

Essa abordagem tem como características principais os seguintes elementos: A psicoeducação do paciente com relação às técnicas, o entendimento da sua problemática, a identificação de padrões distorcidos ou inadequados, a

reestruturação cognitiva, o equilíbrio de emoções como medo e ansiedade e a mudança de comportamentos. Em resumo, tal abordagem se propõe a manejar o processo distorcido a nível cognitivo de forma mais profunda e duradoura, conseqüentemente trazendo alívio de sintomas e mudanças comportamentais (BECK, 2013).

A terapia cognitiva comportamental é primordial nos casos que apresentam dificuldades no processo de evitação, sendo eficaz devido suas características, como o trabalho do rompimento de processos mentais distorcidos, o enfrentamento de situações temidas, o trabalho focado e em curto prazo (KANAPP, 2004). Por isso a importância de esclarecer que o ato de dirigir é complexo e necessita do engajamento de profissionais especializados no assunto, como psicólogos que entendam o processo de aquisição da direção.

A abordagem da terapia cognitiva comportamental intervém no processo cognitivo e nos comportamentos inadequados. Uma abordagem educativa, resolutiva e focada, características que facilitam a intervenção da problemática durante aprendizado da direção.

São várias as etapas que o ser humano passa durante o processo de direção. As etapas são complexas e exigem técnicas específicas que possam manejar as diversas dificuldades tanto a nível técnico quanto emocional. O foco é entender o ciclo do processo e quais as resoluções utilizadas dentro da abordagem TCC (KANAPP, 2004).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo desse trabalho foi apresentar as possibilidades de intervenção feitas pelo Terapeuta Cognitivo Comportamental na problemática durante o processo do aprendizado da direção. O Objetivo central dessa monografia foi trazer como foco as ferramentas eficazes dentro das técnicas da TCC.

2.2 Objetivo específico

O objetivo específico foi introduzir e esclarecer quais as técnicas da terapia cognitiva comportamental são mais adequadas para o tratamento do medo de dirigir. Apresentando um protocolo semiestruturado, orientado e focado na problemática, de forma que a intervenção possa acolher toda a demanda que o caso de fobia específica apresenta.

3. METODOLOGIA / PROCEDIMENTO

Foi construído um protocolo de intervenção com os achados bibliográficos referente ao assunto. Bases de dados pesquisadas: Scielo, Google Acadêmico, Periódicos Capes, Bireme, Pubmed e livros. Palavras chave utilizadas: *medo e ansiedade no trânsito, aprender a dirigir, fisiologia do medo e ansiedade*. Key words used: *fear and anxiety in traffic / learn to drive*.

Critérios de inclusão e exclusão:

Inclusão: Artigos e livros relacionados à terapia cognitiva comportamental, emoções de ansiedade e medo e processo de aquisição de dirigir.

Exclusão: material sobre pessoas que dirigem e não sentem medo ou ansiedade, intervenções e técnicas de abordagem psicanalítica ou humanista.

4. RESULTADOS

Os dados obtidos são um conjunto de correlações de uma série de pesquisas e materiais cuidadosamente escolhidos pelo teor de sua eficácia. Foram analisados métodos e técnicas correspondentes à abordagem da terapia cognitiva comportamental voltada para os sintomas específicos da ansiedade e medo de dirigir.

Deste modo, a pesquisa abriu um campo para o olhar diferente sobre este processo e para a necessidade de atenção para o sujeito acometido de tais sintomas. Devido à demanda que só cresce, tanto de sintomas simples à fobia específica, há uma grande necessidade de maiores pesquisas nesse campo, e de profissionais informados adequadamente a respeito do assunto.

O medo de dirigir envolve questões tão complexas e uma amplitude relevante de fatores internos e externos ao indivíduo que se faz necessário um atendimento personalizado, uma proposta de trabalho que abranja todas as suas facetas, desde as mais simples até as mais complexas.

Wright, Basco e Thase (2008), discorrem acerca do tema fobia específica, confirmando sobre o processamento de informação distorcida. Como por exemplo, o ato de selecionar ou direcionar a sua atenção para situações ou cenários de conteúdo ameaçador no seu ambiente, sejam reais ou não.

Pesquisando sobre o tema, nos deparamos com o artigo que descreve o medo e o nomeiam como “Amaxofobia”, termo caracterizado como uma fobia específica pela descrição de sua sintomatologia.

Segundo Barp e Cielo (2013), o sujeito é acometido por um medo intenso, muitas vezes só de pensar na ação de dirigir a pessoa sente um grande pavor. A fobia específica de dirigir veículos pode ser caracterizada também pelo seu tempo de duração.

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria em seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais a fobia específica pode ser reconhecida pelo medo e ansiedade em excesso diante de situações ou objetos específicos e distúrbios de comportamentos de maneira persistente, por um longo período de

tempo, entre seis meses ou mais. A emoção de medo e ansiedade é disparada instantaneamente diante da situação fóbica (APA, 2014).

Há basicamente duas teorias principais sobre como passamos a ter uma fobia específica. Uma teoria é a de que nossos medos são aprendidos, seja direta (pela experiência com sequências dolorosas) ou indiretamente (a partir da observação dos outros a demonstrar medo ou a experimentar consequências dolorosas). A segunda teoria é a de que esses medos são inatos. Ambas as teorias têm méritos - estamos predispostos a temer certos estímulos ou situações, mas a experiência pode tornar tudo pior (LEAHY, 2011 p. 49).

Essa fobia manifesta ao sujeito uma sensação de perigo eminente, associadas às respostas espontâneas das reações fisiológicas, como por exemplo, o coração acelerado, desencadeando comportamentos de fuga e comportamentos de segurança (LEAHY, 2011).

A fobia específica é mantida pelo sistema de evitação que o sujeito adota frente ao medo do estímulo ameaçador. Levando em consideração o fato de a evitação retroalimentar o medo específico, esse padrão pode ser rompido pela aproximação sucessiva do objeto ameaçador, ou seja, pela dessensibilização sistemática. Leahy (2011), nos informa também sobre o sistema de desaprendizagem, o medo pode ser desaprendido pela aproximação gradual, até que o estímulo aversivo se torne neutro.

Sujeitos acometidos pelo transtorno de ansiedade se enxergam com menor capacidade para o enfrentamento de situações de possíveis ameaças. O paciente percebe ou interpreta de maneira distorcida as reações fisiológicas, uma tendência a imaginar o perigo maior do que realmente é, ou seja, um erro cognitivo chamado “catastrofização” (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

Wright e seus colaboradores (2008) apontam uma redução significativa de tarefas, nos transtorno de ansiedade, destacando que o desempenho torna-se limitado, apresentando déficits de movimentos, de cognição, entre outros.

Essa fobia específica é extremamente limitadora, já que atinge também o processamento de informação, aumentando consideravelmente as distorções cognitivas e atingindo as funções executivas. Deslumbrando as limitações a cerca do assunto, a escassez de fontes que abordam o tema e avaliando a proficiência das diversas técnicas que a terapia cognitiva comportamental disponibiliza para

transtorno de ansiedade, foi elaborada uma proposta de trabalho para atender a demanda que o paciente apresenta com esse tipo de fobia.

O presente projeto reuniu técnicas e métodos da terapia cognitiva comportamental de forma estruturada, apresentando ferramentas para auxiliar o sujeito acometido pelo medo de dirigir. A proposta de intervenção é baseada em doze sessões semiestruturadas, com a duração de 50 minutos cada, passando para o passo seguinte a cada novo estágio, possibilitando assim, aprender em cada um deles uma ferramenta para lidar com a sintomatologia do medo de dirigir e compreender o processo que envolve todo o comportamento dessa ação.

4.1 Protocolo de atendimento de 12 sessões

A seguir encontra-se a demonstração do protocolo proposto para o atendimento realizado pelo terapeuta TCC.

a. Entrevista inicial /compreensão da demanda

- Compreensão da demanda- Questões sobre os sintomas de ansiedade e medo.
- Coleta de dados
- Desenvolvimento de uma boa aliança terapêutica
- Psicoeducar sobre o modelo cognitivo
- Desenvolvimento da conceituação cognitiva/ Formulação do problema
- Levantamento de metas e objetivos do paciente
- Enquadre/Regras e contrato
- Feedback da sessão

b. Psicoeducação da ansiedade e do medo

- Verificação do humor
- Agenda
- Psicoeducação das emoções
- Materiais de apoio
- Uma explicação breve sobre a fobia

- Modelo cognitivo
- RPD 3 (registro de pensamento distorcido de três colunas)
- Respiração diafragmática
- Aplicação das escalas de Beck
- O reconhecimento do carro
- Tarefa de casa - Atividade de extensão da terapia
- Exercício de casa: monitoramento do humor/ conhecimento do

carro

c. Entendendo o processo de direção/ Conscientização Corporal e Cognitiva

- Verificação do humor
- Agenda: Temas a ser trabalhado
- Compreensão do processo de direção
- RPD 5 (registro de pensamento distorcido de cinco colunas)
- Atividade de extensão para casa
- Treinamento do relaxamento progressivo muscular e com a respiração diafragmática
- Material de apoio
- Atividade de extensão da terapia

d. Erros cognitivos

- Verificação do humor
- Agenda
- Identificando os pensamentos automáticos e as emoções
- Erros de distorções cognitivas
- Atividade para casa: monitoramento e registro dos pensamentos automáticos/ respiração diafragmática

e. Desenvolvimento de hierarquia de medo

- Verificação do humor
- Agenda

- Tarefa de casa
- Fazer uma lista da hierarquia do medo com o cliente
- Exercício de imaginação/ exposição mental
- Dessensibilização sistemática/ exposição gradual
- Desenvolvimento do cartão de enfrentamento
- Material de apoio: cartolina colorida ou folha em branco, pincel colorido
- Respiração diafragmática/relaxamento muscular
- RPD 7 (registro de pensamento distorcido de sete colunas)
- Atividade de extensão da terapia

f. Crenças pessoais/ pressupostos

- Verificação do humor
- Agenda: Temas e objetivos
- Aplicação das escalas de Beck
- Revisão dos exercícios para casa
- Seta descendente para levantamento de crenças
- Identificando crenças e pressupostos/ Identificação dos comportamentos de evitação e de segurança
- Exercício de casa

g. Flexibilizando das crenças/ novas regras e atitudes

- Verificação do humor
- Agenda: Temas e objetivos
- Material de apoio
- Formulários para o treino de identificação e formulação das novas regras
- Avaliação: Identificação e flexibilização de novas regras/ padrões de comportamentos
- Análise de custo e benefício
- Continuação da exposição gradual e metas com o carro

- Exercício para casa

h. Resolução de problemas/ Experimentos comportamentais

- Verificação do humor
- Agenda: Temas e objetivos
- Resoluções de problemas e metas
- Objetivos e passos
- Cartão de enfrentamento
- Atividade para casa

i. Assertividade

- Verificação do humor
- Agenda: Temas e objetivos
- Treinamento de assertividade pessoal e no veículo
- Avaliação da exposição gradual
- Avaliar com cliente a exposição gradual
- Avaliar junto com o cliente o seu processo terapêutico
- Escalas de Beck
- Exercício de casa

j. Prevenção de recaídas

- Checagem do humor
- Agenda: Temas e objetivos
- Exercício de casa
- Prevenção de recaídas
- Atividade para casa

k. Avaliação dos resultados

- Verificação do humor
- Agenda: Temas e objetivos
- Aplicação das Escalas de Beck
- Avaliação das habilidades adquiridas

- Verificar se o cliente está tendo algum pensamento disfuncional a respeito do encerramento das sessões
- Psicoeducar o paciente sobre a sessão de reforço
- Encerramento

I. Sessão de reforço

- Avaliar a autonomia do cliente e a necessidade marcar a próxima sessão de reforço tem como objetivo: prevenir ou trabalhar
- Aplicar a escalas de Beck, verificar os resultados e dar o feedback
- Apontar os pontos fortes, habilidades adquiridas e o progresso

4.1.1 Detalhamento das etapas dos procedimentos das sessões

a. Questões sobre os sintomas de ansiedade e medo

Investigar que tipo de reações o paciente manifesta, quais os comportamentos diante disso, situações desencadeantes de ansiedade e medo. Observar se são sintomas mais relacionados ao dirigir ou se existem outras questões ou problemáticas. Observar qual é a rede de apoio que o indivíduo possui para o enfrentamento do medo de dirigir.

Realizar o levantamento das principais dificuldades técnicas do cliente, ou a falta de habilidades a respeito da direção no veículo. Investigar como foram suas investidas em relação ao processo de aprendizado, analisando pontos críticos e como está atualmente a relação do paciente com o ato de dirigir. Quais são seus pontos fortes e as habilidades a desenvolver. Se já teve algum envolvimento em acidentes com veículos e como percebe essa situação.

b. Coleta de dados

Coletar informações sobre: histórico familiar, dificuldades atuais, informações sobre medicação, informações médicas. Levantar informações sobre os relacionamentos pessoais e se possui rede de apoio emocional. Avaliar o perfil

cognitivo do cliente. A anamnese de Kuyken, Padesky e Dudley (2010), é abrangente, pois questiona as informações citadas acima entre outras. O preenchimento antecipado da anamnese ajudará o profissional investigar pontos críticos do histórico do cliente que influenciam na problemática atual. Descrevem a importância de se obter informações mais completas do cliente, eles apresentam um formulário com diversas perguntas relacionadas ao histórico do paciente (Anexo I).

Judith Beck recomenda a investigação de dados do cliente de forma antecipada se possível (BECK, 2013).

c. Desenvolvimento de uma boa aliança terapêutica

O desenvolvimento de um ambiente seguro, um espaço de cordialidade, a demonstração da empatia, o devido respeito e respostas que denotam acolhimento, são características para construir uma boa aliança terapêutica.

d. Psicoeducar brevemente sobre o modelo cognitivo

Esse modelo trabalha a forma como interpretamos as situações, a nossa cognição no caso, as emoções desencadeadas por aquilo que pensamos e os comportamentos como consequência. O objetivo principal é o alívio dos sintomas e o aprendizado de ferramentas para autonomia do indivíduo. Beck (2013), revela ser primordial a compreensão do paciente sobre o modelo cognitivo.

e. Conceituação cognitiva

Levantamentos de hipóteses, analisar a queixa inicial, formular questões para descartar outros diagnósticos e definição dos problemas. As informações coletadas na primeira sessão servirão como os primeiros rascunhos da conceituação cognitiva. Uma conceituação cognitiva adequada é uma ferramenta poderosa no processo terapêutico, pois direciona e orienta o terapeuta a montar o quebra cabeça do caso do paciente, pois este material será preenchido e reformulado conforme a sessões. Wright, Basco e Thase (2008), explanam sobre a relevância de uma conceitualização cognitiva adequada, destacando a formulação do caso como uma

ferramenta que norteia o terapeuta com o trabalho com o cliente (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008)

Kuyken, Padesky e Dudley (2010) citam que a conceituação possui algumas funções como descrever o problema do cliente, avaliar os componentes, explicar de forma colaborativa com o paciente (para que a conceituação possa fazer sentido), servindo também como um roteiro a ser seguido pela terapeuta.

Judith Beck orienta sobre a importância da conceituação cognitiva, e a formulação constante a cada sessão (BECK, 2013) (Anexo II).

f. Estabelecimento de metas e objetivos do paciente

Fazer o levantamento de metas e objetivos do paciente para terapia, caso o mesmo tenha dificuldades ou mencione metas muito gerais, indagar de forma cuidadosa as metas e objetivos do paciente, subdividindo se necessário e propondo metas menores ou alcançáveis (caso o cliente tenha dificuldade em estabelecê-las) (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

g. Roteiro sobre o atendimento /Enquadre

Psicoeducar o paciente sobre a abordagem TCC e como será realizado o trabalho, falar sobre o trabalho empírico e colaborativo, explicar sobre a importância do uso de caderno da terapia, fazer o enquadre sobre faltas e atrasos, explicar sobre as estruturas das sessões. Informar sobre a importância da agenda na sessão e sobre os exercícios para casa. Wright, Basco, Thase (2008) evidenciam temas pertinentes para a relação terapêutica e aponta o empirismo colaborativo como fundamental. Eles citam o caderno de terapia como uma ferramenta que ajuda a estruturar as atividades da sessão.

h. Feedback da sessão

No final da primeira sessão, o psicólogo fará um resumo daquilo que o cliente falou, organizando em tópicos, destacando as principais problemáticas do paciente, levantando os seus pontos fortes, metas de trabalho e ressaltando o trabalho colaborativo. Beck (2013), expõe que se faz necessário apresentar um resumo da

sessão ao cliente, priorizando os pontos de maior relevância e valorizando os pontos positivos, no final das sessões. Ela também destaca que com o desenvolvimento do paciente esse feedback será realizado pelo cliente.

4.1.2 Psicoeducação da ansiedade e do medo

a. Verificação do humor

A checagem do humor é caracterizada pelo ato de perguntar ao cliente como está o humor dele no início da sessão e no final. É realizada em poucas palavras, sem a necessidade de estender a conversar nesse tópico. É uma verificação do emocional do paciente, funcionando como um termômetro da terapia para verificar até que ponto a terapia está ajudando o cliente. Essa técnica é realizada em todas as sessões de uma forma breve. Beck (2013), orienta que a checagem de humor seja efetuada de maneira concisa sem delongas.

b. Agenda

O uso dessa técnica tem a função de delimitar os temas, estruturar as sessões e psicoeducar o paciente na terapia cognitiva comportamental. Ajuda a focar naquilo que é mais importante no dia da sessão, nos seus objetivos e metas de trabalho. O material usado por parte do terapeuta é uma agenda e caneta. A agenda sempre é elaborada pelo terapeuta visando os temas da sessão do dia e acordada com o cliente. Devido ao formato dessa ferramenta, ela deve ser estabelecida em todas as sessões. Beck (2013), menciona a relevância de definir problemas para a pauta do dia, em colaboração com o cliente. Ela fala da importância da agenda em todas as sessões, pois tal ferramenta ajuda o paciente a adequar-se ao formato da terapia cognitivo comportamental.

A aderência por parte do cliente à agenda de trabalho vai depender da condução que o terapeuta cognitivo faz na sessão, ou seja, é de suma relevância uma breve explicação da importância do desenvolvimento da agenda durante sessão, ressaltando pontos como: metas de trabalho, tarefa de casa, delimitação

das problemáticas específicas, tudo sempre acordado com cliente. A agenda não deverá ser extremamente rígida, poderá ser flexível conforme a necessidade mais urgente do cliente.

Beck (2013), informa que questões como definições de problemas, as metas para terapia, exercícios de casa fazem parte do enquadramento da agenda, sendo trabalhadas em colaboração com o cliente. Comenta ainda que o terapeuta poderá auxiliar também o cliente a eleger suas dificuldades em poucas palavras, definindo a relevância de cada problema naquele dia.

Wright, Basco e Thase (2008), afirmam que o uso de agenda possibilita ao paciente organizar seus conteúdos e ajuda e no aprendizado.

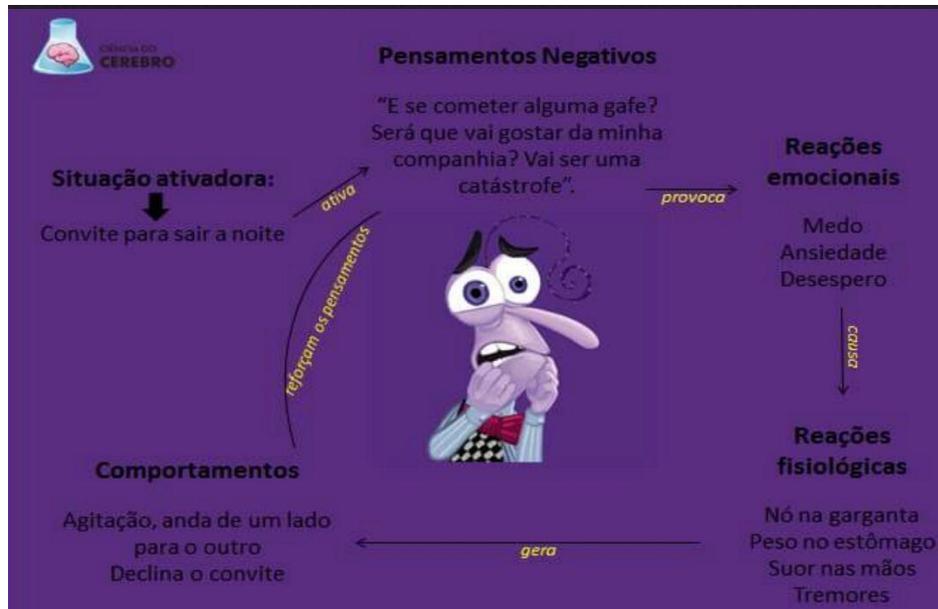
c. Psicoeducação do medo e ansiedade

A psicoeducação das emoções é construída com o cliente, levantando questões como: para que serve o medo e a ansiedade? Como funcionam? Até que ponto é normal sentir medo e ansiedade? O que fazer diante disto? Instigando-o a ter curiosidade de saber mais sobre o tema. Além de investigar junto com o cliente suas reações e comportamentos diante do medo e da ansiedade.

d. Materiais de apoio

Quadros, desenhos animados, figura do filme *Divertidamente* adaptada pela autora do blog Ciência do Cérebro, entre outros materiais que ilustrem o medo e a ansiedade, podem ser de extrema ajuda para a psicoeducação do cliente (SIMONETTI, 2017) (Figuras 1 e 2).

FIGURA 1. Modelo cognitivo com personagens do filme Divertidamente /Pensamentos e emoções



Fonte. Simonetti, 2017

FIGURA 2. Esquema do medo Luta X Fuga



e. Uma explicação breve sobre a fobia

Uma explicação breve sobre a fobia específica é importante, mas com cuidado para que o cliente não se apegue em rótulos. O mais relevante é diferenciar o medo normal do medo patológico, informando-o sobre o sistema de manutenção do medo, processo esse que se dá através dos comportamentos de evitação e comportamentos de segurança. Corassa (2006), ressalta que é necessário diferenciar questões sobre medo e a fobia específica.

Leahy (2011), orienta sobre a importância de identificar e romper os comportamentos de evitação e segurança. Ele aponta uma questão relevante: se ocorrer dos comportamentos serem mantidos por um longo tempo, isso pode validar as crenças de incapacidade do sujeito frente ao objeto temido.

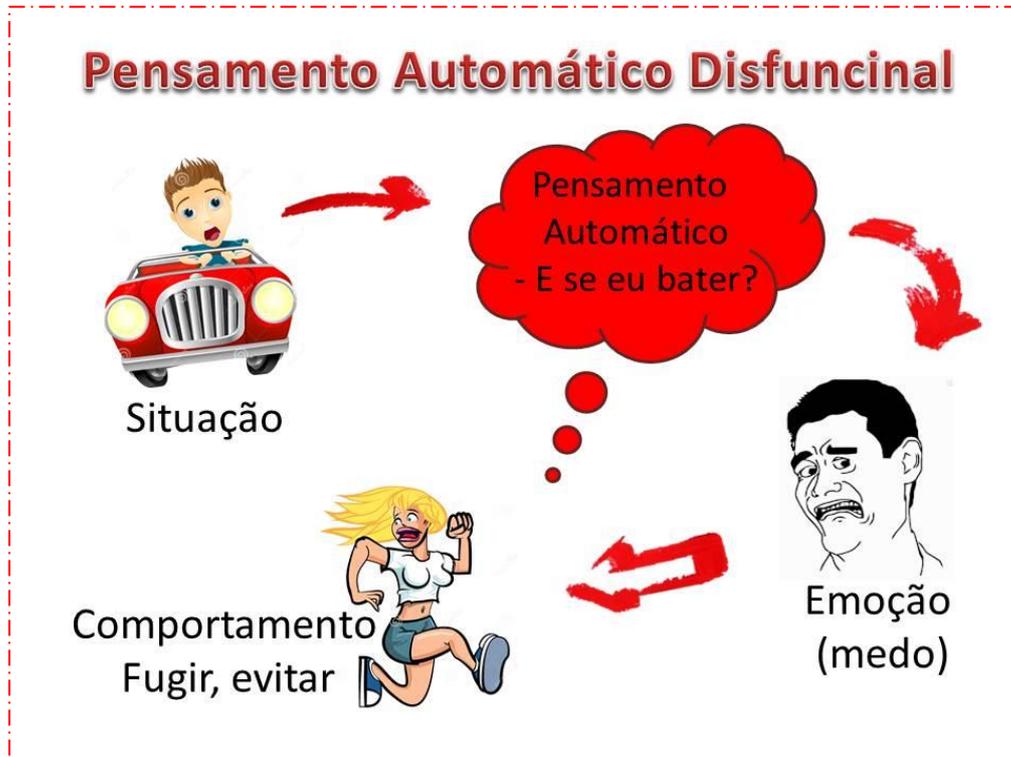
Devem-se apontar quais são os procedimentos para a interrupção da manutenção, esclarecendo que, apesar do incômodo gerado pelo enfrentamento das situações temidas, esse medo tende a diminuir conforme o contato direto com estímulo aversivo. Ressaltando que isso será conduzido com todo o apoio do terapeuta que disponibilizará técnicas de relaxamento entre outras técnicas que amenizem os desconfortos das reações fisiológicas.

f. Modelo cognitivo

É necessário esclarecer ao paciente que o modelo cognitivo abrange a forma como processamos as informações e estímulos. Portanto, são os pensamentos automáticos que geram as emoções e desencadeiam reações fisiológicas e comportamentais. Greenberger e Padesky (2017), confirmam que o pensamento é que gera emoções e reações, ou seja, a forma como o indivíduo enxerga o cenário altera e modifica seu humor. Para facilitar esse conceito, podemos ilustrar esse processo através de uma situação relatada pelo cliente, contendo os pensamentos automáticos e emoções (Figura 3).

Beck (2013), orienta sobre o esclarecimento dos pensamentos automáticos, introduzindo as situações do cliente.

FIGURA 3. Entendendo os problemas do modelo cognitivo



g. RPD de três colunas (Registro de pensamento distorcido)

O registro de pensamentos automáticos distorcidos (RPD) é uma técnica que consiste na identificação básica da situação, do pensamento automático e da emoção. Ela faz com que o cliente perceba a mudança de humor e a associe aos pensamentos e imagens automáticas, ambos, na maioria das vezes, distorcidos. Tal ferramenta irá permear todas as sessões e com o tempo, será apresentada de forma espontânea pelo cliente, de maneira que ele possa utilizá-la com mais autonomia no futuro, não só identificando, mas contestando os pensamentos distorcidos.

Greenberger e Padesky (2017), relatam com detalhes o uso do registro de pensamentos disfuncionais, a importância de começar sempre do mais fácil (Anexo III).

h. Respiração diafragmática

A respiração diafragmática tem a função de baixar os níveis das reações fisiológicas tão incômodas aos pacientes acometidos pelo transtorno de ansiedade. Porém, para que aja maior aderência é fundamental uma explicação de forma

dinâmica sobre os sistemas simpático e parassimpático e sua relação com as reações corporais diante do medo e ansiedade. Levando em consideração que a respiração diafragmática irá ligar o sistema de relaxamento (parassimpático) do corpo ou declinar o sistema de alerta (simpático), alterando funções fisiológicas ligadas a ele. Greenberguer e Padesky (2017), evidenciam a necessidade de treinar o cliente a baixar o nível de ansiedade através da respiração profunda. Eles afirmam que o controle desse tipo de respiração (no caso lenta e profundamente) contando o tempo, mas solicitando ao cliente que foque inteiramente na respiração irá resultar em um estado de relaxamento.

i. Aplicação das escalas de Beck

As escalas de Beck irão nortear o trabalho do terapeuta, pois elas possuem a função de verificar os níveis das emoções, ansiedade, depressão e, em alguns casos, uma falta de motivação e desesperança. As escalas ajudarão o terapeuta a identificar anormalidades no humor Cunha (2001), sugere que os inventários aplicados juntos disponibilizam informações adicionais ao inquérito de avaliação, favorecendo as intervenções durante o processo terapêutico.

Wright, Basco e Thase (2008), citam alguns instrumentos de avaliação para trabalhar a avaliação dos transtornos de ansiedade; entre eles é mencionado o inventário Beck de Ansiedade o BAI, para mensurar a gravidade dos sintomas.

j. O reconhecimento do carro

O reconhecimento do carro é simplesmente o ato de entrar no veículo e não fazer nada além de conhecê-lo e anotar algum tipo de reação ou emoção ao deparar-se no interior do mesmo. Essa atividade irá ajudar o terapeuta a investigar o nível de medo do cliente e ao mesmo tempo será o primeiro passo rumo ao enfrentamento da causa dele. Caso o cliente sinta muito medo ao entrar no carro, a atividade deverá ser feita com mais cautela e cuidado, sendo planejada antes mesmo de se iniciar esse processo, ou seja, é necessário verificar as condições emocionais do cliente. Pastore (2008), diz ser essencial o sujeito fazer um reconhecimento do carro, ou seja, conhecer o carro, ler o manual de instruções,

entrar e sentir o carro, para desenvolver uma boa relação com o ele; pois tais aspectos irão ajudar na aquisição do processo de direção. Ela também cita que poderá ser relevante relaxar no carro e fazer a respiração profunda durante alguns minutos, isso irá ajudar o cliente a ter uma experiência mais tranquila durante essa fase inicial.

k. Tarefa de casa - Atividade de extensão da terapia

A tarefa de casa é um método muito utilizado pelo terapeuta cognitivo, tem como objetivo o treinamento e o uso de todas as ferramentas que também são ensinadas fora do consultório, o uso constante desse método pelo cliente irá auxiliar no treinamento das técnicas e acelerar o processo terapêutico. Essa atividade, portanto, é uma extensão da terapia fora do consultório. Beck (2013), orienta que o exercício de casa é fundamental para desenvolvimento do cliente e de uma boa terapia. Ela também confirma que essa prática auxilia em algumas questões, como educar o paciente na prática da terapia cognitiva comportamental, coletar mais dados, testar os pensamentos distorcidos, crenças entre outras. A não realização das atividades passadas para casa poderá indicar possíveis crenças, falta de entendimento da tarefa, alguma interferência na aliança terapêutica, entre outras questões. Deverá ser investigada com cautela e empatia pelo profissional, demonstrando uma disponibilidade em ajudá-lo. O terapeuta deverá observar também se a tarefa não está sendo muito penosa ao paciente.

Beck (2013), relata também a importância do terapeuta estar atento às dificuldades que resultam em não realização de tarefas, ela cita fatores como: problemas na compreensão das tarefas, atividades inadequada para o paciente, pensamentos distorcidos por parte do cliente a respeito da tarefa de casa, entre outros, sendo necessário verificar o motivo de não ter sido realizada. Ainda segundo a autora, uma prática simples para ajudar nessa problemática, perguntar ao cliente qual seria a probabilidade de ele colocar em prática a tarefa dada.

I. Exercício de casa

Monitoramento do humor/ conhecimento do carro

4.1.3 Entendendo o processo de direção/ conscientização corporal e cognitiva

Verificação do humor.

Agenda: Temas a ser trabalhado no dia e objetivos a serem trabalhados.

a. Compreensão do processo de direção (Coordenação motora, atenção, memória e emoção)

Antes de iniciar a explicação para o cliente sobre a coordenação motora, é fundamental indagá-lo sobre quais são suas principais dificuldades técnicas, valorizando a realidade dele e sem ignorar as limitações apresentadas, mensurando em partes menores as dificuldades para que não ocorra uma generalização (não sei dirigir nada ou tenho dificuldade em tudo). Identificar junto ao cliente quais habilidades ele mais tem dificuldade. Exemplo: É maior nos pedais? No controle das marchas? No estacionamento? Etc. Adequar o conteúdo conforme as situações que o cliente traz, ou seja, explicar sobre a coordenação motora dando exemplos das limitações do paciente. Vale ressaltar ao cliente que os erros e a falta de controle do carro são complicações normais inerentes da falta de habilidade ou costume que irão melhorar conforme a própria prática da direção.

A consciência corporal e a coordenação motora são habilidades que o motorista iniciante precisa desenvolver. O indivíduo inicia o treinamento no carro, mas não tem a noção de como cada parte do seu corpo precisa se movimentar para executar determinados movimentos; o pé direito fica de um jeito e o esquerdo de outro, as mãos executam movimentos diferentes e assim por diante. Por exemplo: para pisar no freio, embreagem e acelerador, é necessário que haja um ritmo e dosagem da força para que o movimento saia de forma adequada. Antes disso o cérebro já assimilou os movimentos, mas o corpo não está acostumado a exercer alguns deles, por isso é preciso uma série de repetições com acertos e erros até que a aprendizagem seja aderida por completo. Portanto, para que o ato de dirigir se torne um comportamento automático (sem precisar pensar em cada etapa separada) levará um tempo, não existe aprendizado sem erros. Pastore (2008), orienta que durante uma experiência nova como o ato dirigir, pode ser complexo e a

aprendizagem envolve repetições dos movimentos, e conseqüentemente os erros fazem parte desse processo.

O que se percebe é uma irritação do motorista iniciante ao errar, os pensamentos no geral são: “Eu sou burro mesmo!” ou “Eu não vou conseguir dirigir!”.

Tais questões são estimuladas pelo meio em que o sujeito vive. Geralmente, as mulheres são mais acometidas pela discriminação de seus erros por parte da cultura machista. Esses fatores retroalimentam estigmas, crenças e fortalecem o processo de evitação. Esses pensamentos poderão ser trabalhados com o RPD e o debate socrático, levantando os pensamentos distorcidos, emoções e comportamentos em torno das situações temidas.

b. RPD5 de cinco colunas (Registro de pensamento distorcido)

O paciente já compreendeu de onde nascem suas emoções, as associa às reações corporais e aos comportamentos e relaciona esses temas entre si. São abordadas durante a sessão as evidências a favor e contra os pensamentos distorcidos através de questionamentos feitos ao cliente sobre as variáveis pertinentes às situações, baseada apenas em provas reais e acontecimentos inerentes à situação específica. Essa identificação e modificação dos pensamentos distorcidos são realizadas com o formulário de registro de pensamentos distorcidos, usando, preferencialmente, as situações que o cliente trouxe do exercício de casa ou aquilo que estiver incomodando-o mais naquele momento.

Atividade de extensão para casa: Nessa etapa só é solicitada o preenchimento dos cinco primeiras colunas do formulário (Anexo IV). As colunas têm os seguintes temas: situação, pensamento automático, emoção, reações corporais e comportamento. O registro de pensamento distorcido tomou como base o protocolo de Registro de Pensamentos (BECK, 2013; GREENBERGER; PADESKY, 2017).

A sessão é encerrada com treinamento do relaxamento progressivo muscular e com a respiração diafragmática.

c. Material de apoio

Pode ser usado, papel, caneta, lápis, quadro, imagens ou figuras relacionadas à coordenação motora; os materiais podem variar conforme a criatividade do terapeuta.

d. Exercício de relaxamento muscular

Esse método consiste em observar o nível da tensão do corpo, mesurando de zero a dez e solicitando ao cliente que contraia a musculatura o máximo que puder e depois relaxe, isso vai se feito em cada um dos grupos musculares, desde punhos aos pés. Ao final da atividade solicitar ao cliente a mensuração da tensão ou nível de relaxamento do corpo. Wright, Basco e Thase (2008), explanam sobre a ferramenta de relaxamento muscular, abordando suas características e passos para atingir o relaxamento progressivo profundo. Eles destacam que esta técnica tem como ponto crucial educar a cliente sobre como alcançar um estado de relaxamento.

O treino dessa atividade em sessão precisa ser constante para verificar se o paciente de fato está fazendo a técnica da forma correta e para demonstrar os benefícios que isso trás a ele. Sempre passar o treino como atividade para casa.

e. Atividade de extensão da terapia

Monitoramento do humor/ respiração diafragmática e solicitar ao cliente que continue a atividade do reconhecimento do carro.

Observação: Sempre iniciar a sessão solicitando a atividade de casa que foi passada na ultima sessão, caso não tenha feito, investigar o motivo.

4.1.4 Reestruturação cognitiva/ erros cognitivos

Verificação do humor

Agenda

a. Identificando os pensamentos automáticos e as emoções

A sessão é iniciada pela leitura do texto adaptado de Knapp (2004), sobre pensamento automático distorcido (Anexo V). Após a leitura é necessário pedir um feedback ao paciente sobre a compreensão do texto e associá-lo com o RPD que ele trouxe. Com o auxílio do terapeuta é realizado o treinamento de identificação dos pensamentos automáticos distorcidos, usando o formulário de registro de pensamentos automáticos de sete partes. Após o preenchimento das cinco colunas, será feito o levantamento das evidências a favor e contra os pensamentos automáticos. O debate socrático/ com exames de evidências adaptado de Leahy (2006), pode ser um recurso a mais e de grande auxílio (Anexo VI). Wright, Basco e Thase (2008), também abordam a técnica do questionamento socrático como essencial para indagação pensamentos, crenças e padrões disfuncionais.

Beck (2013), aponta ser fundamental diferenciar os pensamentos automáticos das emoções.

Adicionalmente, Wright, Basco, Thase (2008) apresentam um formulário intitulado Lista de Pensamentos Automáticos.

b. Distorções cognitivas

Entregar a leitura sobre as distorções cognitivas (Anexo VII). É válido verificar se o cliente compreendeu o assunto, dê exemplos da situação relatada por ele. Solicitar ao cliente que compare os pensamentos automáticos do RPD com a leitura da lista de distorções cognitivas. Podem aparecer os seguintes pensamentos no RPD do paciente: “Eu vou matar alguém.” ou “O outro motorista me acha burra porque deixei o carro morrer”. O primeiro pensamento está relacionado ao erro do tipo catastrofização e previsão do futuro, a segunda leitura é relacionada ao pensamento e rotulação. Os dois textos e o RPD são entregues ao paciente como atividade de extensão da terapia. A compreensão e a consciência desse conteúdo ajudarão no enfrentamento das situações temidas, pois com o treinamento há uma mudança na estrutura do padrão de pensamento distorcido. Knapp (2004) apresenta também uma lista de erros de pensamentos (Anexo VII).

c. Atividade para casa

Monitoramento e registro dos pensamentos automáticos /respiração diafragmática

4.1.5 Desenvolvimento de hierarquia de medo

Verificação do humor

Agenda

Tarefa de casa

a. Fazer uma lista da hierarquia do medo com o cliente

Antes de iniciar a exposição ao objeto temido, é fundamental fazer o levantamento das situações mais ameaçadoras ao cliente. Solicitar ao paciente que faça uma lista das situações menos aversivas as mais temidas, enumerando o incômodo diante das situações numa escala de zero a dez, onde zero é ausência do medo, dez é o maior nível dele e cinco é a média. Nessa parte, revisar com o cliente o passo a passo das situações e as subdividir em passos mais fáceis. Uma aproximação do carro, mesmo que seja somente adentrá-lo com o motor desligado, irá ajudar na identificação e mensuração do nível de medo e ansiedade facilitando a dessensibilização sistemática, ressaltar para o cliente que ele não precisa iniciar o treino pela parte mais difícil ou por aquilo que gera mais incômodo, mas sim pela ação que ele considera mais fácil e se sinta mais confortável em realizar. Leahy (2011), fornece uma explicação detalhada sobre o processo de construção da lista da hierarquia do medo, ele menciona pontos cruciais como: identificar as situações mais aversivas, trabalhar da mais fácil a mais difícil numa escala crescente, entre outros tópicos.

Wright, Basco e Thase (2008), abordam que o resultado do processo de dessensibilização sistemática vai depender de como foi executada a lista da hierarquia do medo, se foi feita de maneira a amparar todos os níveis de dificuldades do cliente. É essa ferramenta que será de grande auxílio no rompimento do padrão de comportamentos de evitação e comportamentos de segurança. A sessão é

encerrada com o relaxamento progressivo muscular e com a respiração diafragmática.

b. Exercício de imaginação/exposição mental

A exposição imaginária é realizada quando o paciente ainda possui muita dificuldade em lidar com a aproximação do carro, devido ao nível alto de ansiedade e medo. Essa técnica deverá ser combinada com as atividades de relaxamento. É solicitado ao cliente que imagine uma situação com o carro onde ele se sinta nervoso, ansioso ou com medo. Relatando com detalhes a situação e logo após, é feito um exercício de respiração diafragmática. Ao final dessa atividade é solicitado ao paciente o feedback das suas emoções, chamando sua atenção para o nível do seu humor com a prática da respiração diafragmática. A superação dessa etapa ocorrerá quando o nível de emoção zera, é que o paciente está preparado para ir para exposição real. Leahy (2011), faz comentários sobre a exposição imaginária, ele cita a questão do cliente ser instruído a imaginar diversas situações que desencadeiam o medo, apresentando um recorte de uma tabela de preenchimento para facilitar esse processo. Essa técnica pode ser cruzada com o debate socrático.

c. Dessensibilização sistemática/ exposição gradual

Com a lista da hierarquia do medo pronta, iremos escolher com o paciente a situação menos penosa a ele para iniciar a exposição ao vivo. É realizada uma nova lista de metas para exposição gradual, usando como referência a primeira, porém subdividida em passos menores, com objetivo a curto prazo, se possível visando metas para serem realizadas durante a semana até a próxima sessão, avaliando com o cliente o nível de ansiedade e medo a cada meta da lista. Isso pode ser ilustrado para o paciente como se fossem os degraus de uma escada, onde cada um precisa ser respeitado conforme sua vontade e habilidades técnicas e emocionais. Porém, sempre começando a subir os primeiros degraus e só saindo do primeiro quando a ansiedade e o medo baixarem, esse é o termômetro para avaliar e passar para a nova etapa. Exemplo: É solicitado ao cliente que no primeiro passo dê apenas uma volta com o carro numa rua tranquila, seja acompanhado ou sozinho,

essa decisão fica a critério dele, e só avançar para o próximo passo quando sentir maior tranquilidade ao realizar essa etapa. Devemos considerar que esse exemplo foi genérico e que cada cliente irá enfrentar o seu objeto temido conforme suas habilidades, limitações e conforme a sua rede de apoio (no ambiente familiar). Caso o cliente não possua rede de apoio para ajudar na parte técnica com o carro, o terapeuta irá junto com o cliente levantar possibilidades. Toda a estrutura citada acima irá facilitar o engajamento da cliente no processo terapêutico.

Leahy (2011), descreve o modelo sistemático de aproximação gradual do paciente com o objeto temido. Ele menciona o uso de ferramentas e atividade para fobias específicas.

d. Desenvolvimento do cartão de enfrentamento

O cartão de enfrentamento pode ser confeccionado de preferência durante a sessão e junto com o terapeuta. Poderá auxiliá-lo na modificação dos pensamentos distorcidos e no enfrentamento da exposição gradual. É solicitado ao cliente que elabore uma frase para ajudar a questionar os pensamentos automáticos ou confrontar as situações temidas. Exemplo: Nem sempre aquilo que eu penso vai acontecer! Wright, Basco e Thase (2008), relatam que o uso do cartão de enfrentamento auxilia o cliente treinar as intervenções das sessões, essa ferramenta poderá ser de extrema importância no enfrentamento de dificuldades, pois o cartão de enfrentamento serve como um lembrete com orientações específica ao cliente. Wright, Basco e Thase (2008), fazem também um resumo das principais dicas para construir um cartão de enfrentamento, através de uma tabela que as reúne de forma concisa (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

e. Material de apoio

Cartolina colorida ou folha em branco, pincel colorido.

f. RPD 7 de sete colunas (Registro de pensamento distorcido)

O RPD de sete colunas será focado nos pensamentos distorcidos a respeito da nova etapa de enfrentamento do cliente, exposição ao vivo é aconselhada nessa

etapa (vide anexo VIII) Esse esquema foi adaptado a partir de Greenberger e Padesky (2017), (folha de exercício 8.2), que contempla a situação, pensamento automático, emoção, reações corporais, comportamento e evidências a favor ou evidências contra. Aproveita-se esse momento para fazer um engate nos possíveis pensamentos distorcidos a respeito do enfrentamento da hierarquia do medo levantando as crenças disfuncionais. Levantando com ele as evidências a favor e contra os pensamentos automáticos Wright, Basco e Thase (2008), explica que a técnica de contestar as evidências facilita na modificação de pensamentos e crenças.

g. Atividade de extensão da terapia: primeiras etapas da hierarquia

Registro do nível de ansiedade e medo:

Fazer um registro do nível da ansiedade e do medo no início da atividade e no final, fazendo distinção dos dias e das situações. RPD.

4.1.6 Crenças pessoais/ pressupostos

Verificação do humor

Agenda: Temas e objetivos

Aplicação das escalas de Beck

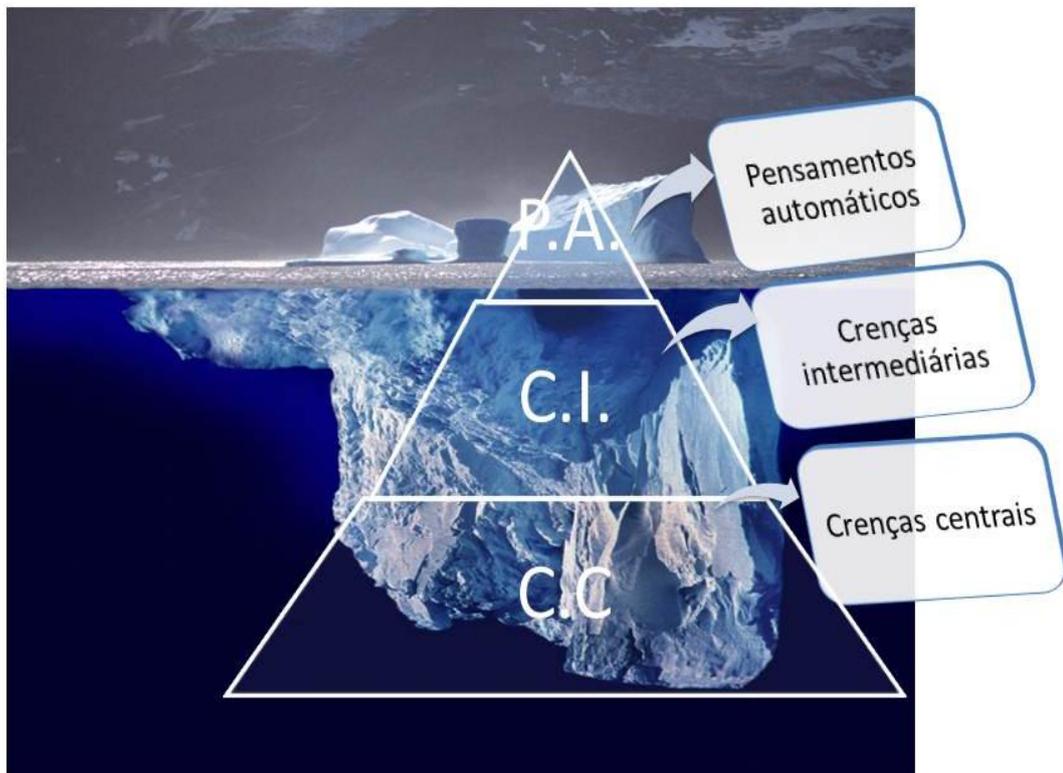
a. Revisão dos exercícios para casa

Solicitar o feedback da exposição gradual com o carro, o registro do nível emocional e a revisão do RPD. Costurando com o paciente a relação entre exposição ao objeto temido e as emoções desencadeadas com os pensamentos disfuncionais. Fazer um elo entre essas questões e o levantamento das crenças, dos comportamentos de evitação e comportamentos de segurança.

b. Seta descendente para levantamento de crenças

Antes de iniciar o levantamento de crenças o terapeuta poderá entregar ao cliente um material sobre o tema (poderá ser texto, vídeo, figuras). É fundamental debater com cliente sobre o tema, pois isso irá facilitar o entendimento e a adesão do assunto por parte dele de acordo com Leahy (2006), (Figura 4).

FIGURA 4. Estrutura Cognitiva



Com o formulário do RPD é escolhida, com o paciente, a situação que mais gerou incômodo a ele. Isso pode ser percebido pelo nível dado na coluna das emoções. A seta descendente é o ato de investigar o significado dos pensamentos disfuncionais a fundo até encontrar as crenças centrais. Exemplo: “Eu não vou conseguir dirigir!”. O terapeuta poderá perguntar o que significa para você não conseguir dirigir? E se isso for de fato verdade, o que isso diz ao seu respeito? Respostas: “Que eu nunca vou dirigir e que sou um incompetente!”, “Sou incapaz!” (Anexo IX) (GREENBERGER; PADESKY, 2017).

Essas técnicas requerem do terapeuta certa habilidade de raciocínio e delicadeza na hora de fazer os questionamentos. É fundamental que o terapeuta além de dar um acolhimento nessa etapa, eduque o cliente quanto ao objetivo dessa prática, esclarecer a ele que está entrando em nível mais profundo e que isso pode gerar certo desconforto já que se trata de crenças centrais, ou seja, ideias rígidas sobre si mesmo, que são sentidas como verdades, mas que são ideias que podem ser testadas. Ressaltar com ele que esta etapa é um passo muito importante para o processo terapêutico. Leahy (2006), descreve o uso da ferramenta seta descendente, e o quanto ela auxilia nas descobertas das crenças subjacentes, podendo atingir níveis mais profundos.

c. Identificando crenças e pressupostos/ Identificação dos comportamentos de evitação e de segurança

Psicoeducar o cliente sobre o que são crenças intermediárias, pressupostos, comportamentos de evitação e de segurança. Leahy (2011), explana a relevância de identificar comportamentos de evitação e segurança ilustrando reações a situações fóbicas e comentando sobre comportamentos de evitação. Fundamental que o terapeuta escolha avaliar e trabalhar situações e comportamentos que o cliente traz nas sessões. Explicar que a identificação e interrupção dos padrões de comportamentos evitativos é o que vai garantir o trabalho da fobia específica, é o que o cliente já está fazendo, a exposição gradual e a dessensibilização sistemática. Iremos focar também na identificação dos comportamentos de segurança, que são aqueles que dão alívio ao executar e que reasseguram o sentimento de não catástrofe ao realizá-los. Por exemplo: o pensamento de que só podem dirigir acompanhadas, mesmo já tendo total controle do carro, somente para reassegurar que desta forma estejam totalmente seguras. Tal atividade retroalimenta as crenças centrais. Beck (2007), indaga sobre a importância de o terapeuta ajudar o cliente a identificar e trabalhar a relação entre as crenças centrais, intermediárias e estratégias comportamentais.

d. Atividade de extensão da terapia:

Identificação de crenças centrais, comportamentos de evitação e de segurança (regras e pressupostos). Continuação da exposição gradual.

4.1.7 Flexibilizando crenças/ novas regras e atitudes

Verificação do humor

Agenda: Temas e objetivos

a. Exercício de casa

Iniciar as sessões pelas atividades solicitadas na sessão anterior, dividindo o tempo para cada atividade e costurando a integração das atividades no processo terapêutico, delimitando o tempo para cada uma. A pauta da agenda ajuda a estruturar a sessão.

b. Material de apoio

Figuras sobre a estrutura do esquema (figura 4), textos elaborados sobre a flexibilização das crenças centrais e intermediárias, formulários para o treino de identificação e formulação das novas regras.

c. Avaliação: Identificação e flexibilização de novas regras e padrões de comportamentos

Através dos RPD do cliente que foi pedido na última sessão, é escolhido em parceria com ele uma situação específica, trabalhando todo o RPD básico, evidências, etc. Através do debate socrático é realizado o levantamento de regras e pressupostos, ou seja, comportamento de evitação de segurança e trabalhando com o cliente novas regras e comportamentos mais funcionais de acordo com os objetivos da terapia. Beck (2013), cita que o terapeuta usa muitas ferramentas importantes para trabalhar a identificação e modificação de crenças intermediárias e padrões. Ela aponta técnicas como: debate socrático, exame das vantagens e

desvantagens, experimento comportamentos, auto exposição, planilhas das crenças, cartões de enfrentamento entre outros.

d. Análise de custo benefício

Outra técnica que poderá auxiliar nesse processo é a análise de custo/benefício. Essa ferramenta consiste em avaliar com o cliente qual o custo/benefício que ele tem em manter as regras e padrões antigos. Leahy (2006), aborda que, após o relato dos pensamentos, é realizada uma avaliação das evidências, e verificado com o paciente os custos e benefícios de manter pensamentos, crenças antigas. O autor fornece uma tabela dividida em duas colunas para preencher as vantagens e desvantagens no (Quadro 2.2).

e. Continuação da exposição gradual e metas com o carro

Aproveitar o tema, para continuar trabalhando a exposição gradual e levantar novas metas com o carro. Verificar novamente a lista de passos, o nível de ansiedade e medo e avaliar a possibilidade de fazer novos experimentos.

f. Exercício para casa

Preencher os formulários dos novos pressupostos e experimentos voltados para o questionamento das crenças. Novos desafios com o carro (avaliar com o cliente atividades não muito fáceis, mas também não muito difíceis e todas conforme o desenvolvimento da etapa do cliente nas partes técnicas e emocionais).

4.1.8 Resolução de problemas/ experimentos comportamentais

Verificação do humor

Agenda: Temas e objetivos

Resoluções de problemas e metas/ Registro da ansiedade e medo

A resolução de problemas é uma ferramenta essencial no trabalho da TCC e no trabalho com fobias, pois ela subdivide as problemáticas, tornando o enfrentamento menos penoso ao cliente, essa técnica trabalha problemas reais, pois

nem sempre são apenas pensamentos disfuncionais, existem as evidências negativas que confirmam ou alimentam os pensamentos distorcidos. O uso dessa técnica também irá ajudar o paciente quando futuramente se deparar com novos desafios, ela também tem objetivo de aliviar a carga emocional gerada pela problemática, uma vez que ensina ao cliente a dividir os problemas, especificar e não generalizar e a trabalhar por etapas, sempre do mais fácil para o mais difícil.

Solicitar que ele exponha apenas um problema, não vários, escolhendo aquilo que ela está com maior dificuldade ou incomodado. Levando em consideração que alguns pacientes possuem dificuldade em concentrar-se em apenas um problema. Nesse caso o terapeuta pode explicar ao paciente que através dessa técnica ele poderá dispor dessa ferramenta para a resolução dos demais, mostrando a ele a vantagem de focar em apenas um por vez. Com a adversidade escolhida pelo cliente, o próximo passo é avaliar se essa questão é de ordem emocional ou prática. É necessário o uso de uma folha e de um lápis para facilitar ainda mais a delimitação das etapas e temas, ajudando o cliente a entender como funciona a técnica e que exige uma estrutura para isso. Primeiro passo: Escolher apenas um problema: Coletar dados sobre o problema.

Segundo passo: Dividir o problema em etapas menores- verificar qual a parcela do paciente e a demanda do outro.

Terceiro passo: Escolher o passo mais fácil para resolver primeiro e levantar com cliente possíveis soluções, avaliando com ele o nível de desconforto de cada etapa. Executar essa atividade com todas as etapas do problema.

Quarto passo: Levantar com o cliente possíveis soluções, avaliar com ele as vantagens e desvantagens de cada solução, avaliar o grau de desconforto gerado em cada solução, avaliar com o paciente o nível de domínio de cada etapa.

Quinto passo: Tomada de decisão: Avaliar as possíveis dificuldades e estratégias para a resolução da meta. Escolher a solução menos penosa ao cliente, preferir soluções de curto prazo. Avaliar a probabilidade de execução da tarefa. Refazer essa etapa com todas as partes do problema.

Sexto passo: planejamento da tarefa, experimentos comportamentais, se necessário fazer a reprodução da tarefa em sessão, seja através da exposição imaginária ou do role-play dependendo da demanda do cliente. Beck (2013),

esclarece o que fazer diante da relutância do cliente, frente a uma atividade combinada para casa de extrema importância para o processo, sugerindo a técnica do *role-play* intelectual-emocional.

a. Agenda: Temas e objetivos

Confeccionar um cartão de enfrentamento voltado para o experimento comportamental. Finalizando com exercício de relaxamento.

Todas as etapas da resolução de problemas devem ser realizadas em sessão primeiro com o terapeuta, para depois serem testadas.

b. Atividade para casa

Execução do experimento comportamental/ registo do RPD de acordo com experimento.

4.1.9 Assertividade

Verificação do humor

Agenda: Temas e objetivos

a. Exercício de casa

Iniciar a sessão relatando como foi o experimento comportamental. Aproveitar o RPD para trabalhar possíveis crenças centrais e intermediárias, identificações de padrões e modificação.

b. Treinamento de assertividade pessoal e no veículo

Abordar o tema assertividade, através de questionamentos sobre o tema, usar o quadro para ilustrar os comportamentos passivos, agressivos e assertivos. Pode ser usado também elastos sobre o tema, imagens, entre outros. A psicoeducação é sempre realizada costurando o tema da sessão e situações que o cliente está vivendo no momento a respeito da direção, abordando sobre o tema trânsito,

assertividade diante dos conflitos no trânsito e comportamentos funcionais. Ressaltando o treinamento da assertividade do cliente a nível pessoal e no veículo e planejar tarefas nesse sentido. Cabalo (2003), evidencia que é fundamental ajudar paciente a compreender a diferença de comportamentos não assertivos, assertivos e agressivos. Isso irá auxiliar o paciente trabalhar comportamentos mais adequados diante de situação de conflitos, ou seja, desenvolver comportamentos mais assertivos.

c. Avaliação da exposição gradual

Avaliar com cliente a exposição gradual e a necessidade de novas metas e desafios em relação ao carro.

d. Avaliar junto com o cliente o seu processo terapêutico

Avaliar junto com o cliente o seu processo terapêutico, as escalas de Beck e dar o feedback sobre isso, se necessário falar da necessidade de mais sessões ou simplesmente falar do encerramento da sessões e o quanto o paciente cresceu com a terapia, ressaltando os próximos temas que serão trabalhados.

e. Exercício de casa

O exercício de assertividade com o carro e a revisão do caderno de terapia, pedindo para o cliente anotar as principais técnicas que ajudaram no seu desenvolvimento.

4.1.10 Prevenção de recaídas

De acordo com Beck (2013), os seguintes passos se fazem necessários:

Checagem do humor

Agenda: Temas e objetivos

Prevenção de recaídas:

1 Dividir os problemas gerais em componente menores

- 2 fazer um *brainstorm* de solução para os problemas
- 3 Identificar, testar e modificar aos pensamentos automáticos e crenças.
- 4 usar os registros de pensamentos
- 5 monitorar e programar atividades
- 6 Fazer exercícios de relaxamento
- 7 Usar as técnicas mais eficazes
- 8 Criar de tarefas ou situações de evitamento
- 9 escrever lista de méritos
- 10 Identificar as vantagens e desvantagens diante de pas e crenças
- 11 Ler a prevenção de recaídas e marcar a sessão de reforço

a. Exercício de casa

Como já foi dito nas sessões anteriores, revisar as atividades para casa, solicitar ao cliente como foi trabalhar a assertividade com o carro. Pedir o feedback dele em relação a tarefa e dar feedback sobre o crescimento do cliente. Pedir que o cliente aborde as suas anotação sobre o caderno de terapia e sobre as principais técnicas. Fazer o elo entre esta atividade e a prevenção de recaídas.

b. Prevenção de recaídas

Psicoeducar o cliente quanto à prevenção de recaídas, explicar como funciona o método, ressaltar que é normal ele sentir medo, reagir com comportamentos de evitação ou de segurança e passar por algumas dificuldades em algum momento, não é porque ele está quase encerrando a terapia que nunca mais irá ter problemas. Porém, o que vai fazer a diferença é como ele vai lidar com estas questões, o que ele fará diante do medo ou situações temidas. O mais importante é identificar os primeiros sinais da recaída, uma emoção forte, uma reação corporal atípica ou um comportamento de evitação. Por isso essa sessão é voltada para identificação de todas essas questões, é realizada com cliente uma lista de possíveis sinais de alerta, desde a parte de reações corporais, pensamentos disfuncionais até comportamentos de fugas. Listar futuras dificuldades com o carro. Feito isso, é realizada uma lista de técnicas mais eficazes que o paciente aprendeu

na sessão, colocar nessas listas os métodos que foram fundamentais para o trabalho do enfrentamento do medo. Por exemplo: respiração diafragmática, exercício de relaxamento progressivo, RPD, revisar o caderno de anotação da terapia, entre outros. Desenvolvimento de novas estratégias diante das dificuldades usando as ferramentas aprendidas. Planejar novas metas e desafios em relação ao ato de dirigir, metas em curto prazo, ao médio prazo e em longo prazo.

Beck (2013), aborda os métodos de como deve ser feita a prevenção de recaídas.

c. Atividade para casa

Trazer na próxima sessão as metas a curto, médio e longo prazo com o dirigir. Trazer uma cartinha falando do seu percurso no processo terapêutico (feedback), caso o paciente prefira ou sinta dificuldade, isso pode ser feito de forma oral na próxima sessão.

4.1.11 Avaliação dos resultados

Verificação do humor

Agenda: Temas e objetivos

Aplicação das Escalas de Beck

a. Exercício de casa

Iniciar a sessão com as metas que o cliente fez a curto, médio e longo prazo.

b. Avaliação das habilidades adquiridas

Avaliar com cliente como ele iniciou o processo terapêutico, como foi o decorrer das sessões e como está finalizando o processo. Procurar levar para a sessão os RPDs, a conceituação cognitiva, as escalas de Beck e o caderno de sessão do cliente. Ressaltar os pontos fortes do cliente, as habilidades adquiridas e as metas atingidas, ou seja, atribuir a ele o crédito.

c. Verificar se o cliente está tendo algum pensamento disfuncional a respeito do encerramento das sessões

Verificar se o cliente está apresentando algum pensamento disfuncional a respeito do encerramento das sessões, se isso estiver ocorrendo, trabalhar com a seta descendente, debate socrático e avaliação de evidências.

d. Psicoeducar o paciente sobre a sessão de reforço

Psicoeducar o paciente sobre a sessão de reforço, explicar que essa sessão será uma medida preventiva e que ele poderá trazer, se for o caso, tópicos definidos que queira trabalhar.

e. Encerramento

Disponibilizar o feedback do trabalho com o cliente. Orientar e agendar uma sessão um mês após o encerramento. Incentivar o paciente a marcar sessão de reforço. Encerrar a sessão com a cartinha do paciente e fazendo as considerações finais.

4.1.12 Sessão de reforço

Avaliar e verificar com o cliente como está o andamento da autonomia dele, se necessário marcar a próxima sessão para trabalhar algum tipo e recaída.

A sessão de reforço tem como objetivo prevenir ou trabalhar recaídas, futuras dificuldades, trabalhar as estratégias comportamentais, se são elas adaptativas ou mecanismos para lidar com as crenças, como por exemplo, a esquiva. Verificar a autonomia do cliente em relação à terapia. Se necessário marcar mais algumas sessões para trabalhar crenças disfuncionais e estilos de enfrentamentos.

Aplicar a escalas de Beck, verificar os resultados e dar o feedback ao cliente, essa técnica irá ajudar na decisão da marcação de outras sessões ou não.

Aproveitar nessa sessão para apontar o cliente os seus pontos fortes, habilidades adquiridas e o seu progresso, reassegurando sua autonomia como seu próprio terapeuta.

Beck (2013), menciona a importância de orientar o cliente sobre a sessão de reforço.

5. DISCUSSÃO

A fobia apresentada neste projeto é observada cada vez mais na sociedade contemporânea devido aos fatores de desenvolvimento urbano, social e cultural. O trânsito tornou-se sinônimo de estresse e irritabilidade, desencadeado, assim, medo e ansiedade á quem está diariamente exposto ás condições precárias e a falta de humanidade decorrente do impacto negativo do crescente número de automóveis nas ruas da cidade e da falta de estrutura da mesma para comportá-los. A tendência desse quadro é se agravar com o passar dos anos, pois o crescimento das grandes e pequenas cidades é inevitável, assim como aumento das manifestações de algum tipo de transtorno causado pela saturação de situações corriqueiras provenientes da superpopulação e da falta de organização dos fatores internos e externos ao indivíduo.

O medo e a ansiedade podem ser inerentes ao ser humano, disparados diante de determinados estímulos, mas também podem ser aprendidos, seja pela imitação de outro indivíduo ou através de experiências traumáticas(...) A fobia específica é mantida pelo processo de evitação, que consiste no afastamento do objeto temido, isso gera a manutenção do medo e [essa fobia] é caracterizada por emoções como medo e ansiedade em altos níveis e por um longo tempo, é uma sensação de perigo eminente, associada às reações fisiológicas instantâneas (LEAHY 2011, p. 49, 53)

Há, portanto, uma correlação entre os pensamentos distorcidos, os comportamentos de evitação, a fobia específica e a desistência do ato de dirigir.

Grande parte dos indivíduos que apresentam tais sintomas durante esse processo são mulheres, visto que o perfil cultural da sociedade em que vivem pode influenciar diretamente na capacidade de desenvolvimento e no desempenho do comportamento de dirigir.

Analisando esta crescente demanda as obras vinculadas ao assunto e a absorção dessa problemática pela sociedade, constata-se a carência de disseminação de tal conhecimento não só a nível social, mas também profissional. Atualmente a TCC possui um leque de material, técnicas voltadas para transtornos de ansiedade, porém não dispõe de material voltado para a fobia medo de dirigir. Observando a necessidade de estruturar melhor as ferramentas que a TCC disponibiliza mais informações e estudos específicos com esse tema. Devido a escassez de artigos científicos, foram encontrados dois artigos que abordam uma

maior correlação entre as problemáticas. Um descreve o medo de dirigir como fobia específica, nomeada como o de Amaxofobia (BARP, CIELO, 2013). O outro artigo apresenta temas sobre o medo e evitação na direção de veículos (CANTINI et. al., 2013).

Faz-se necessário o desenvolvimento de uma nova proposta de tratamento que vise melhorar esses sintomas e que contribua para o processo de aprendizagem de dirigir sem interferir no medo natural do indivíduo, assim, o mesmo poderá conduzir tal função com consciência, segurança e responsabilidade.

O aprofundamento do conhecimento desta fobia específica é de suma importância para que o profissional possa intervir de modo condizente com as necessidades do paciente, agindo de forma objetiva e estruturada na realização da intervenção.

Considerando todas essas circunstâncias que envolvem o tema e sua problemática, compreendemos que este trabalho expressa grande importância científica e acadêmica, pois a pesquisa realizada e seus resultados abre um maior leque de possibilidades de compreensão e intervenção por parte dos profissionais TCC, além de divulgar e tornar o assunto menos restrito, já que podemos observar a crescente queixa de suas consequências na comunidade moderna.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste trabalho é despertar do medo e da ansiedade durante o processo de aprendizagem de direção de um veículo como uma fobia específica e sobre a viabilidade de uma nova forma de intervenção por parte dos profissionais da TCC.

Entendemos que os desdobramentos dessa questão interferem diretamente no cotidiano do indivíduo, proporcionando-o insegurança, tristeza, frustração e mais uma série de indícios negativos que podem transformar uma situação simples em um grande problema de difícil resolução.

Aqui, o intuito foi exatamente reverter esse quadro através de um protocolo de atendimento que possa proporcionar ao indivíduo maior atenção aos seus sintomas e desenvolver um tratamento para a fobia específica que possua maior eficácia, visando não subjugar o indivíduo.

A proposta foi pensada levando em consideração o bem estar do indivíduo e em cessar suas limitações, pois essas o impede de conquistar com maior facilidade seu objetivo e sua independência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA - American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* – 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARP, M.; CIELO, A.M., *Amaxofobia: um estudo sobre as causas do medo de dirigir. Unoesc & Ciência – ACBS*, v. 4, n. 1, p. 39-48, 2013. Disponível em: <<https://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/2627/pdf>>. Data de acesso: 12 de janeiro de 2017.

BECK, J.S. *Terapia Cognitiva para Desafios Clínicos. O que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed. 2007

BECK, J.S. *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed 2013.

BELLINA, C. C. O. *Dirigir sem medo*. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

CABALO, V.E. *Manual de Avaliação e Treinamento de Habilidades Sociais*. Editora: Santos. 2003.

CANTINI, J.A. et. al. *Medo e evitação na direção de veículos: características de motoristas que nunca dirigiram após obtenção da Carteira Nacional de Habilitação*. J

Bras. de Psiquiatria, v. 62, n 2, p. 124-130, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n2/v62n2a05.pdf>> Acesso em: 19 de Jul. 2016.

CORASSA, N. *Vença o medo de dirigir: Como superar-se e conduzir o volante da própria vida*. 2 ed. São Paulo: Editora Gente, 2006.

CUNHA, J. A. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C.A. *A Mente Vencendo o Humor: Mude como Você se Sente, Mudando o Modo como Você Pensa*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2017.

KNAPP, P. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed: 2004.

KUYKEN, W.; PADESKY C.A.; DUDLEY R. *Conceitualização de Casos Colaborativa: O Trabalho em equipe com pacientes em Terapia Cognitivo-Comportamental*. Porto Alegre: Artmed. 2010.

LADEWIG, I. *A Importância na Aprendizagem de Habilidades Motoras*. **Rev. paul. Educ. Fís.**, São Paulo, supl. 3, p. 62-71, 2000. Disponível em: <<http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/v14%20supl3%20artigo7.pdf>>. Acesso em: 19 de jul.2016.

LEAHY, L.L. *Técnicas de Terapia Cognitiva: Manual do Terapeuta*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed. 2006.

LEAHY, L. L. *Livre de Ansiedade*. 1.ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.

PASTORE, R. *Sem Medo de Dirigir*. 2. ed. São Paulo: Alaúde, 2008.

ROZESTRATEN, R. J. A. *Estilo perceptivo e acidentes de trânsito*. Arquivos brasileiros de Psicologia, v. 33, n. 3, p. 3-19, 1981. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/18597/17339>> Acesso em: 19 de Jul. 2016.

SIMONETTI, L. Figura sobre a emoção medo do filme Divertidamente. Blog Ciência do Cérebro. Disponível em: <www.cienciadocerebro.com.br/index.html>. Acesso em: 01 de janeiro de 2017.

WRIGHT, J.H.; BASCO, M. R.; THASE M.E. *Aprendendo a Terapia Cognitiva-Comportamental: Um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed, 2008. 224p.

Anexo I

Formulário de auxílio à coleta de dados

(KUYKEN W.; PADESKY C.A.; DUDLEY R. 2010)

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 algum problema 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.

Nome	Ocupação	Idade	Sexo	Comentários

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:

Membro da Família	Lista de problemas psiquiátricos, com álcool ou drogas.

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

a) Por favor, conte-nos 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? (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-nos 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 acontece coisa 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-se de uma dessas coisas terríveis?

Sim ()

Não ()

Você tem um parceiro atualmente? Em caso positivo, qual a idade dele/dela?

Qual é a ocupação dele/dela? _____

Há quanto tempo vocês estão juntos? _____

c) Por favor, conte-nos alguma coisa sobre seu parceiro (a), seu caráter ou personalidade e o seu relacionamento com ele/ela. O que você gosta nesta relação?

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? (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.

			S/N
			S/N

3. Você está tomando alguma medicação por motivos psiquiátricos?

Sim ()

Não ()

Em caso positivo, preencha o seguinte:

Medicação	Dosagem	Frequência	Nome do médico que prescreveu.

4. Você já tentou suicídio?

Sim ()

Não ()

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? Sim () Não ()

Em caso positivo, por favor, especifique.

4. Houve alguma mudança na sua saúde geral neste último ano?

Sim () Não ()

Em caso positivo, por favor, especifique.

5. No momento você está tomando alguma medicação não-psiquiátrica ou drogas de prescrição? Sim () Não ()

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 tiroide S/N
Diabete S/N		

Você está grávida ou acha que pode estar? Sim () Não ()

Você já teve ataques, acessos, convulsões ou epilepsia? Sim () Não ()

Você tem prótese de válvula cardíaca? Sim () Não ()

Você tem alguma condição médica atual? Sim () Não ()

Em caso positivo, por favor, especifique:

Você tem alergia a alguma medicação ou alimento? Sim () Não ()

Em caso positivo, por favor, especifique:

História de Uso de Álcool e Drogas

1. O seu uso de álcool já lhe causou algum problema? Sim () Não ()

2. Alguém já lhe disse que o álcool lhe causava algum problema ou reclamou sobre o seu comportamento de beber? Sim () Não ()

3. O seu uso de drogas já lhe causou algum problema? Sim () Não ()

4. Alguém já lhe disse que as drogas lhe causavam algum problema ou reclamou sobre o seu uso delas? Sim () Não ()

5. Você ficou “viciado” em alguma medicação prescrita ou já tomou mais do que deveria? Sim () Não ()

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?

Sim ()

Não ()

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 nos contar alguma coisa sobre seus planos, esperanças e expectativas para o futuro.

3. Por favor, você poderia nos contar como se sentiu preenchendo este questionário.

Anexo II



RESUMO - Diagrama de Conceituação Cognitiva - (BECK 2013)

Terapeuta: _____

Nome: _____

Data ____/____/____

Queixa inicial:

HD: _____

Eixo DSM V: _____

Dados relevantes da infância

(Quais experiências contribuíram para o desenvolvimento e manutenção da crença central?).

Crenças Centrais

(Qual é a crença mais central sobre si mesmo?)

Crenças intermediárias

Estratégias Comportamentais

(Quais comportamentos o ajudam a lidar com a crença?)

Situação 1 <i>Qual foi a situação problemática?</i>	Situação 2	Situação 3
Pensamentos Automáticos <i>O que passou por sua cabeça?</i>	Pensamentos Automáticos	Pensamentos Automáticos
Significado <i>O que o pensamento automático significou para ele?</i>	Significado	Significado
Emoção <i>Que emoção esteve associada ao pensamento?</i>	Emoção	Emoção

Comportamento <i>O que o cliente fez então?</i>	Comportamento	Comportamento



Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental
Clínica Especializada em Terapia Cognitivo-Comportamental

São Paulo - Rua Vergueiro, 2387 - cj. 31 - Vila Mariana
 Fone (11) 3361-7145
 Araraquara - Rua Napoleão Selmi Dei, 211- Vila Harmonia
 Fone (16) 3322-7248

Anexo III

Registro de Pensamentos Automáticos – RPD3

(GREENBERGER; PADESKY, 2017)

Paciente _____ Data ___/___/___

REGISTRO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS (RPD 3)			
Data/ Hora	1. Situação	2.Pensamento Automático	3. Emoção
	1-Que evento real desencadeou a emoção?	1-Que pensamento ou imagem passou pela sua cabeça?	1- Qual a intensidade (0 a 100%) da emoção?
	Entrou no carro	Eu não consigo	90 % Medo
	Deu uma volta de carro	Eu vou bater o carro	80 % Ansiedade
	Erre as marchas	Não posso errar	60% Insegurança
	Dirigir no trânsito	O carro é uma arma, vou matar alguém.	100% Pavor

Anexo IV

Registros de Pensamentos Disfuncionais – RPD5

(Modelo adaptado de Knapp (2004) e GREENBERGER; PADESKY (2017))

Paciente _____ Data ___/___/___

Instrução: Quando você perceber o seu humor mudando, pergunte a si mesmo “O que está passando pela minha cabeça agora?” e, assim que possível, anote o pensamento ou imagem mental na coluna Pensamento Automático.

REGISTRO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS (RPD 5)					
Data/ Hora	1. Situação	2.Pensamento Automático	3.Emoção	4. Reações corporais	5.Comportamento
	2-Que evento real desencadeou a emoção?	1-Que pensamento ou imagem passou pela sua cabeça?	1- Que emoção (tristeza, ansiedade, raiva etc...) você percebeu?	1-Que tipo de reações percebeu no corpo? (suor nas mãos, coração acelerado)	1-O que você fez? Qual foi a sua ação? 2-Tentou executar mais rápido? Fugiu da situação? Evitou?

Anexo V



Ansiedade: Como identificar e lidar com seu pensamento automático disfuncional? (KNAPP, 2004)

Muitas pessoas que estão depressivas e/ ou ansiosas têm uma maneira tendenciosa e negativa de pensar sobre as coisas.

Buscam constantemente identificar ameaças ou perigos. Quando outra pessoa apenas pensaria “Ah, esse problema seria algo menor caso acontecesse”, o ansioso poderia pensar se tratar de algo horrível.

Chamamos esses pensamentos negativos que ocorrem espontaneamente de “pensamentos automáticos”.

Eles parecem plausíveis no momento, mas podem também refletir uma maneira tendenciosa de pensar.

Um das primeiras coisas que você pode fazer para lidar com seu modo negativo de pensar é identificar seus pensamentos disfuncionais. Por exemplo, digamos que você esteja em uma festa e perceba que está se sentindo ansioso. Você começa a ter os seguintes pensamentos negativos:

- As pessoas pensarão que sou um imbecil;
- Seria horrível se alguém pensasse assim;
- Eu não suportaria;
- Devo ser um idiota;
- Não há nada aqui para mim.

Bem, seu pensamento disfuncional está funcionando plenamente.

Constantemente que as pessoas que tendem à ansiedade e à depressão têm maneiras de pensar que são típicas- que chamamos de distorções cognitivas. Isso simplesmente significa que você tende ao pensamento negativo.

Anexo VI

Debate Socrático/ com Exames de Evidências - (LEAHY, 2006)

- Quais são as evidências?
- Quais são as evidências que apoiam essa idéia?
- Quais são as evidências contra essa idéia?
- Existe uma explicação alternativa?
- Qual é o pior que poderia acontecer? Eu poderia superar isso?
- O que é o melhor que poderia acontecer?
- Qual é o resultado mais realista?
- Qual é o efeito da minha crença no pensamento automático?
- O que eu deveria fazer em relação a isso?
- O que eu diria (a um amigo) se ele ou ela estivesse na mesma situação?

Anexo VII



Distorções Cognitivas – (KNAPP, 2004)

Podemos categorizar seus pensamentos negativos em estilos específicos. Por exemplo, se você pensa que alguém pensa que você é entediante (mas você não tem provas diretas disto), o que está acontecendo é a leitura da mente. Observe a lista abaixo e veja se você está usando alguma dessas maneiras distorcidas de pensar:

a) Catastrofização

Pensar que o pior de uma situação irá acontecer, sem levar em consideração a possibilidade de outros desfechos. Acreditar que o que aconteceu ou irá acontecer será terrível e insuportável. Eventos negativos que podem ocorrer são tratados como catástrofes intoleráveis, em vez de serem vistos em perspectiva.

Exemplos:

Perder emprego será o fim da minha carreira.

Eu não suportarei a separação da minha mulher.

Se eu perder o controle, será meu fim.

b) Raciocínio emocional

Presumir que sentimentos são fatos. “Sinto, logo existe”. Pensar que algo é verdadeiro porque tem um sentimento (na verdade, um pensamento) muito forte a respeito. Deixar os sentimentos guiarem a interpretação da realidade. Presumir que as reações emocionais necessariamente refletem a situação verdadeira.

Exemplos:

Eu sinto que minha mulher não gosta mais de mim.

Eu sinto que meus colegas estão rindo nas minhas costas.

Sinto que estou tendo um enfarto, então deve ser verdadeiro.

Sinto-me desesperado, portanto, a situação deve ser desesperadora.

c) Polarização (pensamento tudo-ou-nada, dicotômico)

Ver a situação em duas categorias apenas, mutuamente exclusivas, em vez de um *continuum*. Perceber eventos ou pessoas em termos absolutos.

Exemplos:

Deu tudo errado na festa.

Devo sempre tirar a nota máxima, ou serei um fracasso.

Ou algo é perfeito, ou não vale à pena.

Todos me rejeitam. Tudo foi uma perda de tempo total.

d) Abstração seletiva (visão em túnel, filtro mental, filtro negativo)

Um aspecto de uma situação complexa é o foco da atenção, enquanto outros aspectos relevantes da situação são ignorados. Uma parte negativa (ou mesmo neutra) de toda uma situação é realçada, enquanto todo o restante positivo não é percebido.

Exemplos:

veja todas as pessoas que não gostam de mim.

A avaliação do meu chefe foi ruim (focando apenas um comentário negativo e negligenciando todos os comentários positivos).

e) Adivinhação

Prever o futuro. Antecipar problemas que talvez não venham a existir. Expectativas negativas estabelecidas como fatos.

Exemplos:

Não irei gostar da viagem.

Ela não aprovará meu trabalho.

Dará tudo errado.

f) Leitura mental

Presumir, sem evidências, que sabe o que os outros estão pensando, desconsiderando outras hipóteses possíveis.

Exemplos:

Ela não está gostando da minha conversa.

Ele está me achando inoportuno.

Ele não gostou do meu projeto.

g) Rotulação

Colocar um rótulo global, rígido em si mesmo, numa pessoa ou situação, em vez de rotular a situação ou o comportamento específico.

Exemplos:

Sou incompetente.

Ele é uma pessoa má.

Ela é burra.

h) Desqualificação do positivo

Experiências positivas e qualidades que conflitam com a visão negativa são desvalorizadas porque “não contam” ou são triviais.

Exemplos:

O sucesso obtido naquela tarefa não importa, porque foi fácil.

Isso é o que esposas devem fazer, portanto, ela ser legal comigo não conta.

Eles só estão elogiando meu trabalho porque estão com pena.

i) Minimização e maximização

Características e experiências positivas em si mesmo, no outro ou nas situações são minimizadas, enquanto o negativo é maximizado.

Exemplos:

Eu tenho um ótimo emprego, mas todo mundo tem.

Obter notas boas não que dizer que eu sou inteligente, os outros obtêm notas melhores do que as minhas.

j) Personalização

Assumir a culpa ou responsabilidade por acontecimentos negativos, falhando em ver que outras pessoas e fatores também estão envolvidos nos acontecimentos.

Exemplos:

O chefe estava com a cara amarrada, devo ter feito algo errado.

É minha culpa.

Não consegui manter meu casamento, ele acabou por minha causa.

k) Hipergeneralização

Perceber num evento específico um padrão universal. Uma característica específica numa situação específica é avaliada como acontecendo em todas as situações.

Exemplos:

Eu sempre estrago tudo.

Eu não me dou bem com mulheres.

l) Imperativos (“deveria” e “tenho - que”)

Interpretar eventos em termos de como as coisas deveriam ser, em vez de simplesmente considerar como as coisas são. Afirmações absolutistas na tentativa de prover motivação ou modificar um comportamento. Demandas feitas a si mesmo, aos outros e ao mundo para evitar as consequências do não cumprimento dessas demandas.

Exemplos:

Eu tenho que ter controle sobre todas as coisas.

Eu devo ser perfeito em tudo que faço.

Eu não deveria ficar incomodado com minha esposa.

m) Vitimização

Considerar-se injustiçado ou não entendido. A fonte dos sentimentos negativos é algo ou alguém, havendo recusa ou dificuldade de se responsabilizar pelos próprios sentimentos ou comportamentos.

Exemplos:

Minha esposa não entende meus sentimentos.

Faço tudo pelos meus filhos e eles não me agradecem.

n) Questionalização (E se?)

Focar o evento naquilo que poderia ter sido e não foi. Culpar-se pelas escolhas do passado e questionar-se por escolhas futuras.

Exemplos:

Se eu tivesse aceitado o outro emprego, estaria melhor agora.

E se o novo emprego não der certo?

Se eu não tivesse viajado, isso não teria acontecido.

Anexo VIII

Registro de pensamentos disfuncionais RPD7

(Modelo adaptado de Knapp (2004) e GREENBERGER; PADESKY (2017))

Paciente: _____ Data: _____

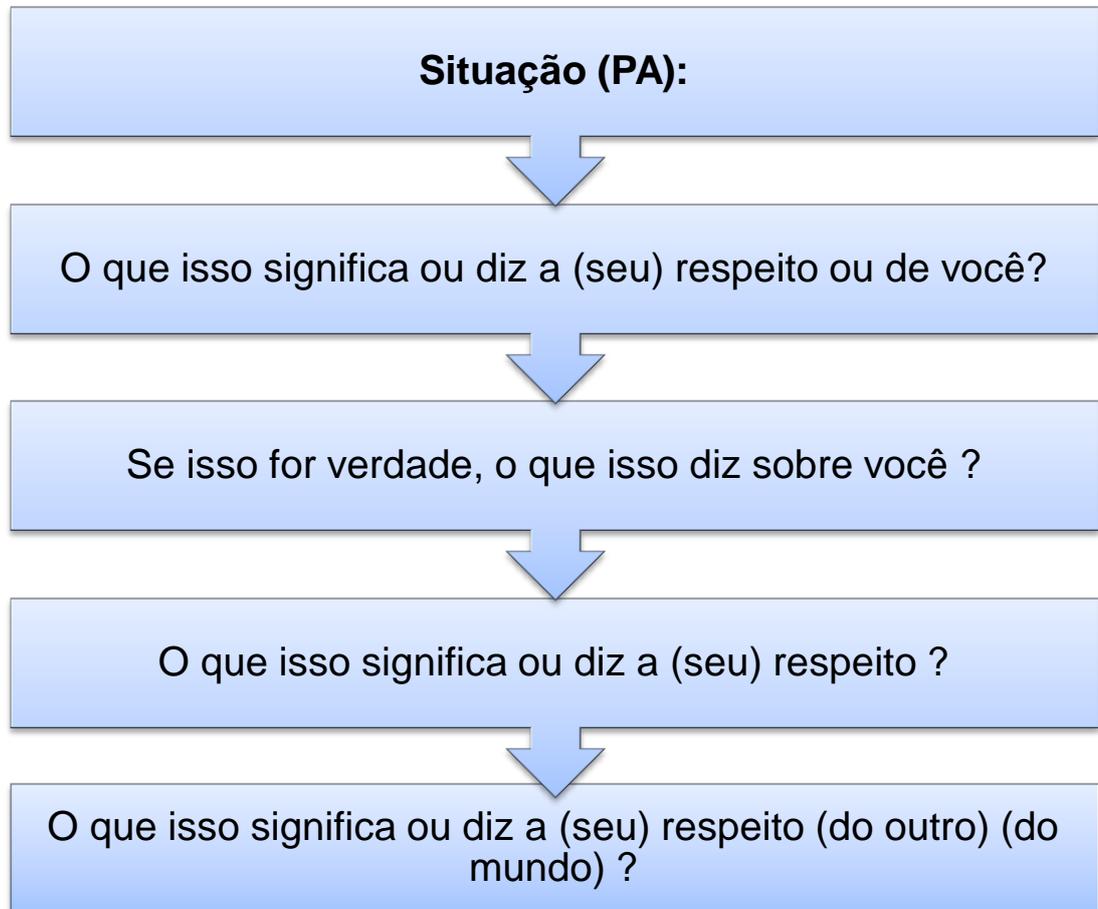
REGISTRO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS (RPD 7)					
Data/ Hora	1. Situação	2.Pensamento Automático	3. Emoção	4. Reações corporais	5. Comportamento
	3-Que evento real desencadeou à emoção ?	1-Que pensamento ou imagem passou pela sua cabeça?	1- Qual a intensidade (0 a 100%) da emoção?	1-Que tipo de reações percebeu no corpo? (suor nas mãos, coração acelerado)	1-O que você fez? Qual foi a sua ação? 2-Tentou executar mais rápido? Fugiu da situação? Evitou?
6.Quais as evidências que apoiam os pensamentos automáticos?			7.Quais as evidências que não apoiam os pensamentos automáticos?		

Anexo IX



Seta Descendente (GREENBERGER; PADESKY, 2017)

Nome _____ Data ___ / ___ / ___



Anexo X
Termo de Responsabilidade Autoral

Eu **Angra de Brito Almeida**, 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 “**LIDANDO COM OS SINTOMAS DE ANSIEDADE E MEDO DE DIRIGIR: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**”, 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)