ELABORAÇÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO

ROSANE TRAPAGA

PSICÓLOGA CLÍNICA, ESPECIALISTA EM TERAPIA SISTÊMICA E COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

MESTRA EM PSICOLOGIA CLÍNICA COM ÊNFASE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

DOUTORA EM PSICOLOGIA

ARTIGO CIENTÍFICO

- Realizado com metodologia criteriosa
- Procurar a solução de problemas referente ao tema escolhido
- Embasado no conhecimento atento e aprofundado de algo.
- Corpo de conhecimentos sistematizados adquiridos via observação, identificação, pesquisa e explicação de determinadas categorias de fenômenos e fatos.
- Formulados metódica e racionalmente.

NORMAS E REGRAS ABNT: COMO FAZER?

- Elementos pré-textuais do artigo científico:
- Antecedem a parte central do artigo científico e apresentam informações importantes para a identificação do trabalho.

- Elementos:
- Pré-textuais
- Textuais
- Pós-textuais

ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS DO ARTIGO CIENTÍFICO

- Título, e Subtítulo (opcional). figuram na primeira página do artigo.
- Quando escrito em conjunto com o subtítulo devem ser diferenciados tipograficamente ou separado por dois pontos (:). Deve estar no mesmo idioma do texto central do documento.
- Nome do autor ou autores. O nome do autor deve conter a informação mínima necessária para identificar cada autor. Os autores devem ser qualificados de acordo com área de conhecimento do artigo. Isto é, uma breve descrição deve aparecer como nota de rodapé na página de abertura. Acrescenta-se a essa descrição o e-mail de cada autor. Opcionalmente, pode-se colocar a qualificação no final dos elementos pós-textuais.

ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS DO ARTIGO CIENTÍFICO

- Resumo na língua do texto.
- Elemento obrigatório deve ser feito com uma sequência de frases concisas e objetivas.
- Deve conter no máximo 250 palavras.

ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS DO ARTIGO CIENTÍFICO

- Palavras-chave na língua do texto.
- Devem figurar logo abaixo do resumo e é elemento obrigatório.
- São precedidas da expressão “Palavras-chave:” e separadas por ponto.

A IMPORTÂNCIA DO FOCO NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Katuza Carbonara* Álvaro Cielo Mahl**

Resumo

O objetivo principal deste estudo foi descrever um caso clínico em que se evidencia a relevância do estabelecimento de metas para o processo terapêutico na Terapia Cognitivo- comportamental. O caso a ser descrito refere-se a uma mulher de 40 anos, com problemas de relacionamento com os filhos e solidão. No começo do processo, a desmotivação da paciente foi uma limitação da terapia, no entanto, a formação de um bom vínculo terapêutico, aliado ao estabelecimento de metas, foram fatores decisivos para o engajamento da paciente na psicoterapia. A partir do estabelecimento dessa relação, buscou-se a colaboração e a participação ativa da cliente na resolução dos problemas abordados por meio de metas voltadas para o aqui e agora, e assim, foi possível vislumbrar o progresso da psicoterapia, que é fruto da parceria entre terapeuta e paciente.

Palavras-chave: Estabelecimento de metas. Foco. Terapia Cognitivo-comportamental.

Rodapé

*Graduanda de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina de São Miguel do Oeste, SC;
katuza_carbonara@yahoo.com.br
** Mestre em Psicologia do Desporto e do Exercício; Rua Oiapoc, 211, Bairro Agostini, São Miguel do Oeste, SC;
alvaro.mahl@unoesc. edu.br

ELEMENTOS TEXTUAIS DO ARTIGO CIENTÍFICO

- Introdução:
- É porta de entrada para o leitor que se interessou pelo artigo científico.
- Deve conter as seguintes funções e objetivos:
- 1.Apresentar o contexto no qual será discutido no artigo;
- 2.Descrever a proposta do trabalho;
- 3.Descrever o problema que tentará solucionar ou a abordagem utilizada;
- 4.Colocar no último paragrafo da introdução um breve resumo das seções apresentadas no restante do artigo.

INTRODUÇÃO

A Psicologia Cognitivo-comportamental vem ganhando espaço entre as diversas abordagens teóricas, principalmente pela sua objetividade e eficácia terapêutica, o que pode ser considerado uma vantagem no tratamento de diversos problemas, bem como de alguns transtornos psiquiátricos (NEUFELD; CAVENAGE, 2010). A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem como finalidade produzir mudanças nos pensamentos disfuncionais e nos sistemas de significados, além de uma transformação emocional e comportamental duradoura ao cliente. Assim, proporcionando a ele autonomia, alcançando, então, o alívio ou a remissão total dos sintomas (BECK, 1997). Diversos autores (BECK, 1997; DOBSON; DOBSON, 2010; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008; SUDAK, 2008) indicam a importância do estabelecimento de uma meta no tratamento do cliente e nas estratégias de resolução do mesmo. Dada a importância do foco da problemática em questão na TCC, o objetivo principal deste estudo é descrever um caso clínico em que se evidencia a relevância do estabelecimento de metas para o processo terapêutico. O caso a ser descrito refere-se à Dália1, uma mulher de 40 anos que chegou à clínica encaminhada por uma psicóloga, após procurar atendimento psicológico para o filho, estando preocupada com ele, pois não queria ir à escola, e aflita com a quantidade de problemas pessoais e financeiros que precisa resolver sozinha.

O caminho a ser percorrido será, primeiramente, discorrer sobre a literatura na área da TCC e da importância do estabelecimento das metas para a terapia. Em seguida, será apresentado o caso clínico e o processo psicoterapêutico. Finalizando com as considerações acerca do desenvolvimento do caso e do terapeuta.

ELEMENTOS TEXTUAIS DO ARTIGO CIENTÍFICO

- Desenvolvimento:
- É considerada parte principal do artigo científico.
- Tem uma exposição ordenada do assunto abordado.
- Deve ser dividido em seções e subseções: dependem do tema e do método de pesquisa utilizado.

    A. Materiais e métodos.

    B. Resultados e discussão.

TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

As origens históricas da Terapia Cognitiva datam de 1956. A Terapia Cognitiva foi desenvolvida por Aaron T. Beck, na Universidade da Pensilvânia, no início da década de 1960, como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, à depressão, direcionada a resolver problemas e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais (BECK, 1997). A terapia Cognitivo-comportamental (TCC) caracteriza-se por ser uma abordagem que visa à participação ativa entre terapeuta e cliente. O seu foco está em como os problemas interferem no funcionamento de cada um, ajudando a entender esses problemas. Baseia-se no Modelo Cognitivo e na utilização de técnicas cognitivas e comportamentais, que visam à modificação dos padrões de pensamentos e crenças disfuncionais que causam ou mantêm sofrimento emocional e distúrbios psicológicos no indivíduo. Fundamenta-se no pressuposto de que as emoções, comportamentos e reações fisiológicas estão diretamente ligados à forma como o indivíduo avalia suas experiências no mundo (BECK, 1997; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Segundo o modelo cognitivo, é possível identificar três níveis de cognição: os pensamentos automáticos, nível mais superficial e espontâneo que surge na mente diante de diversas situações do cotidiano; as crenças intermediárias, em que conteúdos cognitivos aparecem sob a forma de regras e suposições ligadas ao nível mais profundo; e as crenças centrais, a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo, que se formam a partir de experiências remotas da infância (BECK, 1997). Ela enfatiza uma abordagem voltada para o problema, porque a atenção às questões atuais ajuda a estimular o desenvolvimento de planos de ações para combater sintomas patológicos. Além disso, as respostas cognitivas e comportamentais a eventos recentes são mais acessíveis e verificáveis do que as de um passado distante (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). O trabalho na TCC inicia-se logo na primeira sessão por meio da queixa do paciente, da qual o terapeuta colhe dados importantes para o diagnóstico clínico. Começa a compreender a maneira de ser dessa pessoa, sua forma de pensar, sentir e agir. Após esses primeiros aspectos, começa-se a levantar hipóteses sobre como o paciente desenvolveu o transtorno que o motivou a buscar o tratamento. Essas hipóteses guiarão o processo, e em função disso, vão sendo reconstruídas a cada nova sessão, de acordo com o aparecimento de novos dados, construindo, assim, a formulação de caso (DOBSON; DOBSON, 2010). Segundo Beck (1997), é a partir do estabelecimento desta relação que se busca a colaboração e a participação ativa do cliente e do terapeuta na resolução dos problemas abordados por meio de metas voltadas para o aqui e o agora e para a identificação, avaliação e modificação de pensamentos e crenças disfuncionais. Nesse processo, realiza-se a construção de uma lista de problemas e metas do tratamento, que auxilia a selecionar as intervenções mais adequadas a serem feitas e o momento adequado, além de facilitar a visualização da evolução do tratamento. Todas as pessoas possuem alguma coisa que desejariam melhorar em sua vida e que se relaciona a formas de pensar e enxergar a vida. Isso é colocado em forma de meta, é esse o objetivo da terapia. A partir daí, busca-se atingir essas metas. Segundo Bahls e Navolar (2004), para atingir tais objetivos, são utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais, principalmente o registro de pensamentos, o questionamento socrático e os experimentos comportamentais

CASO CLÍNICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Para preservar a identidade da paciente, optou-se pelo uso de nomes fictícios, assim, a paciente será identificada como Dália e as demais pessoas do caso serão identificadas pelas iniciais. Dália é uma empresária e motorista de caminhões de transporte de leite, 40 anos, divorciada, teve 3 relacionamentos longos, dos quais teve 4 filhos. M. de 18 anos (feminimo) e P. de 15 anos (masculino), do primeiro casamento, J. de 4 anos (masculino) do segundo casamento e Mt. de 2 anos (masculino), de um envolvimento do qual o pai não assumiu a criança. Atualmente mora sozinha com M., J. e Mt. O filho P., de 15 anos, mora com o pai.

DIAGNÓSTICOS (DSM-V)

A paciente não apresenta nenhum diagnóstico específico. A problemática em voga é o sentimento de solidão, irritação e cansaso no processo de educação dos filhos.

PROBLEMAS ATUAIS E FUNCIONAMENTO ATUAL

Dália sente-se sozinha para criar seus filhos, sente a falta de alguém para conversar e dividir as angústias. No dia a dia, sente-se irritada quando a filha M. não realiza as tarefas de casa e fica dormindo, reclama da filha, mas não toma nenhuma providencia para mudar a situação. Também relata não saber como agir com os filhos menores J. e Mt. que fazem "birras", de modo que ela acaba deixando-os fazer o que querem ou bate neles, mas esses comportamentos dos filhos continuam a ocorrer. Dália relata que espera que algum dia esses problemas se resolvam, mas sente-se bastante incomodada com isso.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS: CID-10 E DSM

- CID-10 significa "Classificação Internacional de Doenças", e o número 10 indica a versão, ou seja, já foram realizadas 10 atualizações e revisões desse código;
- DSM-5 é uma sigla inglesa, Diagnostic and Statistical Manual, que significa Manual de Diagnóstico e Estatística e o número 5 da sigla é usado para indicar que já foram feitas cinco revisões.
- A CID-10 é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ele abrange todas as doenças, incluindo os transtornos mentais, e foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).
- O DSM-5 abrange apenas os transtornos mentais e tem sido mais utilizado em ambientes de pesquisa, porque possui itens mais detalhados, em forma de tópicos. Foi elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria.

PERFIL DE DESENVOLVIMENTO

História:

Dália é a filha mais nova de dois filhos, teve vários amigos na infância. Mudou-se com os pais para um acampamento no meio da mata, na adolescência. Nesse período, os pais e irmãos iam trabalhar e ela ficava no acampamento sozinha. Também nessa época, seu irmão de seis anos estava com crises de epilepsia. Dália relata que ficava na cama sem se mexer, com medo de que se ela se mexesse, seu irmão teria uma crise, e ela não queria ouvir ele em crise. Estudou até o ensino médio. Começou a trabalhar como motorista de caminhão de leite junto ao pai. Começou a namorar aos 13 anos, por influência da família e para não ficar sozinha. Quando o namoro enfrentou dificuldades e ela desejou terminar, a sua família não aprovou essa decisão; no entanto, ela terminou assim mesmo. O rapaz ameaçou suicidar-se, mas nunca cumpriu a ameaça. Dália casou-se com 20 anos com o segundo namorado que teve, casamento do qual nasceram os dois primeiros filhos, M. e P. Separou-se e casou-se novamente; este foi um casamento tumultuado de brigas, ameaças e traição do marido, do qual teve o terceiro filho, J., cuja gravidez foi muito difícil, pelos problemas da separação. Após o divórcio, Dália envolveu-se com um homem e engravidou, ele não assumiu o filho, Mt., e não mantém nenhum contato. O segundo filho, P., mora com o pai e tem pouco contato com Dália. Ela não relatou nenhum problema médico importante e/ou psiquiátrico.

Relacionamentos:

Durante as sessões de terapia, Dália relata ter uma relação bem próxima com o pai, porém, apresenta alguns problemas de relacionamento com a mãe, em razão da quantidade de críticas e divergências em relação às suas decisões, principalmente na adolescência. Apesar dessas divergências, elas mantêm um bom contato, visitam-se frequentemente e a mãe ajuda a cuidar dos filhos quando ela está trabalhando. Relata também brigas com um irmão; desentenderam-se por questões financeiras e não mantêm mais contato. Nos relacionamentos amorosos, Dália relata muitas brigas com os ex-maridos, faz reclamações que eles não a ajudavam na educação dos filhos. Hoje, mantém um bom contato telefônico com o primeiro marido para falar a respeito dos filhos, com o segundo marido, ela não tem mais contato frequente, pois um filho dele é o intermediário de suas conversações, sempre a respeito do filho. No terceiro relacionamento, Dália perdeu todo o contato após engravidar, o companheiro não quis assumir a criança e até o momento não apareceu para ver o filho.
Com os filhos, o relacionamento é bem afetuoso, porém, em momentos de discordância, a relação torna-se complicada, havendo dificuldades na resolução desses conflitos familiares. São brigas intermináveis e repetitivas, sem uma resolução.

Eventos significativos e traumas

Dália relata alguns eventos da sua infância e adolescência que de alguma maneira a marcaram. Observa-se que esses eventos estão presentes no modo de Dália se relacionar, com a maneira que ela se vê e vê o mundo. Os eventos descritos pela paciente são: o criticismo da mãe, irmão com epilepsia, e ficar sozinha no acampamento.

PERFIL COGNITIVO

Problemas/situações problemáticas atuais típicas
Segundo os relatos de Dália, observaram-se algumas situações problemáticas, tais como: irritação com a filha, por ela ficar dormindo em vez de procurar um emprego; não realizar/pôr em prática as decisões que toma; não saber o que fazer com as "manhas" dos filhos menores.

Pensamentos automáticos, sentimentos e comportamentos típicos nessas situações:

Situação	Pensamentos automáticos	Sentimentos	Comportamentos
A filha fica dormindo	“Isso não pode ficar sempre assim”.	Raiva	Repreende a filha
Filho ficar no colo enquanto dirige	“Um dia isso vai se resolver”.	Tristeza	Deixa o menino ficar no colo
Manhas dos filhos	“Nunca vi nenhum filho meu fazer isso, não sei como resolver”.	Triteza e Raiva	Ameaça chamar o pai deles
Convite para ir a um baile	“Todos têm seus amigos, eu vou ficar sozinha lá”.	Tristeza	Não foi ao baile

Verifica-se, assim, um padrão de tristeza e raiva após os pensamentos automáticos de solidão e incapacidade, resultando em um padrão de comportamento de evitar a situação e de agressividade. Esses padrões de sintomas causaram sofrimento a ela, além de também problemas interpessoais, sob a forma de tensão familiar e envolvimento reduzido com os amigos.

Crenças centrais

As crenças centrais constituem o nível mais profundo da estrutura cognitiva e são compostas por ideias absolutistas, rígidas e globais que um indivíduo tem sobre si mesmo. São ideias e conceitos a respeito de nós mesmos, das pessoas e do mundo. São aceitas passivamente, sem grandes questionamentos, são mantidas e reforçadas sistematicamente (RANGÉ, 2001).
Conforme as sessões de terapia, formularam-se algumas hipóteses das crenças centrais de Dália:

a) Eu sou incompetente (crença de desamparo).
b) Eu sou sozinha (crenças de desamor).

Crenças intermediárias

As crenças intermediárias correspondem ao segundo nível de pensamento e não são diretamente relacionadas às situações, ocorrendo sob a forma de suposições ou regras. Derivam e reforçam as crenças centrais. Nos relatos de Dália, está presente a crença de que quando tiver alguém consigo, ele lhe ajudará a resolver as coisas:

a) Preciso ter alguém junto comigo para não me sentir só.
b) As coisas irão se ajeitar sozinhas.
c) Vou aguentar as coisas assim, afinal não estão tão ruins

INTEGRAÇÃO E CONCEITUAÇÃO DE PERFIS COGNITIVOS E DESENVOLVIMENTAIS

A mãe de Dália a repreendia e desejava que as coisas fossem feitas à sua maneira; Dália enfrentou a mãe em algumas situações, como quando terminou o namoro na adolescência, mas por essa decisão, teve que enfrentar coisas desagradáveis, como as ideações suícidas do ex-namorado e a atribuição por terceiros dessa culpa. A família havia arranjado este namorado a ela, fazendo-a aceitá-lo sob a arguência de que poderia ficar sozinha. Dália também tinha medo de ficar sozinha na adolescência e procurou um relacionamento amoroso como fonte de fugir dessa solidão. Esses eventos parecem refletir na sua vida atual, uma vez que identificou-se que ela já passou por três relacionamentos duradouros, dos quais reclamou que os companheiros não a ajudavam, e ainda, atualmente, procura um parceiro na ânsia de ele ajudá-la com os seus problemas. Além de não pôr em prática suas decisões por achar que os problemas se resolveriam com o tempo, ou por não se achar capaz de resolvê-los sozinha. Dália repete esse padrão de comportamento com a filha, pois a critica e cobra atitudes suas da mesma forma que fora cobrada pela mãe. As regras criadas para enfrentar as crenças de desvalia e incompetência reforçam esses comportamentos, criando um padrão de evitação dos problemas e procura de um parceiro, na ânsia de que os problemas se resolvam por si próprios.

IMPLICAÇÕES PARA A TERAPIA E METAS DO TERAPEUTA

Dália não se demostrava motivada com a terapia. Ela vinha aos atendimentos, pois ao encaminhar o filho, pediram para realizar os atendimentos também, mas não acreditava que, conversando sobre seus problemas, iria resolvê-los. Essa desmotivação limitava bastante o começo do processo de psicoterapia. O objetivo de Dália na terapia era a resolução dos conflitos familiares, ela reclamava da relação com os filhos, mas passava a resolução dessa dificuldade para eles. Esperava que os filhos se adaptassem às suas decisões. Considerando as dificuldades da paciente e seus objetivos, nas sessões de terapia buscou-se, em um primeiro momento, motivá-la para a terapia. Estimulá-la a perceber que ela precisa ser a agente de mudança, para que as coisas que a desagradam mudem, e compreender que não será a presença de um companheiro que solucionará seus problemas.
E, consequentemente, melhorar a relação com os filhos.

ASPECTOS TRABALHADOS NO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO

Durantes as 10 sessões de terapia realizadas até o momento, trabalhou-se a criação de um bom vínculo terapêutico e identificação das metas para a terapia. Dália não estava motivada a vir à terapia, não percebia em si coisas a serem pensadas e melhoradas. Assim, buscou-se criar um vínculo mais próximo para, então, começar a identificar as metas e focar as sessões.

EVOLUÇÃO DA PACIENTE

As mudanças começaram a aparecer quando decidiu-se em quais assuntos deveriam ser focadas as sessões de terapia. Ao buscar encontrar as metas, Dália pensou em si e em seus comportamentos, mudando o foco, que antes estava nas coisas que os filhos faziam e deixavam de fazer. As principais metas traçadas foram: reagir melhor às situações problemáticas apontadas por ela ao longo do processo terapêutico, como saber lidar com os filhos de modo efetivo; falar dos eventos passados e em como eles interferem no dia a dia, sua relação com a mãe e com a filha, e começar a colocar em prática as ações que planejava e não executava (ex: os filhos menores dormiam no mesmo quarto com ela, fato que Dália dizia saber que deveria mudar, mas nunca concretizava esse desejo). Dália também traçou a meta de se aproximar mais do filho P., de 15 anos, que mora com o pai. Nessa situação, ela pensou nas coisas que o filho gosta e percebeu que ela também gosta de algumas delas – como acampar – e, utilizando isto como referência, uma das suas tarefas de casa foi ligar para o filho e convidá-lo para ir acampar. Observou que, quando P. vai visitá-la, ela dá mais atenção aos pequenos, por eles pedirem sua atenção todo o tempo e, diante dessa constatação, propôs-se a dar mais atenção a P., para que assim pudessem ficar realmente juntos nos momentos que se encontram. Com o foco nas sessões, procura-se aumentar o comprometimento de Dália com a psicoterapia, e incentivá-la a observar seus comportamentos e pensamentos para identificar condutas que não estão sendo resolutivas. Dália percebeu que vir à terapia somente para reclamar do comportamento de seus familiares não a ajudaria a melhorar, e desse modo, passou a trazer mais coisas de si e a pensar sobre a forma que ela reage nas situações. Assim, ficou mais motivada com a terapia, buscava que esse tempo a ajudasse a resolver seus conflitos de forma mais objetiva, tornou-se mais ativa/participativa nas sessões.

Mudou alguns comportamentos, como não pegar mais o filho no colo enquanto dirige, tendo também se aproximado mais do filho P., convidando-o mais para visita-lá e interagindo mais com ele. Percebeu que muitas atitudes que a irritam em sua filha são atitudes que ela mesma tem, como ficar planejando coisas e não as concretizar, ficar esperando que algo aconteça sozinho, e que o sentimento de raiva que tem nas brigas com a filha poderia ser raiva de si também, por não tomar nenhuma atitude frente aos problemas.

EVOLUÇÃO DA PACIENTE

Dália também expressou que nenhum dos seus outros companheiros a ajudou na educação dos filhos e também financeiramente, ela sempre seguiu sozinha com essas tarefas, e portanto, seria pouco provável que um novo companheiro resolvesse seus problemas. Diante dessa constatação, a crença de desamparo que possuia ("eu sou incompetente") se modificou, e, consequentemente, as crenças intermediárias, que se desenvolveram a partir das centrais, foram reformuladas para um padrão mais adaptativo e real: de que as coisas não são fáceis de serem resolvidas, mas que ela pode enfrentá-las. A TCC baseia-se no trabalho conjunto de terapeuta e paciente, ambos precisam estar comprometidos com as sessões para que o processo ocorra. No início, Dália não estava envolvida com a terapia, participava como uma obrigação e para acompanhar o filho que também estava sendo atendido no mesmo horário. No decorrer do processo, Dália percebeu que vir à terapia sem um objetivo não seria proveitoso, e juntas, terapeuta e paciente, começaram a formar as metas para os encontros. A partir desse momento, Dália pareceu um pouco mais comprometida com a terapia, porém, ainda é resistente em apontar novos assuntos que gostaria de trabalhar. Segundo Dobson e Dobson (2010), o estabelecimento de metas é uma parte muito importante e crítica da terapia. O planejamento do tratamento é um processo contínuo que oferece uma ponte entre a avaliação e a intervenção; comunicar-se com o cliente e chegar a um acordo com ele sobre a formulação e o planejamento do tratamento de seus problemas é uma intervenção em si mesmo, e ela leva diretamente para o estabelecimento de metas. É crucial para o cliente estar envolvido e comprometido tanto com o estabelecimento de metas quanto com o processo de trabalhar para atingir tais metas.
Observa-se em Dália que, para ela, as dificuldades estão nos outros, e assim não há o que ela fazer. Ajudá-la a perceber-se e identificar nela aspectos a serem trabalhados é o maior desafio das próximas sessões. Apesar dessas limitações, observaram-se resultados positivos, Dália relata sentir-se melhor, mais aliviada e menos preocupada com as dificuldades financeiras. Também apoia o filho na terapia e acredita que ele está bem melhor depois que começou esse tratamento, aspectos que podem indicar que está criando confiança no processo de psicoterapia.

ELEMENTOS TEXTUAIS DO ARTIGO CIENTÍFICO

- Conclusão:
- Parte final do artigo, apresenta os achados e conclusões a respeito das questões de pesquisa e hipóteses.
- É necessário descrever as limitações do trabalho e mostrar necessidades para novas pesquisas.

CONCLUSÃO

O processo e o progresso da Terapia Cognitivo Comportamental é fruto da parceria entre terapeuta e paciente, dependendo de ambos seu sucesso. O paciente tem possibilidade de acelerar ou atrasar seu tratamento e seus resultados de acordo com sua maneira de agir e comprometimento (SUDAK, 2008).

As sessões de terapia de Dália comprovaram essa premissa e ressaltaram a importância do vinculo terapêutico, da motivação e do estabelecimento das metas para a terapia. O estabelecimento de um bom vínculo terapêutico foi o que permitiu que a terapia continuasse, que persistisse, apesar das primeiras dificuldades, como a falta de motivação da paciente. Essa relação foi formada a partir de uma escuta atenta e sem julgamentos, imprescindível em uma terapia. A desmotivação de Dália foi uma das limitações de seu processo. Motivação é um impulso, um sentimento que faz com que as pessoas ajam para atingir seus objetivos; sem ela, é difícil identificar metas, e visualizar alternativas de resolução das mesmas. E sem o estabelecimento de metas o processo se estagna. Quando se tem um foco, sabe-se por onde andar e aonde chegar, o foco na problemática ajuda no comprometimento e empenho do paciente. Além de orientar o terapeuta sobre o processo, a atenção às questões atuais ajuda a estimular o desenvolvimento de planos de ações para combater os sintomas, mesmo com a utilização de técnicas e instrumentos de terapia cognitiva, sem a formulação, o objetivo se perde.

REFERÊNCIAS

BAHLS, Saint-Clair; NAVOLAR, Ariana Bassetti Borba. Terapia cognitivo comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. n. 4. Curitiba, 2004. Disponível em: <www.utp.br/psico.utp.online>. Acesso em: 20 maio 2017.

BECK, Judith S. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 1997.

DIAS, Ana Catarina. Terapia Comportamental? Disponível em: <http://www.psicologos-leiria.com/pages/Terapia-Comportamental.php>. Acesso em: 20 maio 2017.

DOBSON, Deborah; DOBSON, Keity S. A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NEUFELD, Carmem Beatriz; CAVENAGE, Carla Cristina. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 2010. Disponível em: <http://rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=109>. Acesso em: 20 maio 2013.

RANGÉ, B. Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SUDAK, Donna M. Terapia cognitivo-comportamental na prática. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FONTES DE ESTUDO E PESQUISA SOBRE ARTIGOS CIENTÍFICOS E NORMAS ABNT

- https://blog.fastformat.co/artigo-cientifico-nas-normas-regras-abnt/

ALGUNS TIPOS DE PESQUISAS CIENTÍFICAS EM PSICOLOGIA:

- Pesquisa de estudo de caso - É a pesquisa que privilegia um caso particular que seja significativo, ou seja, um fenômeno que seja suficiente para análise efetiva.
- Pesquisa experimental - É um método utilizado para demonstrar uma relação causal - entre variáveis, ou seja, o pesquisador manipulará sistematicamente uma variável chamada de variável independente (VI) e as medidas de efeito sobre outra variável conhecida como variável dependente (VD). Métodos experimentais podem ser usados para determinar se a evolução da variável causa uma mudança em outra variável.
- Pesquisa de Campo - É a pesquisa que o investigador precisa ir ao local onde o fenômeno ocorre e coletar informações a serem documentadas.
- Pesquisa descritiva - Tais como estudos de caso e observações naturais não é possível utilizar um experimento, mas sim descreve os diferentes comportamentos ou fenômenos psicológicos da amostra ou população. A partir do resultado o investigador pode realizar um estudo correlacional que analisará a forma que as variáveis se relacionam.
- Pesquisa bibliográfica - É a técnica que visa o recolhimento de informações previamente coletadas sobre o campo de interesse do investigador e tem como objetivo levantar materiais que seja fonte para o processo de pesquisa por meio de materiais audiovisuais, publicações de livros, artigos, monografias, imprensa escrita e etc.

ALGUNS TIPOS DE PESQUISAS CIENTÍFICAS EM PSICOLOGIA:

- Existem também muitos outros tipos de pesquisas cientificas que ajudam no desenvolvimento de coleta de dados e análise na psicologia assim como a pesquisa de laboratório, pesquisa quantitativa, pesquisa qualitativa, pesquisa exploratória, entre outras.

MÓDULO I – CONHECIMENTOS BÁSICOS

- Transtornos mentais e comportamentais pelo uso de múltiplas substâncias. Dependência Química: conceitos e critérios diagnósticos e neurobiologia.
- Comorbidades clínicas em pacientes com Transtornos no Uso de Drogas.
- Diagnóstico Dual na dependência química.
- Anfetaminas, metanfetaminas e ecstasy.
- Opióides, cocaína, cafeína, alucinógenos naturais e sintéticos inalantes e nicotina.
- Situação atual da legislação no Brasil e em outros países. Situação após liberação.
- Seminário integrador com apresentação do Trabalho de conclusão do módulo.

TRABALHANDO COM O GOOGLE ACADÊMICO

- https://scholar.google.com.br/

- Comorbidades clínicas em pacientes com Transtornos no Uso de Drogas