

# A IMPORTÂNCIA DA TCC: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O USO DA PRÁTICA EM CASOS DE TEPT

QUEIROZ, Dhafny<sup>1</sup>

ROCHA, Hellen Carolinne<sup>2</sup>

**Resumo:** Este artigo teve como objetivo geral mostrar o que é o Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) e suas consequências. Especificamente, objetivou-se descrever sua definição e surgimento; identificar os tipos de alterações cognitivas; descrever como o TEPT pode afetar a vida e o cotidiano de um indivíduo, além das suas formas de tratamento. O estudo foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica, tendo como fontes de pesquisa artigos de fontes como PEPSIC, SCIELO, RSH, livros, dissertações e artigos que fundamentaram o trabalho, em que os resultados mostraram que o TEPT pode provocar alterações nos comportamentos e cognição do ser humano em que precisa de tratamento adequado quanto psicológico quanto farmacológico.

**Palavras - chave:** Terapia Cognitivo Comportamental. Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Cognição.

**Abstract:** The general objective of this article is to show what Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) is and its consequences. Specifically, the objective was to describe its definition and emergence; to identify the types of cognitive alterations; to describe how PTSD can affect the individual's life and daily life, in addition to its forms of treatment. The study was carried out from a bibliographical review, having as research sources articles from publications such as PePSIC, SCIELO, RSH, books, dissertations, and articles that supported the work, in which the

<sup>1</sup> Acadêmica de Psicologia. Centro Universitário Campo Real.

<sup>2</sup> Professora do Colegiado de Psicologia do Centro Universitário Campo Real.

results showed that PTSD can cause changes in behavior and cognition of the human being that needs adequate treatment, both psychological and pharmacological.

**Keywords:** Cognitive behavioral theory. Post-traumatic Stress Disorder. Cognition.

## 1. INTRODUÇÃO

Os estudos voltados ao Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), resultam nas vivências dos indivíduos com eventos que implicam na saúde mental e emocional como situações de violências, acidentes de trânsito, estupros, roubos, entre outros. Podendo ocorrer em diversas áreas da vida, desde criança até a vida adulta, é fundamental descobrir a causa do problema e desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar não só com o episódio presente, mas também com futuras ameaças de *stress* excessivo.

“O *stress* pode ser definido como uma reação muito complexa, composta de alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações que ultrapassem sua habilidade de enfrentamento (LIPP, 1997, p. 538).”

E esse enfrentamento será demonstrado no decorrer como um fator dominante, ou seja, que está presente com maior intensidade no indivíduo, acarretando em ameaças e traumas. As ameaças e traumas podem acarretar em privações, sendo de ir a lugares cheios, festas e andar com pessoas que passaram pelo mesmo evento traumático, deste modo influencia a vida do indivíduo.

A fase do indivíduo é de acordo com seu desenvolvimento, sendo que o trauma se classifica de forma distinta, ou seja, quando um indivíduo passa por um evento traumático antes dos 18 anos é denominado como precoce, por se expor muito cedo ao um estressor. De acordo com os traumas vivenciados após os 18 anos, são chamados de atuais ou mais recentes, como por exemplo, acidente, violências físicas que causem medo e ameaça (SOARES, SANTOS & DANON, 2021, p. 2).

Para Cunha e Borges (2013) apud. Soares, Santos & Damon (2021) os traumas precoces são divididos em categorias, sendo eles:

1. Abuso ou violência física: é voltado a ação do agressor, realizando danos à vítima através de socos, chutes, queimaduras, voltados a sensações de dor e até mesmo tentativa de assassinato, sobretudo, pode obrigar a vítima a ingerir substâncias que lhe cause sensação de mal estar; 2. Violência Sexual: é marcado pelo uso da força física, manipulação que um ou mais adultos praticam no ato sexual, sendo que de forma precoce com crianças e adolescentes se refere a esta manipulação, pois o desenvolvimento cognitivo que a criança apresenta um impacto, além de que é um evento de pouco entendimento do menor; 3. Abuso psicológico: este abuso se caracteriza por ações e omissões que prejudicam a autoestima, autocuidado, identidade e desenvolvimento da criança. Desta forma, é caracterizado abusos psicológicos como: isolamento de familiares e amigos, desvalorização, humilhação, aprisionamento e ameaças; 4. Negligência: a negligência se caracteriza como ato violento, abrangendo a omissão e negação de cuidados básicos do indivíduo, que abrange todas as ações, como afeto, alimentação, saúde e educação.

Sendo assim, estes traumas, abrangem ações que ocorrem com os indivíduos nessa fase infante-juvenil, de forma que se faz necessário seu cuidado e atenção, em que, se uma vez deixado de lado afeta diretamente o desenvolvimento cognitivo pois, acarretam outros transtornos ao longo da vida se não tratado anteriormente (SOARES, SANTOS & DAMON, 2021).

Por fim, este artigo tem como foco colocar a forma que a psicologia está atuando frente aos casos de Estresse Pós-Traumático, às formas de tratamento em que se não realizado adequadamente pode acarretar em outros transtornos, podendo afetar a vida e o cotidiano do indivíduo, desta forma, será conceituado a Teoria Cognitivo Comportamental (TCC), e sua atuação nos casos de TEPT, suas habilidades de efetuar um tratamento efetivo e

conceitualizado, trazendo a qualidade de vida e luta contra o trauma. Segundo Soares, Santos & Damon (2021), em modo geral, a população que apresenta prevalência do TEPT varia de 1% a 14% atingindo com maior frequência as mulheres, desta forma, os estudos voltam para essa porcentagem de variação, conforme a fase de desenvolvimento.

Sendo assim, foram pesquisados artigos científicos nas bases Scielo, revista sociais e humanas e google acadêmico com os descritores Psicologia, Comportamento, Saúde Mental, Transtorno De Estresse Pós-Traumático (TEPT). Dentro disso, foram encontrados 11 artigos que se encaixam nos critérios da pesquisa. Desses, foram selecionados os dos anos 2001 a 2021. Sendo eles: Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade, Camâra e Sougey; Terapia cognitiva do transtorno de Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático estresse pós-traumático, Knapp e Caminha; Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático, Figueira e Mendlowicz; *Stress* e qualidade de vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres, Lipp e Tanganelli; A mais distante explosão, Pivetta; Estresse Pós-Traumático, Bartholo; Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência, Sbardelloto; O Transtorno de Estresse Pós-Traumático e a violência urbana, Lopes e Torres; Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Terapia Comportamental: Um Estudo De Caso, Garcia e Turin; Intervenções Da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) Para Transtorno De Estresse Pós-Traumático: Estudo De Caso, Maffini e Cassel; Transtorno De Estresse Pós-Traumático E Prejuízos Cognitivos, Intervenções e Tratamentos: Uma Revisão De Literatura, Soares; Santos & Donadon;

## **2. ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO**

O Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) é um sofrimento acarretado uma situação, que o indivíduo tenha sofrido ou presenciado, sendo de forma indireta e direta, visualizando algum cenário de violência, roubo ou acidente gerando traumas que podem prejudicar a saúde mental dos afetados (SOARES, SANTOS & DAMON, 2021).

Para Soares, Santos & Damon (2021) o surgimento deste termo foi através de uma exposição por militares com experiências de guerras em que não ao voltar para seus lares não conseguiam viver normalmente, revivendo às batalhas pelas quais passaram com apresentação

de sintomas psíquicos prejudiciais a sua readaptação. Além disso, um dos estudos traz a guerra do Vietnã e a guerra no Iraque, a qual estima-se que 18% dos soldados possam desenvolver TEPT (PIVETTA, 2005, p.36).

Neste caso, com as guerras os psiquiatras buscaram realizar pesquisas para listar os sintomas que estavam sendo apresentados por esses grupos de soldados. Nessa época, segundo Kristensen, Parente & Kaszniak (2005) *apud* Sbardellot et al (2011) nos anos 70, surgiu a necessidade de um diagnóstico que abarcasse em qual categoria os eventos estressores vivenciados se ligavam ao desenvolvimento de reações sintomáticas particulares e persistentes (SBARDELLOT, 2011, et al).

Desta forma, segundo Soares, Santos & Damon (2021) o TEPT passou a ser incluído na Classificação Internacional de Doenças (CID) em 1980, que faz parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) e no Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana (APA) em 1994. Com base nessas organizações, os transtornos emocionais e traumas obtiveram uma unificação nas categorias de transtornos e acontecimentos.

No DSM-III (1986), o “evento traumático” se resulta ao um acontecimento catastrófico, raro e externo que não se iguala as “das experiências comuns como o luto, doença crônica, perdas comerciais ou conflitos matrimoniais” (FIGUEIRA; MENDLOWICZ, 2003).

Segundo o DSM-V (2013) pode ocasionar ao indivíduo o desenvolvimento de um conjunto de transtornos, os quais sofrimento psicológico cotidianos intensos, gerando sinais e sintomas físicos, psíquicos e emocionais, mas que acontecem em decorrência de uma situação, um ato violento que apresenta uma ameaça para a vida do indivíduo.

Entretanto, o estresse pós-traumático pode acontecer de forma direta e indireta, sendo com alguém que não está diretamente ligado ao evento, mas se a pessoa é testemunha de uma situação traumática sendo ela violência sexual, ameaça de morte, lesão grave, estressantes, que

lhe apresentavam risco, ela pode estar sendo afetada. Além disso, se ela se recorda do sofrimento psíquico ele revive essa situação, de modo como se o episódio estivesse acontecendo naquele momento, gerando a sensação de dor e sofrimento, pois, essa recordação e em outras palavras chamadas de revivescência, é o que desencadeia alterações, neurofisiológicas e mentais (FIQUEIRA; MENDLOVICZ, 2003).

Para o diagnóstico do referido transtorno, devem se evidenciar persistências dos estímulos que se remete ao trauma, alterações cognitivas no humor, alterações marcantes na excitação e reatividade, que podem apresentar surtos de raiva, irritação e comportamentos imprudentes (APA, 2014 et. al MAFFINI; CASSEL, 2021).

É necessário ressaltar que não são todos os indivíduos que passam por acidentes, estresse ou algo violento como assalto, tortura, catástrofes naturais desenvolvem o transtorno, estima-se que os indivíduos que vivenciaram uma situação passa por um período maior de um mês, visto que períodos inferiores pode se classificar como transtorno de estresse agudo, e tende a causar transtornos psicológicos e comportamentais e se tiver indivíduos que passaram pela mesma situação podem não desenvolver o estresse pós traumático, sendo de acordo com a subjetividade e individualidade deste sujeito (BARTHOLO, 2007).

O Transtorno de Estresse Pós-traumático pode acontecer em qualquer faixa etária e costuma se dividir em três categorias: reexperiência traumática, ou seja, a pessoa começa a ter pensamentos recorrentes, vindo *flash backs* que podem gerar pesadelos e à fazendo lembrar do medo e da situação que viveu. O segundo é quando o sujeito começa a fugir de situações e de pessoas que estavam com ela para não viver e relembrar da situação do trauma. O terceiro grupo seria o da hiperexcitabilidade psíquica, em que apresenta sintomas físicos decorrentes de adrenalinas, e a pessoa começa a ter taquicardia que acelera o coração do nada, começa a suar frio e ter tontura, dores frequentes de cabeça, dificuldade para dormir, distúrbio de concentração, começa a ficar mais irritado (CÂMARA; SOUGEY, 2001).

Sendo assim, é fundamental que ao fechar o diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático comece o tratamento, com uso de medicações como antidepressivos, ansiolíticos e se alinhando com a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Dentro da Teoria Cognitiva Comportamental são observadas as alterações cognitivas, em que ocorrem o reforçamento deste comportamento e pensamentos distorcidos (KNAPP; CAMINHA, 2003).

Dentro disto, ocorre às alterações negativas, como esquecer do aspecto do evento e crenças negativas, como se sentir culpado mesmo sendo vítima, gerando a alteração de humor como medo, raiva e irritabilidade, que são às alterações cognitivas que relembra o trauma, e são marcantes na excitação e reatividade (APA, 2014 et al. KNAPP; CAMINHA, 2003).

Através da pesquisa bibliográfica com base em materiais voltado para a introdução do que é o TEPT, suas características, patologias, traumas desenvolvidos, causas, situações e formas de tratamento, e com base na TCC, retrata como a cognição pode afetar este paciente, sendo assim, como alguns autores, eles se remetem a situação do trauma, a uma situação que pode ser gerado através do perigo (KNAPP; CAMINHA, 2003).

Com base no exposto, podem ocorrer várias reações, como ansiedade, que é uma resposta incondicionada, com reações fisiológicas diferentes, ou seja, nem todos terão a mesma forma de agir e de lidar com o fato ocorrido, em que podem ocorrer do indivíduo ter a reação de luta ou fuga frente a situação de perigo. Deste modo, pode-se falar sobre a teoria de Darwin, em que traz o conceito de respostas adaptativas que evitam o não reconhecimento e a exposição do organismo em situações perigosas e a diferença dela com a ansiedade, que nesse caso faz presença na preservação da vida, como um assalto, a pessoa não reage por conta do seu condicionamento (KNAPP; CAMINHA, 2003).

## **2.1 ENTENDENDO TEPT - CARACTERÍSTICAS, CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICOS E BIOLÓGICAS**

Ao compreender o TEPT, Soares, Santos & Damon (2021) relatam que assim como todos os demais transtornos listados no DSM-5 (APA, 2014) obtêm impactos significativos sobre a vida do indivíduo voltado a essa psicopatologia.

Para Jones & Barlow (1990), Cremer et al e Horowitz (1986) o TEPT sugere as seguintes etapas para que ocorra a formação de respostas consideradas patológicas: 1. Vulnerabilidade biológica: quando o indivíduo responde o estresse com hiperexcitabilidade; 2. Exposição objetiva: quando ocorre um evento traumático que é imprevisível e incontrollável; 3. acionamento de rede de informações pré-existentes: é a percepção e significado do evento; 4. Hipervigilância: foco seletivo mediante as informações ameaçadoras, tendo uma atenção maior; 5. Esquema condicionado de revivência do trauma: quando o indivíduo processa e integra o ocorrido, processando as informações do evento e ativando a emoção; 6. Esquiva: é uma tentativa de reduzir a ansiedade provocada pelo evento traumático, sendo assim ela tende a surgir; 7. Sucesso ou fracasso na formação de TEPT: é a capacidade do processamento da informação, ou seja, se foi assimilado ou completado (KNAPP; CAMINHA, 2003).

Soares, Santos & Damon (2021) apud. Martins-Monteverde, Padovan e Juruena (2017) citam alguns dos principais prejuízos do TEPT: 1. Transtornos mentais mórbidos, como depressão, que é conhecida através de alguns sintomas como: queixas somáticas (insônia, fadiga, anorexia), apatia, irritabilidade, tristeza, perda de interesse e ideias agressivas; 2. Transtornos por uso de substâncias lícitas e ilícitas e transtornos de ansiedade que tem como sintomas medo, sentimentos exagerados, tensão e comportamentos compulsivos diante de uma situação de ausência de perigo é real; 3. Maiores taxas de tentativas de suicídio em comparação com a população geral; 4. Impacto nas relações interpessoais sendo que é um dos pontos principais a ser mais visto, por conta que o indivíduo passa a evitar lugares e pessoas que estavam no ocorrido, se isolando.; 5. Diminuição da renda; 6. Redução do sucesso acadêmico e financeiro, o que reduz a qualidade de vida.

## **2.2 TEORIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL (TCC)**

Judith Beck (2013) traz em seu livro “Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática” o surgimento da TCC com apresentação de Aaron Beck, que no qual desenvolveu um novo método de psicoterapia no início da década de 1960, originalmente denominado como “terapia cognitiva”. Este termo “terapia cognitiva” é conhecida pelos psicólogos como sinônimo de “terapia cognitivo-comportamental”, e é este termo utilizado nos dias atuais para representar essa abordagem.

Sendo assim, após o surgimento desta teoria, Beck (1964) e outros autores tiveram sucesso na implementação e adaptação dessa terapia com uma ampla abrangência de transtornos. Essas adaptações se voltaram à: alteração do foco; técnicas e duração do tratamento. Segundo Alford e Beck (1997) a terapia cognitivo-comportamental derivada do modelo de Beck (1964), tem o seu tratamento baseado em uma formulação cognitiva ou seja, conceituação ou compreensão do caso, as crenças específicas, e estratégias comportamentais que caracterizam o transtorno, sendo que cada tem algo específico que se diferencia, nesta se faz presente os padrões comportamentais de cada paciente, desta forma, se identifica o transtorno, assim com o TEPT, pelo que o paciente apresenta de sintomas e mudanças em seus padrões de comportamento (BECK, 2013, p. 22).

Através das sessões de terapia ocorrem algumas mudanças, que são chamadas de mudanças cognitivas, ou seja, o psicólogo procura produzir essas mudanças utilizando as técnicas da TCC, como: modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente, assim, produz uma mudança emocional e comportamental duradoura (BECK, 2013, p. 22).

Os modelos cognitivos propõem que o pensamento disfuncional (que afeta o humor e o pensamento do paciente) é comum a todos os distúrbios psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, seu estado emocional e comportamento melhoram (BECK, 2013, p. 22).

Para melhorar de forma duradoura o humor e o comportamento de um paciente, os terapeutas cognitivos trabalham em um nível mais profundo de cognição: as crenças fundamentais do paciente sobre si mesmo, seu mundo e os outros (BECK, 2013, p. 22).

### **2.3 ALTERAÇÕES COGNITIVAS: O OLHAR DA TCC**

Para Kristensen, Parente e Krasniak (2006) *apud* Soares, Santos & Damon (2021) analisaram que o TEPT provoca alterações cognitivas, voltados à memória e sua recuperação, em que envolve imediatamente as memórias verbais e visuais, e as funções executivas. Os autores também destacam a importância de mais pesquisas em neurobiologia e neuropsicologia do TEPT para avançar no processo de diagnóstico da doença e, assim, apoiar o desenvolvimento de intervenções terapêuticas para a doença. Além disso, em estudos de casos voltado para abuso sexual detectaram alterações na atenção e concentração, sendo necessário aprofundamentos nos estudos.

Autores como Soares, Santos & Damon (2021) afirmam que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi considerada tratamento de primeira linha em cinco estudos analisados, pois foi cientificamente comprovada sua eficácia, pois pressupõe que a forma que é interpretado os acontecimentos e as situações influenciam diretamente nos sentimentos e comportamentos, abrangendo técnicas direcionadas ao tratamento.

Para Fava e Pacheco (2012), às intervenções de TCC são consideradas referência para tratamento de TEPT em adultos (SOARES, SANTOS & DAMON, 2021).

Então a TCC é importante por se tratar de um método utilizado para tratar diversas psicopatologias, a eficácia de sua técnica tem sido demonstrada no tratamento do TEPT. Tem sido um método importante em relação a outros métodos, em que os autores enfatizam a importância de realizar pesquisas para desenvolver opções de tratamento da TCC para

funcionários de bancos com TEPT por exemplo (Mello et al. (2011) SOARES, SANTOS & DAMON, 2021).

## **2.4 INTERVENÇÕES E TRATAMENTO**

Com base em Knapp & Caminha (2003) às técnicas utilizadas da TCC, em casos de TEPT, apresentam outras possíveis técnicas cognitivas comportamentais que é resultante de diversos autores, dentre elas TIE (Treinamento de Inoculação de Estresse) em que os autores dividiram em duas fases, primeiramente deve ser realizado uma mapeando da gravidade e impacto do problema, levando em consideração a frequência das suas respostas, sua magnitude, duração e amplitude. Além das consequências e resultados.

A primeira fase tem como intuito a preparação do paciente para o tratamento direcionado a um enfoque educativo que permita a compreensão do evento que originou o medo e a ansiedade, composta pelo embasamento da teoria de aprendizagem social de Bandura (KNAPP & CAMINHA, 2003).

Além disso, é fornecida a explicação do modelo cognitivo-comportamental que, quem enfatiza e ensina o paciente a identificar as complexas relações interdependentes entre os fatores afetivos, cognitivos, comportamentais, fisiológicos e sociais/ambientais. Desta forma o paciente aprende a identificar e auto monitorar essas correlações fora das sessões de terapia, através do RPD (Registro de Pensamentos Disfuncionais), que é um modelo de Judith Beck (1964), em que o paciente e terapeuta constroem o entendimento cognitivo do trauma juntos. (KNAPP & CAMINHA, 2003).

A segunda fase do TIE, é o treinamento de habilidades de manejo enfrentamento com orientação para solução do problema que inclui a definição da habilidade de manejo com uma base racional e uma explicação do mecanismo pela qual habilidade funciona dentro dos consultórios podem ser realizado através da dramatizações e outras técnicas, desta forma é

utilizado essas habilidades na prática da habilidade de um dos medos focalizados com os reajustes necessários autoeficácia do paciente, desde o considerado mais fácil de enfrentar até o mais difícil (KNAPP & CAMINHA, 2003).

Wolpe (1958) traz outras técnicas que podem ser utilizada, uma delas é a Dessensibilização Sistemática, que foi desenvolvida através de um conjunto de técnicas em que o paciente entra em exposição à vivência traumática, ou seja, o indivíduo passa em forma de imaginação em construção dentro do consultório em que trabalha as situações temidas desde a considerada mais difícil de enfrentamento até a mais fácil, revivendo a situação traumática (KNAPP & CAMINHA, 2003).

Desta forma, a utilização da exposição sistemática sugere que por meio dela a memória pode ser alterada com sua estrutura semântica, gerando um registro preciso e atual integrando o trauma aos esquemas cognitivos pré-existentes e criando novos repertórios cognitivos-comportamentais. Esta, foi desenvolvida pelos autores citados, que desenvolveram para atender melhor os indivíduos que passam por alterações cognitivas motivadas pelo trauma (KNAPP & CAMINHA, 2003).

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Compreende-se que com base nos estudos, a cognição é afetada em decorrência de traumas, sendo influenciador de mudanças de hábitos, comportamentos e pensamentos. E através da pesquisa, se pode mencionar de início o que é o *stress* de Lipp (1997), trazendo este conceito para abordar o Estresse Pós-Traumático (TEPT), em que se passa do enfrentamento cotidiano e passa a ser alterações psicofisiológicas. Logo após, é realizado um compilado de ideias, em que os autores se utilizam da Teoria Cognitiva Comportamental (TCC) para direcionar o que é afetado no indivíduo, seus enfrentamentos e tratamentos. Além de que, o TEPT é um sofrimento acarretado de uma situação que pode ser de forma direta ou indireta, em

que pode estar ligado diretamente ao fato sendo um assalto, acidente, violência física e sexual, que acarreta traumas por esta situação, e de forma indireta por conta de ter presenciado algum destes eventos, fazendo com que lhe afete e busque ajuda. Com base no exposto, esses eventos devem ser tratados de forma rápida para não acarretar outros transtornos. Segundo Figueira & Mendlowicz (2003), quando o indivíduo relembra o sofrimento psíquico, a situação é revivida como se o evento tivesse ocorrido naquele momento, gerando sentimentos de dor e angústia.

Por fim, Beck (2013) baseia seu tratamento através da formulação cognitiva, ou seja, conceituação, compreensão do caso, crenças específicas e estratégias comportamentais que caracterizam a doença, sendo utilizadas na área clínica.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao abordar sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático foi interessante observar quantos casos não tratados, e com grandes taxas de comorbidade que acarretaram outros transtornos psiquiátricos como bipolaridade, depressão e ansiedade. Sendo assim, o TEPT causa múltiplos prejuízos à vida de um indivíduo, incluindo perdas financeiras e sociais, maiores taxas de tentativas de suicídio e prejuízos nas relações interpessoais. Além do exposto, as alterações cognitivas ocorrem por conta dos medos e barreiras criadas para evitar lugares, pessoas e ambientes que transmitem insegurança.

Através dos estudos, pode-se observar que com a psicoterapia o indivíduo passa a enfrentar esses medos e pensamentos, e com as técnicas da Teoria Cognitivo Comportamental estará auxiliando nesse enfrentamento. Por tanto, as técnicas que podem ser utilizadas é alteração de foco, que tem como objetivo a alteração do pensamento e ação do indivíduo qual se remete ao trauma, para que passe a pensar em outras coisas e situações que não associam o incidente.

Considerando o artigo, é possível que o indivíduo esteja ligado de forma direta ou indireta ao evento estressor, podendo ocorrer o trauma, sendo que não é necessário ter participado, mas ao passar perto e ter visualizado a situação pode gerar um estresse, entretanto não são todos os envolvidos com o evento que desenvolvem o estresse, e é algo que está presente no artigo, que acabam não sendo atingidas com a situação.

Para além disso, se obtém as crenças do indivíduo, qual o psicólogo estará trabalhando para desmistificar, sendo que ao passar por esse evento, como citado, cria novas percepções da sua realidade e rotina, deixando de lado ações que realizava antes do trauma.

E em pesquisas realizadas, historicamente o TEPT foi observado em soldados que voltaram da guerra no Vietnã, que ao retornar a sua rotina e vida social passaram a apresentar alguns sintomas. Sendo que para o TEPT, alguns deles são as insónias, pesadelos, recordações das cenas voltados aos aspectos relacionados à experiência traumática, (APA, 2002).

## **REFERÊNCIAS**

CÂMARA, Filho, José Waldo S & SOUGEY, Everton B. **Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade**. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2001, v. 23, n. 4, pp. 221-228. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400009>>. Acesso em: 18 mai 2022.

FIQUEIRA, Ivan & MENDLOWICZ, Mauro. **Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático**. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2003, v. 25, suppl 1 , pp. 12-16. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500004>>. Acesso em: 06 abr. 2022.

GARCIA, Vagner Angelo & TURINI, Bolsoni-Silva, Alessandra. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Terapia Comportamental: um estudo de caso**. Acta Comportamentalia:

Revista Latina de Análise de Comportamento. 2015, 23 (2), 167-183. ISSN: 0188-8145.  
Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274538523006>>. Acesso em: 06 abr. 2022.

KNAPP, Paulo & CAMINHA, Renato Maiato. **Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático**. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2003, v. 25, suppl 1, pp. 31-36.  
Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500008>>. Acesso em: 06 abr. 2022.

LIPP, Marilda E. Novaes & TANGANELLI, M. Sacramento. **Stress e qualidade de vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres**. Psicologia: Reflexão e Crítica [online]. 2002, v. 15, n. 3, pp. 537-548. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000300008>>. Acesso em: 17 set. 2022.

LOPES, A. P., SENA, J., TORRES, K., & LOPES, A., (2013). **O Transtorno de Estresse Pós-Traumático e a violência urbana**. *Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT - ALAGOAS*, 1(2), 21–33. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/575>>. Acesso em: 17 set. 2022.

MAFFINI, G.; CASSEL, P. A. **INTERVENÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) PARA TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: ESTUDO DE CASO**. Revista Sociais e Humanas, [S. l.], v. 34, n. 1, 2021.  
DOI: 10.5902/2317175842659. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/42659>>. Acesso em: 16 mai. 2022

PIVETTA, Marcos. **A mais distante explosão**. Revista Pesquisa Fapesp. Edição 116, outubro 2005. Disponível em: <<https://revistapesquisa.fapesp.br/folheie-a-ed-116/>>. Acesso em: 18 set. 2022.

SBARDELLOTO, Gabriela et al. **Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência**. Psico-USF [online]. 2011, v. 16, n. 1, pp. 67-73. Epub 25 Ago 2011. ISSN 2175-3563. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000100008>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000100008>>. Acesso em: 15 set 2022.

SOARES, Daiele Cristina Santos; SANTOS, Luís Augusto dos & DONADON, Marina Fortunata. **TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E PREJUÍZOS COGNITIVOS, INTERVENÇÕES E TRATAMENTOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**. Revista Eixo, 2021-08-23, v. 10 n. 2 (2021): Revista Eixo. DOI: <https://doi.org/10.19123/eixo.v10i2.834>. Disponível em: <<http://revistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/834/561>>. Acesso em: 17 set. 2022.