

RELATÓRIO ESTÁGIO CLÍNICO ESPECÍFICO SUPERVISIONADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA SOB O VIÉS DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A ANGÚSTIA ADOLESCENTE

REPORT SPECIFIC CLINICAL INTERNSHIP SUPERVISED IN CLINICAL
PSYCHOLOGY UNDER THE BIAS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY: A CASE
STUDY ON ADOLESCENT ANXIETY

Danilo da Mata Marinho¹
Regina Maria Machado²
Diego da Silva³

RESUMO: o presente artigo tem por objetivo o relato de experiência de estágio no atendimento clínico com foco em Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Este estágio é requisito para a formação no curso de Psicologia. Aconteceram sessões de psicoterapia semanalmente com duração de 50 minutos cada, dividida em uma sessão de avaliação e primeira sessão de terapia e demais sessões, por oito semanas. O estágio Clínico específico supera qualquer aprendizado teórico embora seja essencial, indispensável e a base do conhecimento para o alcance de prováveis resultados esperado através das informações coletadas na prática. Trabalhar com ferramentas para levantar possíveis diagnósticos serão sempre um desafio na vivência enquanto psicólogo, visto a complexidade do ser humano, que em momento algum é um rótulo ou outro, além da pessoa em atendimento pela sua idade estar passando por uma evolução neuro cognitiva.

1199

Palavras-chave: Terapia Cognitivo Comportamental. Psicologia. Estágio.

ABSTRACT: This article aims to report on an internship experience in clinical care with a focus on Cognitive Behavioral Therapy (CBT). This internship is a requirement for training in the Psychology course. Psychotherapy sessions took place weekly, lasting 50 minutes each, divided into an evaluation session and the first therapy session and other sessions, for eight weeks. The specific Clinical internship surpasses any theoretical learning although it is essential, indispensable and the basis of knowledge for the achievement of probable expected results through the information collected in practice. Working with tools to raise possible diagnoses will always be a challenge in the experience as a psychologist, given the complexity of the human being, which at no time is a label or another, in addition to the person being assisted due to their age going through a neurocognitive evolution.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy. Psychology. Internship.

¹Aluno do curso de Psicologia da UniEnsino.

² Coordenadora do curso de Psicologia da UniEnsino.

³ Docente do Psicologia da UniEnsino.

INTRODUÇÃO

O estágio clínico específico I constitui em um importante elemento na formação acadêmica do estudante de psicologia, nele de maneira geral é que se encontra a maior parte das atividades práticas de formação, o que proporciona ao graduando desenvolver suas habilidades para o exercício profissional, ressalta-se o reconhecimento de que a graduação é um processo transformacional, com foco não apenas no desenvolvimento cognitivo dos alunos, mas também nas atitudes e ética que exige a profissão. Neste período acadêmico é possível além de aliar a teoria à prática, adaptar a prática profissional às necessidades específicas da sociedade, por isso o Centro Universitário do Paraná possui um espaço denominado clínica-escola destinado a atendimentos psicoterapêuticos adulto e infantil aberto ao público geral para que possam buscar apoio psicológico com estagiários de psicologia.

O presente estágio clínico específico I é coordenado e supervisionado pela Ma. Regina Maria Machado sendo parte da grade curricular do curso de psicologia, reconhecido pelo ministério da educação (MEC), seu objetivo é a iniciação prática das intervenções no atendimento individual, voltado a área de atuação principal da Psicologia, a Psicologia clínica.

1200

A abordagem psicoterapêutica utilizada para os atendimentos durante o estágio é a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). Teoria fundada no fim dos anos de 1950 pelo neurologista e psiquiatra americano Aaron Beck, que inicialmente propôs um "modelo cognitivo de depressão" e desde então evoluiu para a compreensão e tratamento de outros distúrbios, a TCC entende que os pensamentos automáticos fazem parte de nossas vidas, mesmo que não tenhamos tanta consciência do que são e a maioria deles não causará problemas, os problemas surgem quando tais pensamentos automáticos não correspondem à realidade, pois tendem a paralisar o indivíduo diante de uma situação, podendo resultar em sofrimento emocional. A terapia é fundamental para ajudar os pacientes a começar a reconhecer os pensamentos automáticos que existem em suas vidas, sejam eles positivos ou disfuncionais. Um caminho comum para essa identificação é a análise das crenças centrais e intermediárias, que são frequentemente associadas a dezenas de vários pensamentos automáticos.

Esta abordagem de psicoterapia é específica, clara e direta, usada para tratar eficazmente vários transtornos mentais. "A pesquisa e a prática clínica mostram que a TCC é efetiva na redução de sintomas e taxas de recorrência, com ou sem medicação, em uma

ampla variedade de transtornos psiquiátricos”. (Reyes, Fermann, 2017, p.49) Seu objetivo principal é identificar padrões de pensamento, crenças, comportamentos e hábitos na raiz de um problema e, assim, demonstrar técnicas para mudar essas percepções de maneira positiva em pessoas que estão sendo impactadas negativamente por distúrbios psicológicos e emocionais, como depressão, ansiedade, distúrbios psicossomáticos, distúrbios alimentares, fobias, traumas, dependência química.

OBJETIVOS

Colocar em prática as lições teóricas aprendidas, os formandos neste período acadêmico já possuem conhecimentos básicos em psicopatologia, exame psicológico, teoria da personalidade, instrumentos e técnicas de triagem e anamnese, além dos fundamentos os graduandos devem demonstrar habilidades de análise crítica, autoestudo e habilidades de melhoria de sustentabilidade, assim como postura ética e responsabilidade social seguindo as normas do código de ética Profissional para desenvolver a capacidade de reconhecer as diferentes necessidades dos seus clientes, e tomar decisões sobre encaminhamentos de cada demanda.

O estágio clínico específico pretende motivar os graduandos a fazer perguntas sobre os objetivos do processo de tratamento, como é a posição do terapeuta e como essas questões se relacionam com diferentes métodos existentes em psicologia clínica e desenvolver habilidades para identificar preocupações e necessidades a fim de buscar novos conhecimentos na sua prática diária, por isso ele estimula a reflexão sobre a especificidade da prática de Psicologia Clínica na realidade Brasileira.

1201

METODOLOGIA

1. Os planos de tratamento na TCC estão baseados em uma conceitualização cognitiva em desenvolvimento contínuo.
2. A TCC requer uma aliança terapêutica sólida.
3. A TCC monitora continuamente o progresso do cliente.
4. A TCC é culturalmente adaptada e adapta o tratamento ao indivíduo.
5. A TCC enfatiza o positivo.
6. A TCC enfatiza a colaboração e a participação ativa.
7. A TCC é aspiracional, baseada em valores e orientada para os objetivos.
8. A TCC inicialmente enfatiza o presente.
9. A TCC é educativa.
10. A TCC é atenta ao tempo de tratamento.
11. As sessões de TCC são estruturadas.
12. A TCC utiliza a descoberta guiada e ensina os clientes a responderem às suas cognições disfuncionais.
13. A TCC inclui Planos de Ação (tarefa de casa da terapia).
14. A TCC utiliza uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento.

Fonte: Beck, J. S. (2022). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. (3. ed.). Artmed.

Princípio nº1: Os planos de tratamento na TCC estão baseados em uma conceitualização cognitiva em desenvolvimento contínuo, ou seja, desde a primeira sessão de psicoterapia, o terapeuta passa a compreender os pacientes com base nas informações que eles fornecem em suas avaliações cognitivas (pensamentos, estratégias comportamentais e fatores contribuintes que sinalizam sua anormalidade). Desde o início do trabalho terapêutico também se observa os pontos fortes, qualidades positivas e recursos para serem inseridos na conceituação. (Beck,2022)

Princípio nº 2: A TCC requer uma aliança terapêutica sólida, é primordial começar a desenvolver confiança e *rapport* com o paciente desde o primeiro contato, alianças positivas estão relacionadas aos resultados positivos e esse processo contínuo é facilmente alcançado com a maioria dos pacientes, demonstrar um comportamento empático, cordial, com atenção, respeito genuíno e competência é dever do psicólogo em sua função. (Beck,2022)

Princípio nº 3: A TCC monitora continuamente o progresso do cliente, aos terapeutas recomenda-se usar uma lista semanal de sintomas e solicitar feedback verbal e redigido do cliente no final da sessão. Com uma ênfase crescente em uma orientação de recuperação, muitos terapeutas de TCC medem o funcionamento geral dos clientes, o progresso em direção a seus objetivos e sentimentos de satisfação, conexão e bem-estar. (Beck,2022)

1202

Princípio nº 4: A TCC é culturalmente adaptada e adapta o tratamento ao indivíduo. Quando a cultura do cliente é diferente da do psicólogo, pode haver necessidade de o profissional melhorar as competências culturais a fim do trabalho da TCC se personalizar e atender a demanda do paciente. (Beck,2022)

Princípio nº 5: A TCC enfatiza o positivo, as Pesquisas recentes demonstram a importância de enfatizar a emoção e a cognição positivas no tratamento da depressão (ver, p. ex., Chaves et al., 2019). Auxiliar os pacientes ativamente a trabalharem no cultivo de estados de humor e pensamento positivos. Isso também é muito importante para inspirar esperança. (Beck,2022).

Princípio nº 6: A TCC enfatiza a colaboração e a participação ativa, tanto os terapeutas quanto os clientes são ativos e decidem quais passos dar em direção aos seus objetivos, resolver problemas para obstáculos potenciais, avaliação das cognições disfuncionais, resumo de pontos importantes e elaboração de planos de Ação. (Beck,2022).

Princípio nº 7: A TCC é aspiracional, baseada em valores e orientada para os objetivos. Na sessão inicial com o paciente, deve-se perguntar sobre valores pessoais (o que

é realmente importante para ele na vida), as aspirações (o que quer ser, como quer que seja sua vida) e os objetivos específicos para terapia futura o que se espera alcançar com a terapia (Beck,2022).

Princípio nº 8: A TCC inicialmente enfatiza o presente. Tratar a maioria dos clientes requer um alto foco nas habilidades que eles precisam para melhorar seu humor (e vida). Os clientes que usaram consistentemente essas habilidades (durante e após o tratamento) se saem melhor do que aqueles que não usaram, mesmo diante de eventos estressantes da vida. (Beck,2022).

Princípio nº 9: A TCC é educativa. O objetivo é tornar o processo de tratamento compreensível para que o cliente possa se abrir, se sentir mais confortável, sabendo o que esperar da terapia, ele precisa entender claramente o que o terapeuta predispõe a trabalhar. (Beck,2022).

Princípio nº 10: A TCC é atenta ao tempo de tratamento, a TCC é um tratamento de curto prazo. Muitos clientes que sofrem de depressão e transtornos de ansiedade requerem de 6 a 16 sessões de tratamento. Mas algumas doenças demoram muito mais para cicatrizar emocionalmente. Tornar o tratamento o mais breve possível e ao mesmo tempo atingir os objetivos como: ajudar os clientes a se recuperarem do transtorno; trabalhar para alcançar seus desejos, valores e objetivos; resolver seus problemas mais prementes; promover a satisfação e o gozo da vida; e aprender habilidades para promover a resiliência e prevenir recaídas. (Beck,2022).

1203

Princípio nº 11: As sessões de TCC são estruturadas. Os terapeutas que trabalham com a TCC visam entregar a terapia da forma mais eficaz possível para ajudar os clientes a se sentirem melhor o mais rápido possível. Aderir a um formato padrão (assim como ensinar técnicas terapêuticas aos clientes) ajuda a atingir esses objetivos. Você tenderá a usar esse formato por sessão (a menos que seu cliente discorde, caso em que talvez seja necessário negociar a estrutura desde o início) (Beck,2022).

Princípio nº 12: A TCC utiliza a descoberta guiada e ensina os clientes a responderem às suas cognições disfuncionais. No contexto do problema ou objetivo se faz perguntas aos pacientes para ajudá-los a identificar os pensamentos disfuncionais (perguntar o que se passou em suas mentes), avaliando a eficácia e utilidade das ideias, isto pode acontecer de algumas maneiras como uso de técnicas socráticas ou planos ação. (Beck,2022).

Princípio nº 13: A TCC inclui Planos de Ação (tarefa de casa da terapia). Um objetivo importante da terapia é ajudar o cliente a se sentir melhor no final da sessão e prepará-lo

para uma semana melhor. Os planos de ação geralmente consistem em planos de ação que surgem naturalmente das discussões de cada objetivo ou assunto da agenda. Precisa-se baseá-lo na natureza do problema, conceituar o que é mais útil, considerar nas práticas (tempo, esforço e oportunidade) e variáveis que o paciente pode demonstrar (como nível de motivação, concentração e preferências). Um erro comum que os terapeutas cometem é sugerir um plano de ação muito difícil. (Beck,2022).

Princípio nº 14: A TCC utiliza uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento. Adapta-se as estratégias de muitas modalidades psicoterapêuticas no contexto das estruturas cognitivas. Por exemplo, dependendo da conceituação do paciente, pode usar uma terapia de aceitação e compromisso, terapia comportamental, psicoterapia centrada na compaixão, psicoterapia centrada na pessoa, psicoterapia psicodinâmica, terapia do esquema ou outras técnicas. (Beck,2022).

Por observar que a forma que o ser humano interpreta os acontecimentos e isto o afeta, parte fundamental do trabalho da TCC está ligado ao pensamento, entende-se que a maneira como pensamos interage com a maneira que sentimos e conseqüentemente como nos comportamos, esta junção de fatores trará ao indivíduo uma visão de si, do mundo e do futuro, podendo estar ou não distorcida da realidade. Na prática clínica, saber identificar quando um pensamento é disparado, e então desmistificá-los ou aprová-lo e vinculá-lo a um comportamento saudável é essencial para ajudar os pacientes a começar a reconhecer os pensamentos automáticos que existem em suas vidas, sejam eles positivos ou disfuncionais. Um caminho comum para essa identificação é a análise das crenças centrais, onde o pensamento baseia-se, no fundamento em que está alicerçado, como diz: “As pessoas começam a desenvolver crenças nucleares desde muito cedo, influenciadas por sua predisposição genética, sua interação com outras pessoas significativas e pelo significado que atribuem a suas experiências e circunstâncias”(BECK,2022, p.280), as crenças são a lente pela qual vemos o mundo e são frequentemente associadas a dezenas de vários pensamentos automáticos.

1204

Segundo Bahls, Navolar (2004, n.04, p.8): “A Terapia Cognitivo-Comportamental centra-se nos problemas que estão sendo apresentados pelo paciente quando este procura a terapia”, (...) “seu objetivo é ajudá-lo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias”.

Com o tempo, o objetivo da TCC é o próprio paciente conseguir identificar quais pensamentos automáticos estão presentes em seu sistema cognitivo e qual é o repertório

comportamental dele. Nesse caso, o autoconhecimento é a base para que o cliente possa observar os efeitos positivos e negativos desses pensamentos.

Os comportamentos também são a base para os pensamentos automáticos percebidos, pois são as respostas mais imediatas a eles. Desta forma, a identificação e posterior análise dos padrões de comportamento do paciente é um método muito confiável de identificar e reorganizar o pensamento automático.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Aconteceram sessões de psicoterapia semanalmente com duração de 50 minutos cada, dividida em uma sessão de avaliação e primeira sessão de terapia e demais sessões, por oito semanas.

1º- Sessão de avaliação (Anamnese): Onde se reuniu a queixa principal e o máximo de informações (positivas e negativas) a fim de estabelecer um diagnóstico preciso para desenvolver uma conceituação cognitiva inicial e um plano de tratamento e determinar se seria um terapeuta adequado que pudesse fornecer o correto tratamento (nível de atendimento, frequência do tratamento e duração do tratamento), também estabeleceu uma aliança de tratamento com o cliente, a familiarização do cliente com a TCC.

2º- Primeira Sessão de terapia e demais sessões: O objetivo mais importante da primeira Sessão foi inspirar o paciente a ter esperança. Isto se fez fornecendo psicoeducação (por exemplo, Pesquisas mostram que a terapia cognitivo-comportamental [TCC] é válida para Tratamento geral e específico) com o propósito do paciente sentir-se melhor sabendo que poderá ter auxílio para sua demanda emocional e conseguir determinar valores pessoais, aspirações e metas no relacionamento que estava sendo construído, também familiarizando-o com a terapia, além de ser feita verificação de humor através da observação para que seja feito o monitoramento do progresso e adaptar tratamento se preciso e coletado dados adicionais não relatados na sessão de avaliação para conceituação, já informando-o sobre o modelo cognitivo pensamento, emoção e comportamento as atividades do cronograma nas sessões, desenvolvimento novos planos de ação e obtenção feedback.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Ficha de Anamnese e entrevista - com a anamnese, é possível adquirir um importante conhecimento posterior a realização da consulta, onde o método, que é aplicado, busca resultados que possam contribuir para formar uma estrutura de pensamento, facilitando a

reflexão sobre como o paciente se sente, há quanto tempo sua dor dura, o que provoca essa dor e quais relações estão associada como alguns traços latentes tais como: o raciocínio lógico, o entendimento das limitações.

“(…) à anamnese é fundamental no diagnóstico de um caso clínico, (…) por isso a entrevista, quando bem-feita, funciona como um método de investigação primária do paciente que serve como diferencial para identificar o diagnóstico” (SANDE, 2017)

Inventário Breve de Sintomas BSI - Trata-se de um inventário de autorrelato que possui 53 itens organizados em 9 dimensões. Essas dimensões são denominadas para refletir os padrões de sintomas psicológicos em pacientes gerais e psiquiátricos. “O BSI é um inventário de autorrelato de sintomas, projetado para apresentar padrões de sintomas psicológicos”. (Coutinho,2010)

PBQ-SF – Questionário de crenças dos Transtornos da Personalidade: Destinado a avaliar crenças disfuncionais associadas aos transtornos da personalidade do Eixo II, do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*DSM-IV-TR*; *American Psychiatric Association, APA, 2002*). “A ideia central do questionário está baseada no pressuposto de que as diferenças descritivas dos transtornos da personalidade podem estar apoiadas em diferentes padrões de crenças tanto quanto são percebidas nos diferentes sintomas clínicos.” (LEITE, LOPES, LOPES 2012)

1206

YSQ-3 – Questionário de Esquemas de Young: Inventario de autorrelato com 90 itens e de acordo com estudos, as definições de esquema têm sido utilizadas com o intuito de descrever as estruturas mentais responsáveis por integrarem os eventos e atribuem significados a eles. “O esquema funciona como uma espécie de filtro, que seleciona as informações, assimilando, priorizando e organizando aqueles estímulos que sejam consistentes com a estrutura do esquema, e evitando todo o estímulo que não seja consistente com essa estruturação.” (Duarte, Nunes & Kristensen, 2008).

DSM V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Documento criado pela *American Psychiatric Association (APA)* para padronizar critérios diagnósticos para transtornos que afetam o pensamento e a emoção, pretende ser um guia prático, prático e flexível para apresentar as características e sintomas dos transtornos mentais. Além de ajudar os profissionais a se comunicarem em um único idioma, também é utilizado como ferramenta para coletar estatísticas de saúde pública. “A publicação é o resultado de um processo de doze anos de estudos, revisões e pesquisas de campo realizados por centenas de profissionais divididos em diferentes grupos de trabalho.” (ARAÚJO, NETO, 2014)

RELATO DESCRITIVO DO CASO CLÍNICO:

As iniciais e todas as idades descritas foram alteradas.

1.1 Informações Do Paciente:

Nome: L. E. P

Idade: 16 anos e 7 Meses

Escolaridade: Ensino Médio Cursando

Profissão: Lavador de Automóveis

1.2 Queixa principal:

Tristeza pelo luto do Avô, Angústia e Crises de Ansiedade

Relacionamentos: Possui algumas amizades na escola, joga futebol.

Parentalidade: L. E. P. Mora com os responsáveis o pai tem 48 anos e a mãe 48 anos, casados há 20 anos e uma irmã de 5 anos.

Valores Pessoais: Verdade, Amor, Honestidade e Humildade.

Rotina diária: Levanta as 06:15 da manhã se arruma para ir escola, quando chega do colégio em casa, arruma a irmã e passa buscar a prima para levar ambas para a escolinha no período da tarde, as vezes encontra-se com alguns amigos ou é chamado para trabalhar no *lava-car*, a noite geralmente está em casa e joga *on line*

1207

1.3 Diagnóstico topográfico (DSM-V)

Eixo I – Sintomas de Depressão (CID 10 - F32 Episódios depressivos)

Sintomas de Ansiedade (CID 10 - F41 Outros transtornos ansiosos)

Eixo II – Características da Personalidade Esquizoide

1.4 Testes utilizados e resultados obtidos

BSI- inventário de autorrelato: Revelou certo distresse, incômodos que são causados no corpo através de pensamentos, impulsos ou ações que são vivenciados incessantes e de natureza indesejada ou estranha ao ego com nervosismo, tensão e preocupação, demonstrou sensações de inadequação e inferioridade pessoal, particularmente em comparação a outras pessoas, dúvida de si mesmo e incômodo perceptível durante interações interpessoais, além de certa falta de motivação e perda de interesse na vida. A escala BSI também apresentou pensamentos, sensações ou ações que são característicos do estado de afeto negativo de raiva;

características cardinais de pensamento projetivo, hostilidade, desconfiança, centralidade, medo de perda de autonomia, e estilo de vida afastado.

	A	B	A/B Escore	Escore T	Escore T de Referência	Diferença	
Somatização (SOM)	1	7	0,14	43	41	2	5%
Obsessivo- Compulsivo (O-C)	6	6	1,00	52	43	9	21%
Sensibilidade Interpessoal (S-I)	6	4	1,50	56	47	9	19%
Depressão (DEP)	13	6	2,17	64	52	12	23%
Ansiedade (ANS)	9	6	1,50	59	43	16	37%
Hostilidade (HOS)	7	5	1,40	55	39	16	41%
Ansiedade Fóbica (FOP)	0	5	0,00	#N/D	45	#N/D	#N/D
Ideação Paranóide (PAR)	3	5	0,60	45	43	2	5%
Psicotismo (PSI)	8	5	1,60	62	61	1	2%
Adicionais	3	4	0,75			0	#DIV/0!

PBQ-SF – Questionário de crenças dos Transtornos da Personalidade: O Questionário de autorrelato apresentou neste momento características de uma personalidade esquizoide, traços de evitação da reciprocidade social, buscando liberdade das pressões das expectativas sociais e preferem evitar totalmente os relacionamentos.”

	Escore Bruto	Escore Z	Escore Z REFERE N	
Evitativa	11	0,12	0,64	-0,52
Dependente	10	0,67	0,71	-0,04
Passivo-Agressivo		-1,97	0,68	-2,65
Obsessivo- Compulsivo	9	-0,36	0,80	-1,16
Antissocial	9	0,43	0,73	-0,30
Narcisista	9	0,52	0,72	-0,20
Histriônica	6	-0,19	0,78	-0,97
Esquizoide	21	1,79	0,68	1,11
Paranóide	10	0,05	0,82	-0,77
Borderline	8	0,21	0,75	-0,54

OBS. Há indicativo de um possível Transtorno da Personalidade quando o Escore-Z Total for superior ao Escore-Z de Referência da média dos 700 indivíduos avaliados durante os estudos de validação e padronização

BUTLER BECK & COHEN, 2007 Adaptado no Brasil por SAVOIA et al

YSQ-3 – Questionário de esquemas de Young: Demonstrou Percepção de que os outros com quem poderia se relacionar são instáveis e indignos de confiança. Envolvendo a sensação de que pessoas importantes não serão capazes de continuar proporcionando apoio emocional, ligação, força ou proteção prática porque seriam emocionalmente instáveis, imprevisíveis e não mereceriam confiança ou só estariam presentes de forma errática, revelou ênfase excessiva na obtenção de aprovação, reconhecimento ou atenção de outras pessoas, ou no próprio enquadramento, à custa do desenvolvimento de um senso de self seguro e verdadeiro. A autoestima depende principalmente das reações alheias, em lugar das próprias inclinações naturais. Por vezes, inclui uma ênfase exagerada em status, aparência, aceitação social, como forma de obter aprovação, admiração ou atenção (não principalmente em função de poder ou controle). Com frequência, resulta em importantes decisões não-autênticas nem satisfatórias, ou em hipersensibilidade à rejeição.

Privação Emocional	14
Abandono	15
Desconfiança/Abuso	9
Isolamento social/ Alienação	11
Defectividade/Vergonha	9
Fracasso	11
Dependência/ Incompetência	12
Vulnerabilidade	11
Emaranhamento	19
Subjugação	13
Autosacrifício	14
Inibição Emocional	18
Padrões inflexíveis	11
Grandiosidade/Arrogo	12
Autocontrole e Autodisciplina Insuficientes	17
Busca de Aprovação	21
Negativismo	13
Postura Punitiva	11

Análise: resultados de 20 a 30 pontos

Análise: resultados de 15 pontos (pontuação 5 e 6)

1.5 Problemas atuais e funcionamento atual:

L.E.P tem vivenciado situações de conflitos frequentemente com os responsáveis, principalmente com sua mãe, relato colhido pela anamnese, por vezes é diferido a ele palavras como: “você não faz nada direito”, “você vai morar na rua”, “eu preferia que tivesse morrido”. Está tendo problemas na escola, sabe que ficará para recuperação e não supera o luto do avô.

1.6 Perfil de desenvolvimento.

Nascido e criado na cidade grande, oriundo de uma família de classe trabalhadora está cursando o ensino médio, recentemente deixou de realizar um curso técnico em mecatrônica qual não se sentia bem em fazer, está à procura de um trabalho que possa realizá-lo, não possui históricos de doenças físicas ou cirurgia.

O relacionamento com os responsáveis neste momento encontra-se comprometido devido as cobranças, eles trabalham cerca de 12 horas diariamente e os finais de semana geralmente passam numa propriedade rural onde estão construindo uma casa. L.E.P não costuma ir, com a irmã ele se propõe a ser um “protetor” e tem vínculo significativo.

Eventos significativos e traumas na vida de L.E.P ocorreram quando o avô morreu com que era muito apegado, depois deste fato passou a fazer uso de (Cannabis sativa) com uma maior frequência chegando a 3 cigarros por semana, comportamento que reforçava as palavras ditas pela mãe de L.E.P com maior intensidade.

1.7 Perfil cognitivo

Crenças Centrais – Desamparo.

L.E.P Possui interpretações tipo: “Se me abrir, as pessoas verão como sou estranho e irão me provocar ou me rejeitar.” Isso em alguma escala angustia-o e o deixa triste neste

comportamento, não desfrutando de relações íntimas, incluindo fazer parte de uma família escolhendo quase sempre atividades solitárias e tem prazer em poucos afazeres.

Demonstra em alguns momentos uma visão solitária de si, uma visão dos outros como exigentes demais e hostis e assim evita certos contatos afetivo e uma visão de neutralidade do futuro.

1.8 Hipótese de trabalho

Durante algum tempo em sua vida, L.E.P se percebeu como razoavelmente competente, com alguns méritos e gostável em algumas situações. No entanto, é vulnerável, quando se percebe não gostável ou incapaz de ser amado, por pelo menos três razões: (1) Imaginar que os responsáveis não forneceram o afeto necessário para sobreviver; (2) ter histórico de privação afetiva, tornando-se socialmente desmotivado; (3) ter relações autoritárias por regras ilógicas, mantidas coercitivamente. Historicamente, L.E.P está alerta em relação a sinais de seu desamor e vulnerabilidade, por vezes, desconsidera ou não reconhece sinais de competência e amor, como cuidar da irmã, para isto desenvolveu algumas regras a fim de se assegurar que não é amado (p. ex., “Deixe que eles façam suas coisas sem mim”).

1210

Na sua jornada até aqui, L.E.P já conseguiu obter bons resultados, não reprovou em nenhum ano escolar e trabalha sempre que é chamado. O luto pelo avô somado as críticas constantes dos responsáveis despertaram certos pensamentos como “Certamente serei rejeitado, abandonado e ficarei sozinho.” Eu não sou bom o suficiente” (então eu não vou ser amado pelos outros). assim Sua crença nuclear de desamor foi ativada interferindo diretamente na qualidade das relações sociais e na solução de problemas cotidianos.

Quando começou a ter um desempenho mais fraco do que o esperado para si, se convenceu de que era indefeso. Não conseguir ser produtivo no curso que desistiu de fazer e principalmente não conseguir obter vínculo social e aprovação dos outros, provavelmente contribuiu os sintomas de ansiedade e tristeza.

1.9 Programa terapêutico/ plano geral de tratamento:

Objetivo:

- 1- Reduzir os sintomas causados pela ansiedade e tristeza; aumentar o otimismo e a esperança.
- 2- Melhorar o funcionamento, as interações sociais e o autocuidado.

- 3- Aumentar o afeto positivo.
- 4- Melhorar a autoimagem e a confiança.
- 5- Prevenir recaída.

Fase inicial:

- 1- Psicoeducação sobre ansiedade e sintomas de depressão. Por quê? Para ampliar o autoconhecimento da personalidade. Como? Aulas/cartilhas sobre ansiedade e depressão.
- 2- Psicoeducação Modelo cognitivo e processamento da informação. Por quê? Para compreender o papel das interpretações cognitivas sobre as emoções e comportamentos. Como? Explicar na sessão e utilizar o (A-B-C).
- 3- Psicoeducação dos pensamentos automáticos e distorções cognitiva. Por quê? Para aprender identificar pensamentos negativos e as próprias interpretações feitas. Como? Apresentar lista de distorção cognitiva e ler na sessão.
- 4- Ativação comportamental. Por quê? Para reconectar com atividades que geram prazer. Ex: jogar com os amigos, assistir jogos do seu time de futebol como? Lista de plano de ação.

1211

Fase intermediária:

- 1- Reestruturação Cognitiva. Por quê? Para identificar as suas crenças mal formuladas sobre si, as pessoas e o mundo. Como? Questionamento Socrático na sessão e exame de evidência no plano de ação.
- 2- Regulação Emocional. Por quê? Para aprender manejar e tolerar as emoções desagradáveis Ex: raiva. Como? Redefinição dos termos, relaxamento e respiração.

Fase Final:

Revisão das reflexões aprendidas. Por quê? Para constar de fato que o cliente conseguiu aprender o que foi treinado na terapia. Como? Pedir autorrelato para o cliente do que foi trabalhado e como será utilizado em situações que possam ocorrer no futuro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio Clínico específico supera qualquer aprendizado teórico embora seja essencial, indispensável e a base do conhecimento para o alcance de prováveis resultados esperado através das informações coletadas na prática. Trabalhar com ferramentas para

levantar possíveis diagnósticos serão sempre um desafio na vivência enquanto psicólogo, visto a complexidade do ser humano, que em momento algum é um rótulo ou outro, além da pessoa em atendimento pela sua idade estar passando por uma evolução neuro cognitiva, ou seja, ampliando sua capacidade de processar informações, envolvendo a aquisição de recursos conceituais, habilidades perceptivas, aprimoramento da linguagem e demais aspectos relacionados ao amadurecimento do cérebro, ainda assim estes instrumentos são importantes e podem auxiliar numa hipótese e plano de tratamento melhor acurado em benefício do próprio paciente cumprindo o papel científico pelo qual a ciência trabalha, a que ressaltar a importância da relação terapêutica, sem ela não há vínculo que suporte possíveis intervenções, nela é estabelecida a confiança fator sem o qual não há trabalho em psicoterapia.

REFERÊNCIAS

REYES, Amanda Neumann; FERMANN, Ilana Luiz. Eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental no Transtorno de Ansiedade Generalizada. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.49-54, 6,2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v13n1/v13n1a08.pdf>

Beck, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**; tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2022. p.16-21.

Beck, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**; tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2022. p.280.

BAHLS, Saint Clair; NAVOLAR, Ariana Bassetti Borba. **Psico UTP on line Revista de Psicologia**; Curitiba, v4, p.8, 6,2004. Terapias Cognitivo Comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. Disponível em: <https://docplayer.com.br/21734476-Terapia-cognitivo-comportamentais-conceitos-e-pressupostos-teoricos.html>

EL, Vinicius Sande et al. Reflexões sobre anamnese na visão do estudante de medicina. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 11, n. 3, 2017. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/4228/2469>

Coutinho, Joana. Ribeiro, Eugénia; Ferreira, Raquel; Dias, Paulo; Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos; **Rev Psiq Clín**. Portugal, v, 37(4);p,145-51, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/NZc5CnHnKBLjckCFXhMm44h/abstract/?lang=pt>

LEITE, Donizete Tadeu; LOPES, Ederaldo José; LOPES, Renata Ferrarez Fernandes; Características Psicométricas do Questionário de Crenças dos Transtornos de Personalidade – Forma Reduzida; **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e**

Cognitiva; Vol. XIV, nº 3. P,51-69, 2012 Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1517-55452012000300004

DUARTE, Aline Loureiro Chaves; NUNES, Maria Lúcia Tiellet; Kristensen. Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Vol,4 n.1, p,4. 2008. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100004

ARAUJO, Álvaro Cabral; NETO, Francisco Lotufo; A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5; **Revista Brasileira de Terapia Comportamental**; Vol. XVI, no. 1, P, 67 – 82, 2014 Disponível em: <http://rbtcc.webhostusp.sti.us>