

Life



CURSO DE
APERFEIÇOAMENTO EM
PSICOLOGIA CLÍNICA
ABORDAGENS, TÉCNICAS E MANEIRAS DE ATUAÇÃO

por **REBECCA FONSECA**

ESTUDE ONDE E QUANDO QUISER!
WWW.CURSOSPSICOLOGIA.COM.BR

Ψ

SUMÁRIO:

INTRODUÇÃO

SURGIMENTO DA CLÍNICA PSICOLÓGICA

ABORDAGENS PSICOLÓGICAS E TIPOS DE TERAPIA

AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

ENTREVISTA PSICOLÓGICA

O VÍNCULO TERAPÊUTICO

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

MATERIAL UTILIZADO

INTRODUÇÃO

Olá, a você, que tem este material nas mãos, ou na tela do seu computador. Profissional, estudante ou apenas estudioso sobre o tema, este manual foi feito pra você. Ao longo dele, temos explicações, conceituações, história, e fatos reais que aconteceram dentro do contexto clínico de atuação.

Não se trata de um material perfeito, e sim de uma junção de aspectos que existem na clínica Psicológica, uma introdução a estes temas abrangentes e complexos, para te fazer considerar e refletir sua atuação profissional.

Aprecie cada capítulo, e não hesite em adicionar outras teorias para complementar seu estudo. Espero que gostem dos assuntos que vamos tratar aqui, e se achar melhor, também releia novamente seus capítulos preferidos.

A clínica em Psicologia possui diversas facetas e é completamente um universo pronto para ser descoberto e explorado. Bem-vindo à apenas uma partezinha do que ele engloba.

Aproveite!

SURGIMENTO DA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Este é aquele comecinho teórico que precisa acontecer em todas as apostilas em que queremos ensinar algo. Vamos começar conversando sobre a origem da Psicologia clínica.

As referências para os artigos, encontram-se ao final da apostila!
Boa leitura!

Primeiramente, faz-se necessário entender o que significa o termo clínica para, posteriormente, conhecer sua trajetória histórica. Segundo Doron & Parot (1998), “(...) originariamente, a atividade clínica (do grego klinê – leito) é a do médico que, à cabeceira do doente, examina as manifestações da doença para fazer um diagnóstico, um prognóstico e prescrever um tratamento” (Doron e Parot, 1998, pp.144-145). Para tal, o médico fazia uso da observação e da entrevista. Esses procedimentos, inicialmente, já nos suscitam reflexões acerca da influência do saber médico sobre o fazer “psi”.

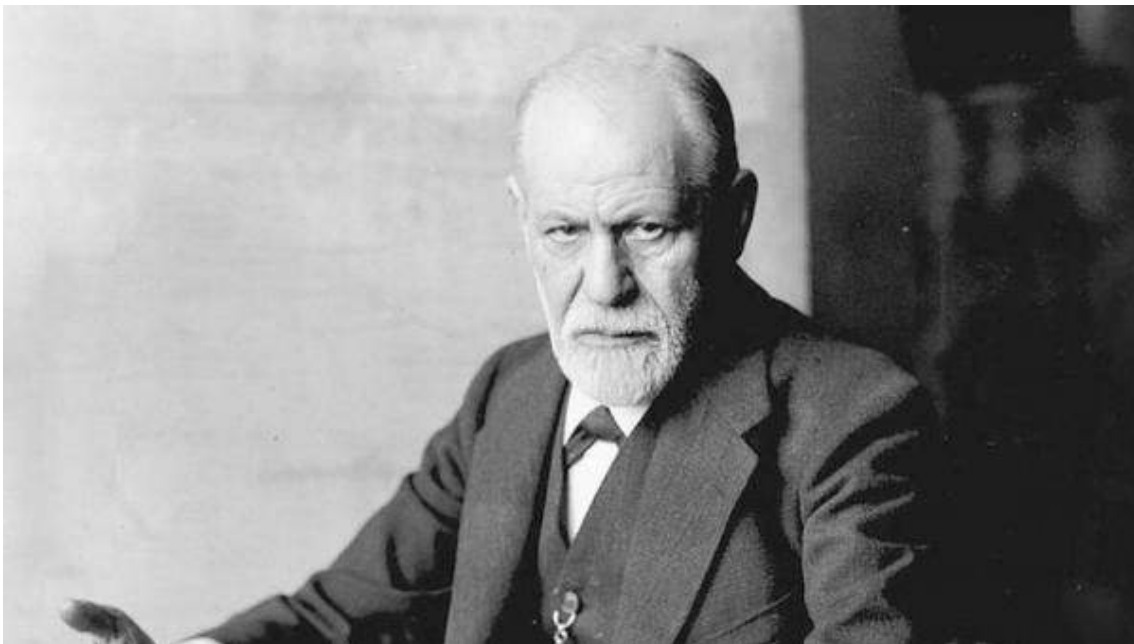
Hipócrates implementou a observação clínica e criou a anamnese, definindo-a como a primeira etapa do exame médico. Aliás, o próprio exame médico foi por ele introduzido na clínica, objetivando a obtenção de dados para a elaboração do diagnóstico e do prognóstico. O exame médico hipocrático consistia em medir a temperatura através da imposição das mãos, observar cuidadosamente, apalpar o corpo e auscultar os batimentos cardíacos, dentre outras ações. Com esses instrumentos – observação, anamnese e exame –, o pai da Medicina foi capaz de descrever mais de quarenta e cinco enfermidades, que prevaleceram até o século XVII.

O filósofo francês Michel Foucault, em seu livro Nascimento da Clínica, considera o fim do século XVIII e o início do XIX como a época em que despontou a clínica médica. Creio que seria mais apropriado falar em crescimento, em lugar de nascimento, pois o método clínico já existia desde Hipócrates. O século XIX foi, sem dúvida, o século em que a clínica médica teve o seu período áureo, enriquecendo a Medicina com numerosas descobertas, clínica psicológica é herdeira do modelo médico, no qual, como já dissemos, cabe ao profissional observar e compreender para, posteriormente, intervir, isto é, remediar, tratar, curar. Tratava-se,

portanto, de uma prática higienista. Dessa maneira, a clínica psicológica esteve, por um bom tempo, distante das questões sociais.



Freud e a psicanálise, segundo Guerra (2002), serão responsáveis pelo deslocamento da prática fundamentada no olhar (sobre o fenômeno) para a prática fundamentada na escuta (do metafenomenal). Assim, a prática clínica psicológica passa a vincular-se a uma demanda do sujeito, e não necessariamente a uma patologia, como no modelo médico. Mas a vinculação da Psicologia ao individualismo não será superada pelo tal, fruto de observações cuidadosas e da instrumentalização do médico (Rezende,2006).



Mas a relação entre a Psicologia e o individualismo é marcada por uma ambigüidade: se, por um lado, o individualismo foi condição sine qua non para o surgimento da Psicologia como ciência, por outro, ele tomará uma forma tal que denunciará a necessidade de que essa mesma Psicologia reflita sobre seus efeitos, o que mudará completamente a relação entre ambos. Assim, seria possível dar conta de todo tipo de “mazela”, nesse modelo? No nosso entender, não se pode tratar a psique da mesma maneira que se trata do soma e tampouco manter a neutralidade científica diante de um objeto que coincide com o observador.

A clínica individual é fundamental, mas não podemos nos perder no individualismo. Não se pode esquecer que a ciência expressa e alimenta ideologias; assim, a idéia de clínica neoliberal alimenta o modelo individualista, por vezes perverso, que se esquece do homem para manter a lógica do capital.

Acreditamos que existam outras intervenções psicológicas, de efeitos terapêuticos, resultantes de uma escuta clínica. Como breve exemplo das limitações da clínica quanto ao segredo individual, queremos relatar um episódio referente à prática de uma psicóloga em um hospital público. A psicóloga, novata, interroga a coordenação de psicologia do hospital sobre a possibilidade de se oferecerem mais consultórios dentro do hospital para estagiários atenderem os pacientes. A coordenadora pergunta por que não atender as pessoas no leito, pois atender só aqueles que têm condições médicas de caminhar até o consultório seria excluir os acamados. A psicóloga responde que não pode atender nas enfermarias, porque sempre existe um segredo a ser dito. No nosso entender, manter esse pressuposto é retirar, de alguns sujeitos, a possibilidade de acolhimento, de escuta do sofrimento e até de uma nova posição subjetiva frente ao sofrimento.

Desde o final do século passado e ainda no início deste século, presenciamos, no País, um aumento considerável das áreas de atuação da Psicologia, o que evidencia uma ampliação paulatina de seus locais de trabalho: o psicólogo torna-se presença cada vez mais constante nos sistemas de saúde pública, nos centros de reabilitação, nos asilos, nos hospitais psiquiátricos e gerais, no sistema judiciário, nas creches, nas penitenciárias, nas comunidades. Dessa maneira, surgem, para o profissional, outras oportunidades de trabalho que escapam a seus espaços usuais de atuação, restritos até então aos consultórios, às escolas e às empresas. Todavia, cabe ressaltar que o psicólogo se depara, portanto, com o desafio de trilhar novos caminhos e de sustentar

suas conquistas recentes. Esse desafio pressupõe, de acordo com Romagnoli (2006/no prelo).

Assim, não importa em que lugar ou espaço o ato clínico aconteça, seja no âmbito privado ou público, numa relação diádica, grupal ou coletiva. Este será sempre um fazer psicológico que se pautará em concepções teóricas e metodológicas que refletirão essa postura diante do sofrimento ou fenômeno psicológico que se coloca diante dele. Melhor dizendo, o ato clínico se pautará muito mais por uma ética do que por referenciais teóricos fechados. (Dutra, 2004, s/p).

A clínica em Psicologia então, possui um surgimento antigo, em contextos médicos e perdura até hoje, nos mais variados contextos e configurações. A clínica Psicológica é de um nível complexo pois se vale de diferentes abordagens para enxergar o mesmo fenômeno. Estas abordagens são escolhidas por cada profissional, esse

O Surgimento da Clínica Psicológica: Da Prática Curativa aos Dispositivos de Promoção da Saúde
The Beginning of the Psychological Clinic: From the Healing Practice to the Dispositives to Promote Health
Artigo 608 Jacqueline de Oliveira Moreira, Roberta Carvalho Romagnoli & Edwiges de Oliveira Neves Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

ABORDAGENS PSICOLÓGICAS E TIPOS DE TERAPIA

A Psicologia é a ciência que estuda o comportamento humano, e para isso ela se vale de diversas formas de enxergar e interpretar os fenômenos. Fazendo uma analogia bastante simples e até ousada, existem vários modelos de óculos. Os óculos que você escolhe utilizar para enxergar determinada realidade ou fenômeno comportamental que se apresenta em sua frente, estas são as abordagens. Veja a seguir breves explicações sobre cada uma delas:

1. PSICANÁLISE

Essa, provavelmente, é a abordagem da Psicologia mais conhecida pelas pessoas em geral. Sigmund Freud é o nome do teórico que a desenvolveu, — e que é famoso até hoje, inclusive em muitas expressões bem-humoradas (como o clássico “Freud explica”). Hoje, é importante lembrar que existem outros autores que contribuem para esta linha teórica. Todo o reconhecimento que Freud recebeu não foi à toa. Em sua época, ele revolucionou a área da saúde ao propor tratamentos diferenciados para as questões emocionais, questões que não tinham sido exploradas de maneira aprofundada.

Em um período no qual a ciência médica não dava muita atenção para os processos mentais, ele criou uma teoria bastante completa sobre o funcionamento do psiquismo. O conceito central do pensamento freudiano é o *inconsciente*. Segundo ele, muitas das emoções e dos comportamentos humanos têm causas desconhecidas pela pessoa, já que estão fora do nível da consciência racional. Nesse contexto, fazer terapia com um psicanalista permite que o paciente conheça melhor seu inconsciente e compreenda o que vive de maneira mais profunda. A principal estratégia clínica da psicanálise é a fala e uma de suas características marcantes é que não se configura como um tratamento diretivo. A terapia com essa abordagem parte da associação livre, ou seja, estimula que o paciente fale sobre o que quiser, sem muitas intervenções do psicólogo. Os terapeutas psicanalistas são aqueles que permanecem mais silenciosos durante uma sessão.

2. HUMANISMO

O humanismo é outra das abordagens da Psicologia mais conhecidas. Na verdade, ele funciona como uma corrente de pensamento que reúne várias abordagens — como a Terapia Centrada na Pessoa e a Gestalt-Terapia. Elas partem de uma base filosófica comum (principalmente ligada ao existencialismo e à fenomenologia).

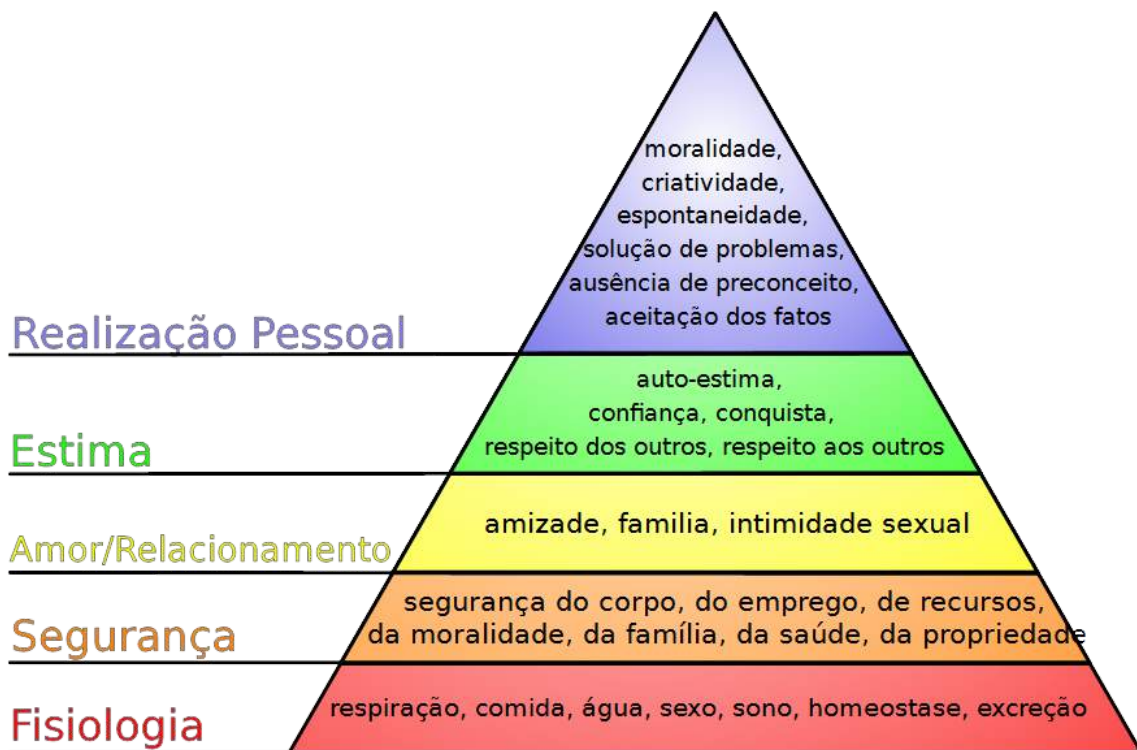
A psicologia humanista tem como principal característica considerar o ser humano como um todo. Ela se baseia no fato de que há múltiplos fatores envolvidos na saúde mental. Todos eles convergem e estão interligados: as emoções, o corpo, os sentimentos, o comportamento, os pensamentos. Uma das principais características do humanismo é o foco no momento presente. Nesse ponto, ele se difere da psicanálise, já que ela busca interpretar os acontecimentos atuais a partir do olhar aos primeiros anos de vida do paciente.

Durante minha graduação, tive excelentes mestres que seguiam a abordagem humanista e nos faziam ter uma total nova concepção sobre o acolhimento.

Na faculdade de Psicologia, você vai aprender que os terapeutas humanistas fazem o caminho contrário: compreendendo o passado a partir do momento atual.

Além de dar atenção especial ao modo como a pessoa se sente hoje, outro fator importante para o humanismo é a relação terapêutica. Os princípios da teoria estimulam que o psicólogo se esforce para deixar de lado suas pré-concepções sobre o paciente para se aproximar ao máximo da experiência pelo ponto de vista dele.

Os terapeutas dessa abordagem podem usar, além da fala, diversas estratégias clínicas. São comuns, por exemplo, técnicas artísticas e trabalhos corporais. Apesar de também não ser um tratamento diretivo, o profissional é mais ativo na terapia — ele se mantém presente no diálogo e realiza intervenções quando julga necessário.





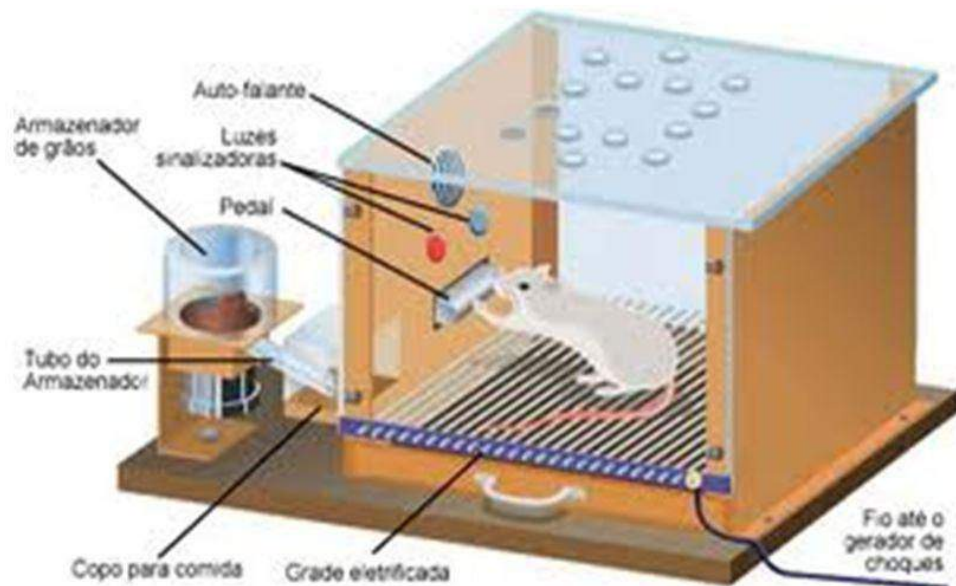
3. BEHAVIORISMO OU PSICOLOGIA COMPORTAMENTAL

Mais uma das principais abordagens inseridas no mercado de trabalho de Psicologia é a teoria comportamental. Entre as três que citamos até aqui, essa é considerada a linha de tratamento mais diretiva, pois foca no comportamento observável e tem o objetivo claro de modificar padrões de vida do paciente.

O desenvolvimento do behaviorismo se deu a partir, principalmente, dos teóricos Watson e Skinner. Em sua época, eles consideraram experimentos de comportamento animal para compreender como as pessoas reagem ao que acontece em suas vidas. Assim, construíram teorias que explicam o comportamento humano a partir dos estímulos recebidos e das consequências geradas pelas ações.

CAIXA DE SKINNER

A

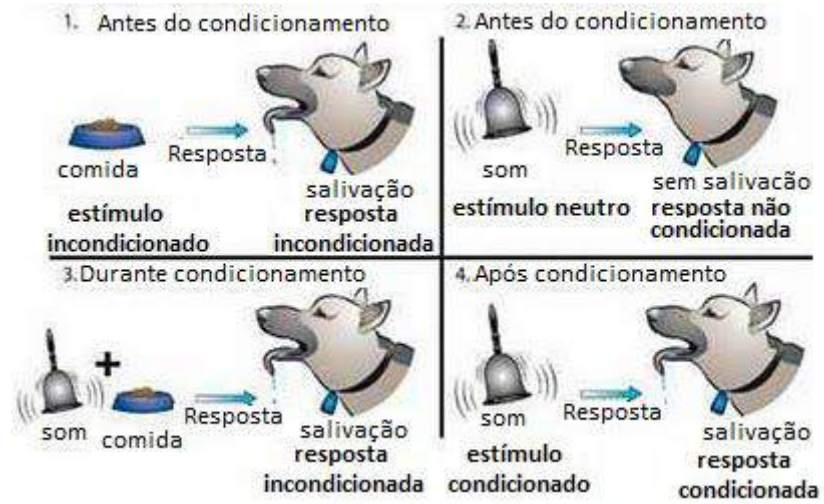


terapia com um psicólogo comportamental se baseia na análise do comportamento do paciente e visa perceber e transformar aqueles que são disfuncionais, ou seja, que trazem dificuldades e sofrimento para a pessoa. Por isso, o terapeuta nessa abordagem é mais presente na relação.

Esta terapia é ensinada aos estudantes também através de uma disciplina chamada Análise Experimental do Comportamento, aquela dos ratinhos na caixinha de reforços positivos e negativos.

Ou seja, o psicólogo faz intervenções mais diretas e, inclusive, pode propor atividades para que o paciente realize em casa entre as sessões de terapia. Na clínica, ele costuma usar diversas técnicas para que a pessoa perceba e modifique os próprios comportamentos. Assim, a terapia não se baseia apenas na fala.

Ian Pavlov também é outro teórico que contribuiu nesta abordagem. Veja:



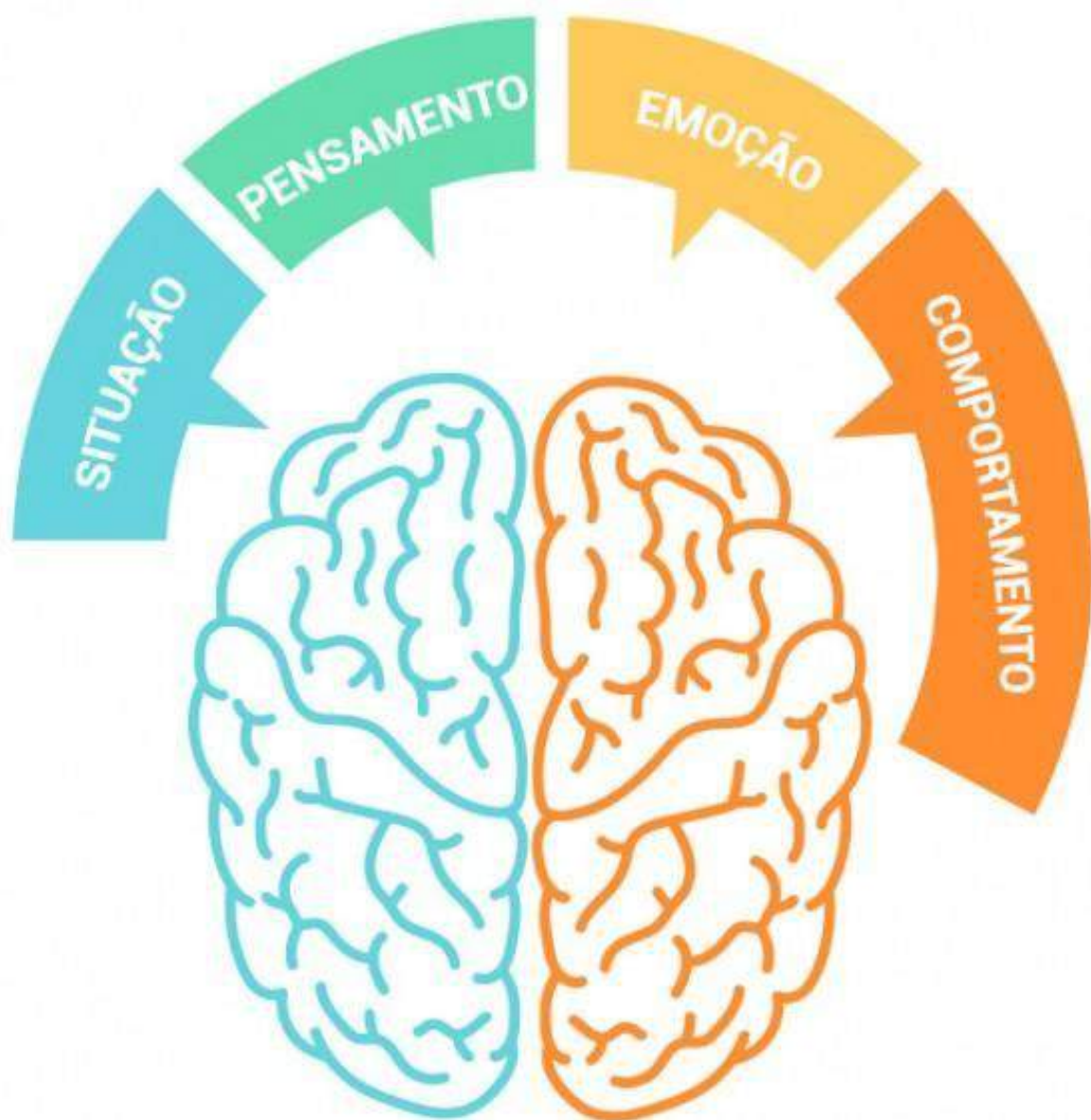
4. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Esta é uma das abordagens mais requisitadas na atualidade. Portanto, teremos um capítulo só para ela. Mas enquanto isso, olhe aqui um trechinho. Essa abordagem é um desdobramento do behaviorismo. Ela foi desenvolvida por Aaron Beck e integra a base comportamental a conhecimentos das neurociências. Com isso, foi desenvolvida uma teoria que relaciona os pensamentos, as emoções e os comportamentos humanos, ampliando a terapia comportamental clássica.

Para os teóricos da terapia cognitivo-comportamental (TCC), os pensamentos estão intimamente relacionados a como as pessoas vivem e aos sofrimentos emocionais que elas têm. Por isso, o psicólogo da TCC não foca apenas na modificação de comportamentos, mas de padrões de pensamento que estão na origem deles.

O psicólogo parte da ideia de que problemas de ansiedade podem estar relacionados, por exemplo, a pensamentos disfuncionais de baixa autoestima ou medo excessivo. Assim, o objetivo da terapia é identificar esses padrões e ajudar o paciente a modificá-los para que seja possível diminuir os sintomas e viver com mais qualidade.

Semelhante ao behaviorismo, essa também é uma terapia bastante diretiva. Ela funciona a partir de objetivos que são estabelecidos entre o psicólogo e o paciente. Dessa forma, as sessões são estruturadas em torno dessas metas e o profissional utiliza diversas técnicas e atividades para intervir nos problemas trazidos pela pessoa.



Percebeu como as abordagens da Psicologia podem ser muito diferentes entre si? Ainda assim, todas elas apresentam bons resultados nas diversas áreas de atuação do psicólogo. Para escolher entre as teorias, o indicado é que o estudante reflita sobre a que mais se aproxima da sua compreensão dos aspectos humanos. Assim, ele se prepara para ajudar seus pacientes da melhor maneira como profissional dessa área.

Como profissional da Psicologia, você utilizará alguma destas abordagens para guiar sua prática clínica. Você fará especializações para tornar-se cada vez melhor em sua área de conhecimento. Agora, vamos falar sobre diferentes tipos de terapia que podem acontecer em sua prática profissional. Cada pessoa que procura o serviço pode estar em uma destas situações, e até mesmo, podem mudar de acordo com a demanda, e acontecer simultaneamente. O terapeuta habilidoso saberá como manejar estes momentos.

Terapia para Autoconhecimento

Este modelo é bastante procurado pelas pessoas que querem entender a si mesmas através do processo Psicoterapêutico

Veja o que este trecho retirado de um site aponta sobre este tipo de terapia:

“Ajudar o indivíduo a ampliar a consciência sobre si mesmo e a desenvolver recursos para lidar com questões internas e resolver conflitos emocionais que incapacitam ou geram sofrimento e comportamentos que trazem danos à saúde e aos relacionamentos. Possibilitar maior capacidade de reflexão diante das dificuldades e na busca por soluções. Compreender o motivo que situações desagradáveis se repetem na vida.

O resultado é que ele aprende a experienciar a emoção de outras formas. Desenvolve mais autonomia e segurança para lidar com questões inerentes a vida. Conhecerá novas facetas de si mesmo, desenvolverá outros comportamentos mais construtivos, nova postura em relação a vida, desenvolver flexibilidade, ser criativo diante das escolhas, melhora a comunicação, adquire mais autoconfiança para falar em publico, lidar com

pessoas e situações conflituosas com mais assertividade e autoconfiança.”



Terapia para Tratamento de Transtornos Psiquiátricos

Algumas vezes, o sofrimento psíquico é tão grande que há necessidade de terapias mais focadas. Em alguns casos, Transtornos Psicológicos podem acontecer e a terapia está sendo direcionada exatamente para este fim, com ou sem ajuda Psiquiátrica. Veja rapidamente alguns transtornos que podem demandar este tipo de terapia:

Transtornos de Ansiedade, Transtornos depressivos, transtornos alimentares, transtornos de pânico e transtornos de personalidade.

Sobre a Depressão: A Depressão é definida como um distúrbio afetivo que apresenta como sintomas principais o estado de tristeza crônica (distímia) e a perda de interesse por atividades novas ou anteriormente prazerosas (anedonia) (DSM-V).

Doenças mentais

Cerca 20% dos adultos tendem a sofrer de algum transtorno mental em algum momento de sua vida. Confira a incidência de algumas doenças, os tratamentos e onde buscar ajuda



Depressão

O que é

Sentimento de tristeza intensa, profunda e persistente, desproporcional ao acontecimento

Incidência* 6% - 10%



(6% mulheres e 10% dos homens)

Tratamento

O uso de medicamentos é a base do tratamento, que pode ser complementado com psicoterapias

Onde buscar ajuda?

Nas unidades básicas de saúde com atendimento psiquiátrico, Centro de Atenção Psicossocial (Caps) ou nos ambulatórios de hospitais-escola ou hospitais gerais



Distúrbio de ansiedade generalizado

O que é

Nervosismo e preocupação intensos, duradouros e frequentes, com permanências de pelo menos seis meses

Incidência* 3,4%



Tratamento

Dependendo do distúrbio de ansiedade, ansiolíticos e psicoterapia podem aliviar a disfunção

Onde buscar ajuda?

Nas unidades básicas de saúde com atendimento psiquiátrico, Centro de Atenção Psicossocial (Caps) ou nos ambulatórios de hospitais-escola ou hospitais gerais

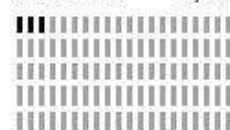


Distúrbio do pânico

O que é

Ansiedade extrema, com sintomas físicos como dores no peito, falta de ar, agitação, sudorese e palpitações

Incidência* 3,5%



Tratamento

Em casos mais leves pode existir recuperação sem medicação. Em casos mais graves, indica-se remédios e terapia

Outras vertentes, de acordo com o site SAÚDE – ABRIL.

Arteterapia

Lápis, pincel, tinta, tela e demais recursos são ferramentas para externar as emoções sem precisar necessariamente da fala. A expressão audiovisual vira um meio para acessar o inconsciente e interpretar os sentimentos, que muitas vezes não aparecem de outras formas convencionais.

É curioso notar como alguns dos pintores mais talentosos da história, como o holandês Vincent van Gogh (1853- -1890), tinham transtornos mentais e faziam da arte a manifestação de suas psicoses.

Dramaterapia

Vale-se do processo teatral ao interpretar determinadas passagens que refletem algo de relevante na vida do paciente ou no seu processo de autoconhecimento. Ao assumir outra personalidade temporariamente, o sujeito se vê distante de si e consegue analisar seu contexto sob outro olhar.

Ela pode ser realizada individualmente, mas é comum (e desejável) que seja praticada ao menos em dupla ou com um grupo de apoio para facilitar a dramatização.

Ludoterapia

É a adaptação de muitas das abordagens, como a psicanálise e a terapia cognitivo-comportamental, para o universo infantil. Leva em conta a ideia de que o ato de brincar é a forma como a criança transmite seus sentimentos automaticamente e alivia a tensão, a agressividade e o medo. Serve tanto para o diagnóstico das doenças quanto para o tratamento. É possível utilizar brinquedos físicos e inventar histórias fictícias com um propósito.

Constelação familiar

Ganhou os holofotes quando foi incluída no grupo de terapias alternativas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Bolada pelo terapeuta alemão Bert Hellinger durante serviços missionários na África do Sul, recorre a um intrincado sistema de símbolos e representações teatrais para analisar a dinâmica entre os diversos membros de um grupo ou de uma família, de modo a discutir e, se possível, melhorar o relacionamento entre eles.

A Avaliação Neuropsicológica (Cursos LifeEAD – Neuropsicologia)

A avaliação Neuropsicológica (AN) pode ser definida por suas várias facetas. Aqui são apresentadas algumas das definições encontradas na literatura. A Avaliação Neuropsicológica Clínica é a aplicação dos conhecimentos da área de Neuropsicologia para avaliar e intervir no comportamento humano, relacionando-o ao funcionamento normal ou deficitário do sistema nervoso central. É também vista como a análise sistemática dos distúrbios de comportamento (e da cognição) que se seguem a alterações da atividade cerebral normal, causados por doença, lesão, disfunção ou modificações experimentais (Lezak et al., 2004). Assim sendo, um dos objetivos da AN é traçar inferências sobre as características funcionais do cérebro de um indivíduo (Benton, 1971). Esta avaliação deve possibilitar um diagnóstico e a documentação do estado do paciente; verificar a ocorrência de distúrbios cognitivos, comunicativos e/ou emocionais, relacionados à lesão/difusão cerebral; desvendar a natureza dos sintomas, a etiologia, o prognóstico e a descrição das características de cada caso; determinar a magnitude das sequelas dessa lesão; seguir a evolução do quadro e, por fim, oferecer orientações terapêuticas (bases para a reabilitação). A AN utiliza técnicas especiais de avaliação das funções neurocognitivas do indivíduo para o estabelecimento de correlações entre seus desvios e as lesões/difusões cerebrais (Rodrigues, 1993). Compreende uma análise quantitativa e qualitativa da magnitude de alterações cognitivas, ou seja, do estado funcional neuropsicológico (Casanova, 1987). Tem-se a visão ampliada de avaliação neuropsicológica como uma investigação do perfil neuropsicológico, com a identificação das áreas preservadas e das deficitárias, e exploração das razões do desempenho comprometido. É um

processo complexo, que envolve, além da utilização de diversas ferramentas, como entrevistas e questionários (anamnese), escalas,

observação em contexto clínico e em situações ecológicas, tarefas experimentais e a utilização de instrumentos formais para a investigação das funções neurocognitivas preservadas e das deficitárias. Esta avaliação, através de instrumentos, pode ser do tipo exploração flexível (tarefas, provas ou testes específicos, selecionados para cada caso) ou uma exploração sistemática (triagens, baterias breves e extensas, aplicadas na íntegra). Ainda, a avaliação considerada funcional em Neuropsicologia pressupõe a compreensão da interrelação entre os comportamentos (desempenhos) apresentados e as demandas ambientais (pessoas, regras sociais, barreiras físicas, rotinas, compromissos, interesses). É também chamada de avaliação ecológica. Uma das metas da AN é explorar as razões do desempenho comprometido. Para tanto, deve ir além de procedimentos padronizados e buscar interação de fatores. A interpretação dos seus achados é o que torna uma avaliação propriamente neuropsicológica, pois ela extrapola a questão quantitativa para incluir complementarmente (e obrigatoriamente) a análise qualitativa, com base nas formas de resposta, nos tipos de erros, nas autocorreções, na noção de desempenho (consciência dos déficits ou não), entre outras. O teste é uma ferramenta útil ao neuropsicólogo, mas a prática em Neuropsicologia não se reduz ao seu uso. Tem sempre como base o referencial teórico para interpretar o comportamento (sintoma) e relacioná-lo com as bases neurobiológicas. Desta forma, salienta-se que a AN é muito mais ampla, complexa e teoricamente embasada do que a simples aplicação de testes. O instrumento neuropsicológico não se limita aos aspectos psicométricos, exige interpretação em função de modelos neurocognitivos, de correlação estrutura-função. A avaliação é uma questão central em

Neuropsicologia e deve ser considerada num contexto amplo. Suas inúmeras metas/objetivos são completamente e substancialmente diferentes das da avaliação psicológica. A avaliação psicológica, que constitui uma das funções exclusivas do Psicólogo, nos remete aos primeiros estudos e desenvolvimento dos testes psicológicos no final do século XIX com a introdução da abordagem psicométrica. A avaliação neuropsicológica, apesar de poder utilizar complementarmente aportes psicométricos, sempre ultrapassa o conceito da psicomетria, não sendo, em hipótese alguma, sinônimo de avaliação psicológica. Os instrumentos de AN têm lógicas de construção e de interpretação completamente diferentes daquelas dos instrumentos da avaliação psicológica.

Em Neuropsicologia, os instrumentos são baseados em modelos da Neuropsicologia (Cognitiva e do Desenvolvimento); em geral os processos

de construção ocorrem de forma interdisciplinar; apresentam rigor metodológico na pesquisa, utilizando-se de critérios psicolinguísticos para a construção de itens verbais; os dados gerados são quantitativos e qualitativos (tipos de erros e estratégias); buscam-se por dissociações entre funções e tarefas e pelo perfil neuropsicológico (habilidades preservadas versus deficitárias), sendo estes dados base para a intervenção Neuropsicológica. Portanto, estes instrumentos neuropsicológicos podem ser úteis a profissionais de diferentes áreas da saúde, com formação ou experiência clínica em Neuropsicologia, pois são usados para diagnósticos neuropsicológicos (e não psicológicos). A abordagem neuropsicológica cognitiva, mais especificamente, utiliza-se do método de análise psicolinguística, no qual são usados indícios para inferir o processo subjacente ao desempenho nas tarefas, como a comparação do desempenho entre estímulos que variam em suas propriedades psicolinguísticas, por exemplo. Aspectos diagnósticos em Neuropsicologia baseiam-se na

comparação entre os desempenhos nos diferentes testes do paciente em questão e os desempenhos esperados no indivíduo normal. O desempenho de um dado paciente pode ser interpretado de acordo com o modelo de processamento subjacente (modelo cognitivo).

ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Algumas pessoas quando lembram da Psicoterapia, encontram-se extremamente equivocadas com sua condução. Pensam que é apenas uma conversa entre duas pessoas, onde uma ouve e a outra “desabafa” sobre o que está acontecendo. Dessa forma, é fácil chegar a conclusão que “se for apenas para conversar, posso encontrar um amigo ou qualquer pessoa”. Porque é tão difícil para um Psicólogo se desvencilhar deste estereótipo, tantas vezes fomentado? Porque existem muitos profissionais apenas conversando com seus pacientes, e trazendo uma má impressão a toda uma profissão que tem tanto potencial para mudar a vida das pessoas. Então, o problema está na intervenção, certo? Antes de querer fazer qualquer intervenção terapêutica, é preciso saber escutar cada detalhe da fala do seu paciente. Inclusive, você precisa aprender a ouvir até mesmo o que não está sendo falado. E quando você escutar, é necessário fazer as perguntas certas, no momento adequado. Aqui, encontra-se a verdadeira preciosidade da sessão de Psicoterapia. A Entrevista Psicológica bem fundamentada e aplicada com domínio, antes de qualquer intervenção.

Então vamos entender do que esta entrevista se trata. A entrevista, é diferente de uma simples conversa. Pense em uma entrevista jornalística. Imagine se o entrevistador não soubesse o que iria falar e tirasse referências apenas a sua cabeça? Provavelmente, quem fosse assistir estaria perante um amontoado de informações desconexas. A entrevista Psicológica tem uma estrutura que precisa obedecer. Esta não terá microfones ou gravações como acontecem nas jornalísticas, mas demanda tanta técnica como se fosse uma. Para uma entrevista Psicológica acontecer da maneira adequada, precisamos levar em consideração três aspectos: Comunicação, Interação e Finalidade. Sem estes critérios claros e definidos, você verá que estará apenas conversando com o paciente e

não chegará a lugar algum e não terá as informações que você necessita para estabelecer um diagnóstico claro e um plano de intervenção.

Agora, sem mais delongas, vamos abordar os passos:

1. Comunicação:

A entrevista é uma conversa entre duas ou mais pessoas em que uma pergunta (entrevistador) com um objetivo pré-definido.

A comunicação não é apenas oral – precisamos analisar os componentes não orais neste encontro, expressões faciais, linguagem corporal, etc.

As informações verbais e não verbais possuem uma validade grandiosa para a avaliação do paciente e pode fornecer dados para a intervenção Psicológica.

2. Interação

A interação prevê que cada um dos que estão envolvidos na entrevista possuem um papel assimétrico. O do entrevistado, de promover o fornecimento da informação, e o entrevistador, a busca da informação. O entrevistador deve estar a todo tempo no controle deste tempo passado junto com o entrevistado.

3. Propósito:

Qual é a finalidade da entrevista? Esta pergunta deve ser lembrada sempre pelo entrevistador e respondida internamente. Isto o direcionará na hora de conduzir neste momento importante.

Bleger (1987) diz a “entrevista psicológica é uma relação, com características particulares, que se estabelece entre duas ou mais pessoas. O específico ou particular dessa relação reside em que um dos integrantes é um técnico da psicologia que deve atuar nesse papel, e o

outro ou os outros, necessitam de sua intervenção técnica. Porém, isso é um ponto fundamental, o técnico não só utiliza em entrevista seus conhecimentos psicológicos para aplicá-los ao entrevistado, como também esta aplicação se produz precisamente através de seu próprio comportamento no decorrer da entrevista. Para sublinhar o aspecto fundamental da entrevista poder-se-ia dizer, de outra maneira, que ela consiste em uma relação humana na qual um dos integrantes deve procurar saber o que está acontecendo e deve actuar segundo esse conhecimento. A realização dos objetivos possíveis da entrevista (investigação, diagnóstico, orientação, etc.) depende desse saber e da actuação e acordo com esse saber” (Bleger, 1987, p.12 apud OLIVEIRA, 2005).

Formas de Entrevista

- Diretiva, ou fechada - perguntas programadas, já planejadas e em sua seqüência, não altera as perguntas - questionário, mas permite a observação da linguagem não verbal
- livre, ou não-diretiva, ou aberta - o entrevistador tem ampla liberdade para perguntas e para intervenções , o cliente fala livremente sobre seus problemas e sentimentos
- semidirigida - o paciente pode iniciar falando, sendo que o entrevistador intervém buscando maiores esclarecimentos.

[Ir p/ primeira página](#)



Veja as principais diferenças da Entrevista Psiquiátrica e a entrevista Psicológica:

Surgem pelo menos duas diferenças essenciais entre a entrevista clínica utilizada em psiquiatria e em psicologia, sendo as duas abordagens, no

entanto, complementares e necessárias: O psiquiatra baseia-se em elementos clínicos aparentes para estabelecer um diagnóstico, referenciando-o seguidamente a um sistema nosográfico (OLIVEIRA, 2005).

O psicólogo, por seu lado, tenta antes compreender o funcionamento psicológico de um indivíduo, tentando situar as condutas observadas num contexto (história pessoal e familiar do sujeito, elementos de personalidade, modalidades de relacionamento com o meio, representações interiores); aqui a referência é o próprio sujeito; O psiquiatra inscreve a entrevista clínica num procedimento terapêutico, enquanto o procedimento do psicólogo não é terapêutico no sentido médico do termo (ausência de prescrições); ela tem antes de mais um cariz de ajuda, de aconselhamento e de intervenção psicológica, que é suposto levar a modificações positivas no indivíduo em sofrimento (OLIVEIRA, 2005).

A partir deste momento é o de observar, o de escutar (com uma atenção flutuante e não seletiva), de “compreender”, de saber esperar e calar-se e no momento oportuno dar a interpretação que convém. Através da interpretação, o analista comunica ao sujeito o conteúdo latente do discurso deste. Esta comunicação pode tomar diferentes formas: questão, reformulação, restituição, pontuação. Consiste em reunir elementos separados do discurso; neste sentido, é uma actividade de ligação e de atribuição de sentido à narrativa do sujeito.

A interpretação só é efectuada quando o sujeito está preparado para a ouvir; é portanto verdadeiramente um trabalho de co-construção entre terapeuta e paciente. O procedimento do psicanalista é conseqüentemente não directivo; ele não deve dirigir o discurso do sujeito, não intervêm, abstêm-se de formular juízos e não aconselha; “o analista não deve ser senão o espelho que reflecte aquilo que lhe é mostrado” (Freud, 1913).

Fenômenos psicológicos que surgem no decurso das entrevistas Neste dispositivo específico surge um certo número de fenómenos psicológicos.

1. Regressão – é favorecida pela posição deitada. Não se trata de uma regressão patológica mas de uma regressão necessária ao processo terapêutico; ela permite ao paciente voltar-se para o seu passado (regressão temporal), funcionar do registo do imaginário e não da realidade (regressão formal) e chegar ao material inconsciente (regressão tópica).

2. Resistências – trata-se de resistências ao trabalho terapêutico, que tentam manter no inconsciente os acontecimentos esquecidos.

3. Transferência – representa o motor da cura e pode ser assim definida: É a repetição, face ao analista, de atitudes emocionais, inconscientes, amigáveis, hostis ou ambivalentes, que o paciente estabeleceu na sua infância no contato com os pais e as pessoas que o rodeiam.

4. Contratransferência – trata-se de uma resposta do analista à transferência do paciente mas que designa também, de forma mais geral, o conjunto das reações inconscientes do analista perante o seu interlocutor. Especificidades da entrevista clínica Uma forma particular de comunicação.

Uma forma particular de apreender o discurso. Apesar de tudo uma conversa Entrevista psicanalítica e entrevista clínica psicológica Ligações A psicologia clínica e a psiquiatria clínica, em França, foram muito influenciadas pelo modelo psicanalítico. Desde sempre existiram laços muito fortes entre a psicologia clínica e a psicanálise.

Segundo Didier Anzieu: A psicanálise acabou por prestar um serviço à psicologia em dois planos, o da garantia teórica e o de exemplo, senão mesmo de um modelo de prática. Por seu lado, a psicologia serviu de veículo à propagação da psicanálise num país que durante muito tempo lhe foi indiferente ou reticente. No entanto, essas fortes ligações não devem obscurecer as especificidades de cada uma destas disciplinas.

Temos também segundo Bleger (1998) que a entrevista pode ser de dois tipos fundamentais: aberta e fechada. Na fechada as perguntas já estão previstas, assim como a ordem e a maneira de formulá-las, e o entrevistador não pode alterar nenhuma destas disposições.

Na entrevista aberta, pelo contrário, o entrevistador tem ampla liberdade para as perguntas ou para suas intervenções, permitindo-se toda a flexibilidade necessária em cada caso particular. A entrevista fechada é, na realidade, um questionário que passa a ter uma relação estreita com a entrevista, na medida em que uma manipulação de certos princípios e regras facilita e possibilita a aplicação do questionário (p. 3).

Porém, devemos desde já destacar que a liberdade do entrevistador, no caso da entrevista aberta, reside num manejo que permita, na medida do possível, que o entrevistado configure o campo da entrevista segundo sua estrutura psicológica particular ou – dito de outra maneira – “que o campo

da entrevista se configure, o máximo possível, pelas variáveis que dependem da personalidade do entrevistado” (Bleger, 1998, p. 4).

Desta forma, a entrevista aberta permite um aprofundamento mais amplo da personalidade do entrevistado, embora a entrevista fechada permita uma melhor comparação sistemática de dados, além de outras vantagens próprias de todo método padronizado.

Um bom entrevistador deve ser capaz de:

- 1) estar presente, no sentido de estar inteiramente disponível para o outro naquele momento, e poder ouvi-lo sem a interferência de questões pessoais;
- 2) ajudar o entrevistado a se sentir à vontade e a desenvolver uma aliança de trabalho;
- 3) facilitar a expressão dos motivos que levaram a pessoa a ser encaminhada ou a buscar ajuda;
- 4) buscar esclarecimento para colocações vagas ou incompletas;
- 5) gentilmente, confrontar esquivas e contradições;
- 6) tolerar a ansiedade relacionada aos temas evocados na entrevista;
- 7) reconhecer defesas e modos de estruturação do sujeito, especialmente quando elas atuam diretamente na relação com o entrevistador (transferência);
- 8) compreender seus processos contratransferenciais;
- 9) assumir a iniciativa em momentos de impasse;
- 10) dominar as técnicas que utiliza.

Por estar atendo ao outro, o entrevistador estará mais apto a ajudá-lo a sentir-se à vontade e a desenvolver uma aliança de trabalho.

A aliança para o trabalho, segundo Tavares (2002), que mais tarde se desenvolverá em uma aliança terapêutica, é composta de dois fatores: A percepção de estar recebendo apoio e o sentimento de estarem trabalhando juntos. Desenvolver uma atmosfera de colaboração é essencial para o sucesso de uma avaliação.

Para isso, é importante que o cliente perceba que o entrevistador está receptivo a suas dificuldades e a seus objetivos, que ele demonstra entendê-lo e aceitá-lo, que ele reconhece suas capacidades e seu potencial, e que ele o ajuda a mobilizar sua capacidade de auto-ajuda.

Essa percepção fortalece a relação e favorece uma atitude colaborativa e participativa por parte do sujeito (ALMEIDA, 2004).

Este é o próximo assunto que vamos tratar. A entrevista é parte fundamental para o processo terapêutico, e por isso devemos nos aprofundar nesta técnica. Mas toda técnica do mundo não será bem-vinda se não cuidarmos de um aspecto anterior e essencial: o Vínculo terapêutico. Vamos conversar um pouquinho sobre isso !

O VÍNCULO TERAPÊUTICO

“Vínculo é a maneira como cada indivíduo se relaciona com o outro, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento “ Pichon Riviére

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana “ Carl Jung

Vou começar este capítulo contando uma história real que aconteceu comigo, para você entender o que estou falando. O vínculo terapêutico é ensinado nas aulas de graduação, mas é realmente aprendido e sentido na prática. Falo isso porque me recordo da trágica experiência de atender meu primeiro paciente e sua mãe em meu primeiro estágio curricular em Psicologia Clínica. Eu estava bastante preocupada (para não dizer apavorada), seria meu primeiro contato com a clínica e eu me sentia apreensiva e desesperada para ter um bom desempenho. Bom, me vesti com minha roupinha de Psicóloga, e me dirigi até a clínica para esperar a primeira paciente. Na hora marcada, ela estava lá, era a mãe da criança que eu atenderia.

Quando a recebi na sala, um branco passou-se em minha cabeça. E eu literalmente me senti totalmente acuada pela mulher. Minhas mãos suavam e meus pé tremiam, e com certeza, minha voz estava muito insegura também. Perguntei o que estava acontecendo e ela secamente

respondeu que já havia falado aquilo e perguntou se era realmente necessário falar tudo outra vez. Toda minha empolgação evaporou, queria me esconder e com menos de 30 minutos de sessão, dispensei a paciente.

Ao chegar na supervisão em grupo, no outro dia, a professora orientou-me a aumentar minhas perguntas e investir no vínculo terapêutico. Tornando a história mais curta, aquele processo terapêutico foi tão prejudicado pelo vínculo frouxo, que os progressos foram mínimos, e eu não me sentia mais confortável em atender aquele caso. Levei todas estas questões para terapia, e pouco a pouco, fui resolvendo cada uma delas. Investi nas leituras e práticas específicas sobre o assunto, e meu desempenho no ano seguinte no mesmo estágio de clínica, foi significativamente melhor, de alto desempenho. Até hoje, continuo melhorando minhas técnicas e buscando novas ferramentas que adicionem em minha prática clínica. Acredito que nunca haverá um lugar que chegamos onde o conhecimento não é construtivo e necessário.

Pichon-Rivière (2007) em sua teoria realça, conforme já estudado, que o vínculo caracteriza-se como elemento importante para o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, que precisam trabalhar a relação com o cliente, para que o foco do serviço não se detenha na doença e na mecanização do atendimento. As técnicas utilizadas nas práticas de saúde limitam-se por vezes a aparelhos modernos e perde-se a noção humanizadora que já nasce com o profissional, como a escuta, a atenção e o cuidado que promovem a aproximação entre o profissional e os clientes e auxiliam no processo de diagnóstico, de tratamento e/ou da cura. O mundo dos clientes pode e deve intervir nos modos de ação do profissional, para que possam impor novas lógicas nas práticas de saúde e fazer do ato de cuidar, uma ação coletiva voltada para a defesa da vida, sendo esta individual e/ou coletiva. A todo o momento, o vínculo está sendo estabelecido pela totalidade de cada pessoa, promovendo constantemente um processo de evolução (OLIVEIRA, 2013).

Você pode dominar todas as técnicas e mesmo assim não conseguir um bom resultado. Porque será que isso acontece? Existe um ingrediente fundamental para que aconteça uma boa Psicoterapia, e ele se chama

vínculo terapêutico. Alguns teóricos dizem que o vínculo é tão importante, que se somente ele acontecesse, sem a presença de técnicas, já seria suficiente e satisfatório. Existem muitas pesquisas que abordam apenas a qualidade da relação entre paciente e terapeuta e sua efetividade no processo terapêutico. Veja o que este trecho retirado de um artigo tem a dizer:

Descrever essa relação como um ato comunicativo é uma alternativa para abordar o fenômeno tanto em suas manifestações comportamentais quanto reflexivas. Nesse sentido, este trabalho apresenta uma revisão sobre a relação terapêutica em suas propriedades dialógicas e semióticas. Conclui-se que a psicoterapia pode ser compreendida como um processo no qual o diálogo (inter e intrapessoal) se articula diretamente com os resultados dos tratamentos, a partir da modificação de significados de narrativas e de histórias de vida (JARDIM, SOUZA, GOMES, 2009).

Então, este é um assunto que merece nossa atenção. Não podemos simplesmente chegar em nosso consultório, fazer uma boa entrevista e aplicar técnicas e acharmos que estamos fazendo o correto. Apenas isto não é suficiente. A negligência sobre o vínculo pode ser cara e trazer consequências desagradáveis. Se você já passou por uma experiência de um vínculo mal formado, saberá o que estou falando; você pode ter experimentado isto em alguma sessão com um terapeuta que não se identificou, e a partir disso o diálogo não fluía e conseqüentemente a sessão não saía do lugar. O que falar dos resultados, então? Inexistentes. Por isso, se você está lendo isto, se atente à qualidade do vínculo tanto em sua sessão como cliente ou paciente, como em sua prática profissional. Então, quanto melhor o vínculo, melhores serão a adesão e os resultados da terapia.

O terapeuta bem preparado, conduz seu paciente a uma jornada autoexploratória de maneira que se torne prazerosa. Vamos entrar num consenso: em muitos momentos na terapia, é difícil falar sobre nós

mesmos, entrar em detalhes que nos machucam e nos fazem sofrer e também não é fácil confiarmos num primeiro momento, e nos entregarmos àquele processo. Imagine todo este cenário agora, somado à alguém que não contribui para que o processo aconteça, não estou falando do paciente, e sim da figura do terapeuta. Ainda que saibamos que estamos protegidos pelo código de ética, precisamos de um algo a mais que nos faça querer contar a nossa história. Mudando de lado, agora vamos pensar como terapeutas. A rigor, a pessoa chega para contar uma história. História que precisa ser ouvida, explorada, entendida e incentivada em sua profundidade e peculiaridade. Precisamos transmitir para ela, uma postura de alguém que se interessa no que ela tem a dizer. Precisamos adotar um semblante receptivo. Não podemos achar que pelo nosso conhecimento temos tanto a contribuir que não ouviremos com ouvidos, olhos e expressões o que este paciente tem a dizer.

E quando disser o que precisa ser dito, como vamos reagir? Algumas vezes, achamos que estamos fazendo um ótimo trabalho e que nada em nossa conduta precisa ser mudado, logo, não há melhora e crescimento. E o vínculo, é algo, assim como tantos outros aspectos da terapia, que precisa estar em constante avaliação.

Deixe-me contar uma experiência pessoal para exemplificar e contextualizar o que quero dizer.

Certa vez, eu havia acabado de começar a atender uma nova paciente, e estava fazendo supervisão do caso. Era a primeira vez que eu estava levando um caso para esta nova supervisora e eu estava ansiosa para mostrar a ela todos os meus insights e junto deles poder aprender também. Minha supervisora, da abordagem cognitivo-comportamental, possuía uma maneira muito bem embasada e estruturada de se trabalhar e levar os casos. Para começar, ela me pedia para gravar as sessões. Tudo isso dentro das permissões do código de ética, veja:

“No caso de necessidade de gravação das sessões, o(a) psicólogo(a) responsável deve se certificar que o(a) cliente / paciente tem ciência da gravação, se concorda com ela e com o objetivo da gravação, para uso do(a) psicólogo(a).”

Código de Ética do Psicólogo.

Depois de gravar a sessão, eu deveria escutar o áudio e escrever um relatório enviando para ela os destaques daquela sessão. Eu nunca havia feito isto na vida antes, nem durante o período da faculdade. Não preciso dizer o tanto que fiquei resistente com esta ideia de gravar o atendimento e me escutar depois. Confesso que demorei pelo menos 2 sessões para colocar isso em prática. E após, finalmente, eu ter o primeiro arquivo gravado, me sentei pra escutá-lo e fazer minhas anotações. Quando apertei o botão “play” para começar análise, eu entendi do que tudo aquilo se tratava. De me devolver a consciência na atuação das sessões e de me burilar para oferecer um serviço ainda melhor.

Na primeira vez que ouvi o áudio, lembro-me de ir para a supervisão bastante insatisfeita e indisposta com o meu desempenho. Percebi coisas simples mas que faziam uma diferença enorme na hora do atendimento. Minhas entonações, não pareciam incentivadoras. Eu não podia aguentar muito tempo o silêncio da paciente em questão, e percebi que algumas perguntas soavam bastante incisivas, e que eu mesma me sentiria muito desconfortável se fosse a paciente. Minha supervisora quando percebeu meu desânimo, me acalmou e disse que estava tudo bem, e que não é tarde para mudar para melhor as formas de abordagens que eu utilizava. Com isso, a cada sessão gravada, fomos prestando atenção aos detalhes, melhorando as técnicas, e comecei a me preocupar com as formas mais adequadas de se fazer intervenções verbais durante a sessão. Ao decorrer das sessões, senti-me muito mais contente com o resultado e já não me importava de ouvir minha própria voz, ou de perceber os erros quando eles existiam. Podemos cuidar da nossa prática clínica muito bem, e podemos obter excelentes resultados de nosso comprometimento e dedicação.

Veja o que este trecho de artigo fala sobre reações do terapeuta:

Tickle-Degnen (2005) salienta que, além da importância da linguagem corporal do cliente, vale ressaltar que a postura assumida pelo terapeuta, seu comportamento verbal e não-verbal, também deverá ser considerado para a formação e permanência do vínculo. A combinação dos comportamentos verbal e não-verbal que os terapeutas adotam para expressar seus sentimentos e atitudes para o cliente, pode tocar

profundamente o mesmo. Qualquer cliente, mesmo em silêncio, comunica com o corpo, sobretudo com as mãos e o rosto.

Até mesmo o volume de sua voz importa. Se você possui um paciente que fala predominantemente baixo, e senta na poltrona como quem quer se esconder será que seria interessante cumprimentá-lo com contato físico ao chegar para as sessões, e falar em um tom de voz alto e estridente? O contrário também é verdade. Se for uma pessoa efusiva e expansiva, você vai deixá-la “no vácuo” sem demonstrar a afetividade que este paciente precisa? Fica uma questão para você pensar.

Nesse sentido, Freud (1975, citado por Estanqueiro, 2008) alude que aquele que tem olhos para ver e ouvidos para ouvir convence-se que os mortais não podem esconder segredo algum. Como os problemas de interpretação, também os problemas de expressão podem interferir no desenvolvimento do vínculo. Complementa Campos (1997) que a expressividade, de uma maneira geral, reflete a forma particular de experienciar e demonstrar os sentimentos e sensações de alegria, tristeza, prazer, dor, luto, entre tantas outras, segundo as mais diversas situações e circunstâncias a que estejam sujeitos os indivíduos em seu cotidiano. Ao expressá-la, o indivíduo reflete o dizível do indizível, o permissível do não-permissível de acordo com os valores implícitos e intrínsecos cultivados pelo grupo social do qual faz parte. A expressão é, portanto, uma forma de linguagem e como tal, dirigida a alguém, veiculando significados e sentimentos, variáveis em função da cultura onde o indivíduo se acha inserido.

Lembro-me de uma professora que tive durante a graduação, que nos contou sobre uma paciente que atendia, ela estava passando por um tratamento de um câncer em um estágio muito avançado. Ela já não tinha cabelos, e se sentia muito mal com isso. Sua autoestima estava gravemente afetada e parte disso se devia a ausência dos cabelos. Minha professora, uma mulher elegante, com cabelos longos, tinha o cuidado de prendê-los de uma forma que não chamasse atenção, todas as vezes que a atendia, para não lhe causar ainda mais sofrimento. Um gesto simples

de completa empatia e que de alguma forma, contribuiu significativamente para a formação de vínculo entre elas.

Acompanhando a linha de pensamento de Rogers (2010) uma relação terapêutica pode acontecer se o profissional assumir junto dos seus clientes, uma atitude de profundo respeito, de aceitação e total confiança nas potencialidades do cliente a fim de este resolver os seus próprios problemas. Se essas atitudes forem adotadas de forma afetiva e empática junto do cliente, se atingir um nível de comunicação onde o cliente consegue perceber que o profissional aceita e compreende os seus sentimentos, nesse momento, segundo Rogers, podemos assegurar que o processo terapêutico se iniciou (OLIVEIRA, 2013).

Cliente ou paciente?

Algumas pessoas possuem esta dúvida, e gostaria de deixar aqui, uma explicação para que você consiga entender o significado por trás destas palavras para um contexto terapêutico e escolher a que melhor se aplica a você e sua realidade profissional (ou idealização profissional se você ainda não for formado).

Paciente: É comumente utilizado pelos profissionais de saúde em geral para designar a pessoa ao qual prestam cuidados. O paciente é definido pela maioria dos dicionários, e pelos contextos terapêuticos, por ser alguém que revela paciência, que possui uma doença ou dor e por isso está sob cuidados médicos. Na realidade, este paciente é o cliente, mas que infelizmente, muitas vezes é conotado como alguém que apresenta fragilidade, passividade e é capaz de suportar os males ou incômodos com resignação. E é precisamente esta percepção errada do paciente que muitas vezes está na origem do fracasso terapêutico (Soar, 1994).

O Portal de Saúde do Brasil faz menção ao porquê da substituição do conceito paciente por cliente - e muito bem o fundamenta: "Se, nos

serviços de saúde, paciente é aquele que sofre conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos”

Esta substituição do conceito comum de paciente por cliente aproxima-se mais da realidade e revela-se mais adequado ainda por que cliente é entendido como alguém que – por motivo ou interesse próprio, tem opção de escolher entre um produto/serviço ou outro. Hoje, o profissional de qualquer setor seja ele da área da saúde ou não, tem de ter a percepção clara que os seus clientes estão ficando cada vez mais impacientes e isto se aplica ao “paciente”, que é um cliente que está se tornando cada vez mais exigente. Há alguns anos, na área da saúde, quem ditava as regras eram os profissionais, mas agora as regras mudaram e os poderes de escolha e decisão estão nas mãos do cliente(Dall'Agnol, 2002).

Em minha experiência, comecei denominando os usuários do meu serviço de pacientes, e realmente os enxergava desta maneira que foi descrita acima, como sofredores, frágeis e passivos. Em muitas situações, é realmente isto que acontece, não se pode ignorar. Mas se esta pessoa está em nosso consultório solicitando nossa ajuda, é a partir deste momento que ela possui uma escolha, e a fez. Escolheu procurar ajuda para sair do quadro que está, e é aí que seu papel de cliente é ativado. Por isso, hoje prefiro chamar as pessoas que atendo de clientes. Existem abordagens Psicológicas, inclusive, que identificam-se mais com uma nomenclatura do que a outra. Uma que pode facilmente adotar a nomenclatura “cliente”, é a Abordagem Cognitivo-Comportamental. Uma abordagem relativamente nova, que tem sido muito estudada e requerida em diversos contextos. É uma abordagem que pode ser usada na clínica, nos hospitais, nas escolas. Até mesmo organizações e corporações tem feito proveito das contribuições que ela traz. Para entender um pouco mais sobre o que se trata, quis dedicar um capítulo exclusivo para ela, que é minha linha teórica de prática clínica, e oferece tantos recursos para diferentes contextos que podemos encontrar em nossa atuação profissional. É só virar a página!

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

A Psicologia é uma ciência relativamente nova. E há menos tempo ainda, em meio a tantas abordagens e formas de interpretar o mundo, podemos encontrar uma nova abordagem surgindo, tornando –se uma das mais requisitadas na atualidade. Trata-se da Terapia Cognitivo-Comportamental, uma abordagem terapêutica estruturada, diretiva, com metas claras e definidas pelo psicólogo e paciente, focada no momento presente e utilizada para tratar desde problemas emocionais diversos (Transtornos Psicológicos), como comportamentos disfuncionais (TOC), dificuldades relacionais e aprendizagem de novas habilidades.

Por ser ágil e eficaz, esta nova terapia vem ganhando cada vez mais espaço nos encontros terapêuticos e sua utilização está cada vez mais popular, dada sua alta aderência e resultados. Vamos voltar um pouquinho à origem de tudo isto. Aaron Beck, o teórico que lançou as bases da Psicologia Cognitivo-Comportamental decepcionou-se com a teoria Psicanalítica e sua ineficácia em processos clínicos. Por outro lado, ele começou a dar cada vez mais atenção ao estudo dos pensamentos. Ele percebeu que seus pacientes com depressão, quase sempre expressavam ideias negativas sobre si mesmos, o futuro e a sociedade em geral, que lhes ocorriam de maneira involuntária. Assim, criou-se o conceito de “*Pensamentos Automáticos*”. A partir disso, Beck concluiu que a maneira pela qual os pacientes percebiam suas experiências – a cognição que tinham delas, não se configurava apenas como um sintoma, mas como um caminho para se chegar a uma terapia eficiente. Beck descobriu então que reconhecer e avaliar em que medida suas percepções eram realistas ou

distorcidas, era o primeiro passo para sair da depressão ou de qualquer outro quadro que necessitasse de intervenção (Livro da Psicologia, p. 278). As emoções humanas tem como base o pensamento, a mente em constante atividade, gerando raciocínios, afetos e condutas que permitem ao indivíduo uma maior ou menor percepção da realidade. Então, para Beck, mais importante do que os fatos, são as interpretações. Elas têm mais influência sobre o que uma pessoa sente e produz de comportamento em sua vida (RANGÉ, COLS., P. 21). A pessoa que se encontra em sofrimento psicológico, seja de qualquer natureza, possui sua percepção sobre o ambiente, sobre si mesmo e sobre o futuro, prejudicada pela distorção de seus pensamentos que tornam-se “vícios na forma como os fatos são interpretados”.

Na depressão, por exemplo, estas distorções cognitivas que influenciam a visão negativa do indivíduo em relação a si mesmo, ao mundo e ao seu futuro. Nos estados ansiosos, por outro lado, levam a uma superestimativa de riscos, internos e externos, além de uma subestimar os próprios recursos pessoais e de seu ambiente para lidar com estes riscos.

Olhe para estes pressupostos Básicos da Terapia Cognitivo-Comportamental :

- 1 – A atividade cognitiva influencia o comportamento;
- 2 – A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada
- 3 – Mudanças na cognição determinam mudanças no comportamento (Dobson, 2001).

A terapia Cognitiva de Beck, é uma psicoterapia focal, baseada no modelo cognitivo que pressupõe que, em transtornos mentais, o pensamento disfuncional é um elemento importante. Se há a modificação dos pensamentos disfuncionais, pode haver a melhora sintomática dos transtornos, modificação das crenças disfuncionais e conseqüentemente mudanças mais duradouras. Podemos falar sobre a identificação e reestruturação de 3 níveis de cognição: Pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares. Vamos entender cada um deles.

PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS:

Os pensamentos automáticos são o nível mais superficial na terapia cognitiva: espontâneos, e quase sem nenhum questionamento sobre sua

veracidade e estão acompanhados de uma emoção negativa perante as variadas situações do cotidiano.

CRENÇAS INTERMEDIÁRIAS:

As crenças intermediárias faz parte do segundo nível de cognição postulado por Beck. Elas são as regras criadas pelos próprios indivíduos para que ele possa conviver com estas ideias absolutas, negativas e não adaptativas, que tem a seu próprio respeito. Estas crenças auxiliam o indivíduo a lidar e se proteger da ativação extremamente dolorosa das crenças nucleares, que compõem o terceiro e último nível.

CRENÇAS NUCLEARES:

Terceiro e mais profundo nível de cognições: são rígidas e inflexíveis, são as ideias mais horríveis que o indivíduo tem a seu respeito; são mais difíceis de serem acessadas e modificadas. Tem a ver com a sensibilidade pessoal do indivíduo à rejeição, ao abandono, à oposição, às dificuldades inerentes de se estar vivo.

Nas sessões, o que é feito, é conscientizar o paciente do que está acontecendo, a lucidez de seus pensamentos e como estes conduzem inevitavelmente aos comportamentos. Precisamos ensinar nossos pacientes a enxergarem e identificarem essas disfuncionalidades ao longo do processo terapêutico. Trata-se de uma abordagem psicoeducativa. Se isto não acontecer, incorre-se no erro de ser apenas uma terapia com técnicas comportamentais aplicadas mas sem a estruturação que pede a terapia cognitiva. Olhe estes Princípios que Beck coloca como fundamentais para a elaboração de uma conceitualização:

1. Diagnóstico Clínico do Paciente
2. Identificação de pensamentos automáticos, pensamentos e condutas frente a diferentes situações cotidianas e que possuam um significado para a pessoa
3. Identificação de crenças intermediárias e nucleares

4. Estratégias Compensatórias de conduta que a pessoa utiliza para evitar o acesso às suas crenças negativas
5. Dados que sejam relevantes da história do paciente que contribuíram para a formação ou fortalecimento destas crenças.

A terapia proposta por Beck é um processo baseado na colaboração e comprometimento, com um forte componente educacional, orientado para o tempo presente do aqui e agora, com um prazo estipulado e definido e altamente indicada por sua eficácia cientificamente comprovada para tratar uma série de transtornos mentais como depressão, ansiedade, transtornos de Personalidade, esquizofrenia entre outros.

CASO CLÍNICO

Para exemplificar, deixo aqui embaixo um caso clínico, uma representação de sessão retirada de um artigo que relata a experiência de um atendimento em TCC:

Fonte: Abordagem cognitivo - comportamental no atendimento de pacientes com história de depressão e déficit em habilidades sociais, Lorine Tavares, 2005.

8ª SESSÃO "C" (29/09/2005)

Objetivos: Questionar pensamentos automáticos negativos de C através do Método

Socrático.

Desenvolvimento:

C começou a sessão dizendo que seu namorado se mudou para Florianópolis na

segunda-feira. A paciente diz ter ficado preocupada com ele naquele dia, pois sabia que

87

naquele dia ele iria dormir sozinho em casa, onde ele poderia vir a ficar com medo, pois

normalmente ele o tem nessas situações. C diz que até em sua casa, o namorado só dorme

com a luz acesa. Na terça-feira, C diz que ficou triste. Neste dia C estava em Florianópolis,

onde estava havendo greve de ônibus. Por isso, ela teve que esperar que seu pai a buscasse

na universidade. A mãe de C a ligou para dizer que ela não fosse para a casa do namorado

esperar o pai, e que sim, fosse numa tia. C não foi para a casa da tia, e sim, foi para a casa

do namorado esperar até a hora em que o pai a iria buscar na universidade. C diz ter ficado

triste, pois não queria ter que esconder nada para a mãe. Mencionou ainda que

provavelmente sua mãe sabe que C vai para a casa do namorado, mas que ela não pergunta,

provavelmente para não ter que escutar a verdade. Ainda no mesmo episódio, C relata ter

tido uma discussão com o namorado, onde este disse que era para ela ter simplesmente dito

que não iria para tia e pronto. Quando indagada sobre como o pai reagiu quando a buscou

na universidade, C afirma que seu pai não disse nada, que apenas estava nervoso por causa

do trânsito. C diz que chorou um pouco quando chegou em casa, pois ficou irritada com

toda o evento ocorrido. Foi dormir, e ficou bem. C disse que esse tipo de choro, nada a tem

a ver com os choros que tinha antigamente, que eram choros que vinham do nada. Esse

choro, diz C, tinha um por que, que era o de ter ficado brava e irritada, sendo um choro

mais de desabafo. C colocou durante a sessão de que na segunda e terça-feira, pela noite,

sentiu mais “ansiedade, agonia”, do que tristeza. A paciente também disse que leu no livro

do Greenberger sobre ansiedade, onde está tentando fazer o exercício de relaxamento

quando fica ansiosa. C diz ter ficado bem na quarta e quinta-feira.

A paciente lembrou de uma situação no final de semana, em que seu pai a levou

para dirigir. Como C terá durante essa semana a prova prática para obter a carteira de

motorista, seu pai a levou para dirigir no intuito de fazer C treinar. Durante o evento, C

deixou o carro morrer uma vez, e passou por um buraco sem freiar, onde seu pai então

brigou com ela no volante. C diz ter ficado triste na ocasião, pois seu pai brigou com ela na

frente do namorado. C diz que em princípio pensou que seu pai estava certo, de que ela não

sabe dirigir direito e não vai passar na prova. Depois seu namorado veio a apoiar,

questionando esses pensamentos de C, colocando que é normal o aprendiz errar, deixar o

carro morrer, etc. C diz que aos poucos, foi ficando mais calma. C relatou que seu

namorado a ajudou muito.

88

A estagiária procurou ressaltar os aspectos positivos na semana de C, indagando

sobre o que tinha ocorrido de bom durante a semana. C disse que de bom, almoçou na casa

do namorado na terça e quarta-feira, e foi para a praia no fim-de-semana. C colocou que no

próximo final de semana seu namorado irá trabalhar, e que por isso, se verão menos.

Mencionou também que na sexta-feira seu namorado irá almoçar com a família, e não com

ela.

A estagiária perguntou à paciente se ela vem tendo aqueles pensamentos de que seu

namorado está em festas, a trai, etc. C diz que às vezes surgem umas idéias de que ele está

em algum bar, numa festa, na rua, mas que daí ela descarta os pensamentos logo de uma

vez. Nesse sentido, vemos que a paciente vem procurando ignorar os pensamentos que a

deixam triste, estratégia essa que vêm dando certo, visto que a paciente não relatou mais

estar triste ou tendo choros freqüentes. C, porém, mencionou que às vezes tem vontade de

ligar para o namorado, mas que está tentando não ligar. C diz que às vezes, por ter vontade

de ligar, e não ligar, fica triste por deixar de fazer o que está com vontade.

C voltou a mencionar sobre o evento em que não obedeceu à mãe, ficando na casa

do namorado. C diz que ficou triste na terça porque sabia que estava fazendo algo que os

pais não queriam. “Se eles descobrirem, ficarão pensando coisas”. A estagiária indagou

sobre que coisas eles ficariam pensando, e então C disse que eles ficariam pensando que ela

estaria indo na casa dele para ter relações sexuais com o namorado. C diz que no fundo sua

mãe sabe que C está tendo relações, pois ela não pergunta nada. “É ingenuidade dela pensar

que eu não iria na casa do meu namorado”. C diz que o pai teve ter mais “minhoca” na

cabeça do que a mãe, pois ele nunca fala nada. C diz ter ficado triste na terça pois ficou

pensando que tava fazendo algo errado. A estagiária perguntou se pelo fato de ficar

pensando que está fazendo algo errado, se no momento da relação sexual, C também fica

pensando nisso. C diz que não, e que não tem problemas nessa área.

C colocou que seu namorado diz que ela já está grande o suficiente para saber o que

é certo para ela. A estagiária perguntou o que C achava disso. C diz concordar com o

namorado, mas que como mora ainda com os pais, se sente na obrigação de respeitá-los e

obedecer-lhos. Porém, C diz que acha que seus pais a vêem ainda como uma menina de 15

anos. C diz que quando seus pais dizem que algo está errado, ela acaba pensando também

que aquilo está errado. A estagiária perguntou se suas amigas dormem na casa dos

89

namorados, por exemplo. C disse que sim. A estagiária então perguntou se C acha que elas

fazem algo errado. C disse que não. “No fundo, sei que não tem nada de mais”.

Quando indaga sobre o que acha de falar com a mãe sobre relação sexual, etc, C diz

que acha muito difícil, pois como coloca, “Já foi difícil contar sobre o namoro, imagina

sobre relação sexual”. C coloca que no fundo seus pais já sabem que ela já tem relação

sexual, mas que só não querem “entregá-la de bandeja”. C diz que ficaria mais chateada por

estar mentindo, mas que como sua mãe nunca pergunta, e assim não mente, fica tudo bem.

Em relação à tarefa da semana passada, C diz não ter conseguido formular uma

pergunta e nem fazê-la na sala de aula, e nem tentado falar com alguma pessoa da sala de

aula. A estagiária lembrou da importância de C se colocar nas situações para ir perdendo

o receio, e C diz saber disso e se prontificou a tentar novamente na próxima semana a fazer

uma pergunta em sala de aula, e a falar em algum grupo. A estagiária colocou que C pode

antes mesmo da aula, ler sobre a matéria a ser dada, e fazer uma pergunta, mesmo que já

saiba a resposta. C gostou da ideia. A paciente também ficou de fazer uma lição do livro do

Greenberger.

Discussão:

Vemos ao longo da sessão que a paciente vem conseguindo utilizar a técnica da

distração para não se sentir triste com os pensamentos automáticos negativos relativos à

fidelidade do namorado, embora não tenha ainda questionado e substituído por si mesma os

mesmos. Vemos nessa sessão o quanto a presença do namorado é benéfica para C, no

sentido de que durante várias ocasiões ele procura questionar os pensamentos negativos de

C, lhe ajudando a melhorar nos períodos de tristeza. Importante que, talvez, essa sua ajuda

venha a reforçar o comportamento de reclamar, de chorar, de C.

Foi observado ainda que a paciente se encontra em conflito, pois de um lado procura

atender às exigências da família, e por outro, do namorado, abdicando por muitas vezes de

sua própria vontade, o que no reporta necessariamente à falta de autonomia presente na

paciente.

Encaminhamentos: Verificar as crenças da paciente referentes a relacionamento sexual.

Verificar crenças e pensamentos automáticos de C, e observar a existência de sentimentos

90

contraditórios. Analisar como C pode evitar sentimentos e pensamentos negativos. No que

se refere à assertividade, trabalhar o como fazer perguntas aos professores caso tenha

dúvidas. Verificar em quais contextos surge mais ocasiões para C fazer perguntas. Observar

que estratégias C utiliza para tirar dúvidas. Procurar trabalhar a questão: “Como resolver

problemas, sendo assertiva, num contexto que seja menos traumático (dentro da hierarquia

de situações elaborada anteriormente)?”

Veja como o processo cognitivo se dá neste atendimento. Outros exemplos que você encontre na internet, também poderão ser úteis para te contextualizar e te deixar cada vez mais familiarizado com isto.

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NA PRÁTICA:

Agora, gostaria de colocar para você, o modelo cognitivo de maneira mais prática e resumida. Vamos lá? Esta parte está sendo feita com base nos conteúdos da minha Supervisora clínica, a Psicóloga Svitlana Samoylenko. Ao final da apostila vou deixar as referências para que vocês possam encontrá-la. Olhe só:

O que sentimos, está relacionado aos eventos que acontecem conosco, e ainda mais importante, ao que pensamos sobre estes acontecimentos. Você pode até influenciar um ou outro acontecimento, mas de maneira geral, você possui pouquíssimo controle sobre o que acontece ao redor. Porque será que mesmo estando fora de você, isto te afeta tanto?

Existe uma forte e interessante ligação sobre estes acontecimentos externos e seu estado emocional. E eles podem influenciar muito de maneira 'automática', impulsiva e sem passar pelo seu filtro de escolha, tornando-se um ciclo vicioso.

Olhe alguns exemplos de eventos externos (geralmente desagradáveis) : Demissão no emprego, sobrecarga de atividades, críticas de outras pessoas, provas da faculdade, divórcio, falta de dinheiro, traumas, brigas na família, etc. Todos estes exemplos causam emoções que não são interessantes de serem sentidas.

A boa notícia, entretanto, é que você pode estar no comando das suas emoções, e isto não é nada complexo.

Em primeiro lugar, devemos saber que um evento externo acontece, afeta e a partir dele você formará um PENSAMENTO.

Cada vez que alguma coisa boa ou ruim acontece em sua vida, você naturalmente forma um pensamento sobre o que aconteceu, isso é neurobiológico, é um fato comprovado cientificamente. Outra coisa importante para formar o que pensamos, é o que escutamos das pessoas ao nosso redor. Nossos familiares, colegas de trabalho, professores – tudo isso fica tão internalizado que se torna uma resposta automática. Quer ver um exemplo? Você fala algo errado em uma reunião importante, ou até

mesmo recebe um feedback negativo do seu parceiro (a). Diante destas situações, você pode formar os seguintes pensamentos: “Sou um inútil mesmo”. “Todos vão pensar que sou incompetente e burro”, “não sou bom o suficiente”. Isto é chamado de pensamento insalubre, e são insalubres porque são mentiras que acreditamos e que moldam nosso comportamento. Preste atenção em mais alguns exemplos de pensamentos insalubres:

- Não sou bom o suficiente
- Ninguém me ama
- O mundo é perigoso
- Nunca vou conseguir
- Não posso errar
- Vou passar vergonha
- Sou inútil
- As pessoas vão rir de mim
- Tenho que ser perfeito, se não...
- Tudo vai dar errado
- Não posso confiar em ninguém
- Nunca vou conseguir

Sinceramente, quantas vezes você já se sentiu desta forma? Estes pensamentos dão início a uma reação em cadeia que conseqüentemente afeta seus sentimentos e o comportamento. É neste ponto e com esta consciência que vamos ver o ciclo vicioso em ação.

Chegamos numa importante parte de tudo isso: Pensamentos insalubres levam a emoções insalubres. Quer ver? Como conseqüência do pensamento “Sou inútil e incompetente” você se sentirá envergonhado, triste, deprimido ou decepcionado. Se você notar ou não este pensamento, os resultados, de acordo com a neurociência, são estes. Se você se acreditasse competente, habilidoso para resolver esta situação, dificilmente os resultados seriam estes, certo? Você provavelmente se sentiria muito bem.

Olhe algumas conseqüências que são estados emocionais, provenientes de pensamentos insalubres. Se houver disfuncionalidade em seu pensamento você poderá sentir-se :

- Frustrado
- Deprimido
- Culpado
- Triste
- Com raiva
- Estressado
- Angustiado
- Irritado
- Ansioso
- Envergonhado
- Desapontado
- Sem esperança
- Inseguro

Se você analisar, pode ser muito fácil sentir-se assim. Porém, se o foco de uma terapia é tratar apenas estas consequências, as mudanças não serão duradouras, pois a raiz de tudo isso encontra-se no pensamento. Então, a verdadeira chave da mudança está em identificar, monitorar e modificar pensamentos. Você precisa aprender a ficar consciente de seus pensamentos e assim vai ter uma ferramenta para trabalhar suas emoções.

Vamos continuar um pouquinho nas emoções. O que será que pode acontecer se pensamentos insalubres gerando emoções insalubres, o que vem depois? Pode acontecer até mesmo sintomas físicos alterados. Quando você se sente angustiado, deprimido, ansioso; você pode começar a sentir dores de cabeça, musculatura tensa, suor excessivo, pode sentir-se extremamente cansado ou inadequadamente eufórico. Veja alguns destes sintomas abaixo:

- Dor de cabeça
- Dor de estômago
- Suor
- Só quero dormir
- Como demais

- Parei de comer
- Não tenho apetite
- Frio na barriga
- Cansado
- Músculos Tensos
- Coração acelerado
- não consigo dormir

Como consequência destes sintomas físicos, podemos ter comportamentos insalubres.

Veja como tudo faz sentido. Se você está se sentindo mal, cansado, tenso, com muita dor de cabeça, pensando algo extremamente negativo, você aceitaria um convite para uma festa ou iria se levantar da sua cama? Certamente não. Pouco a pouco, você começa a adotar comportamentos evitativos, para não encontrar as pessoas e ter que falar da sua situação. Falamos de apenas um exemplo, mas este padrão pode se repetir em outras áreas da sua vida e a partir daí você se torna alguém sem controle emocional e refém das situações externas sem nenhum conhecimento de como manejá-las.

Se você sente-se de acordo com a lista de sintomas acima, veja só alguns comportamentos que podem aparecer:

- Evitar amigos
- Não cuidar da higiene pessoal
- Tornar-se passivo
- Gritar e explodir
- Comer porcarias
- Tirar nota baixa
- Não estudar para a prova
- Não fazer exercício Físico
- Começar a procrastinar
- Gastar dinheiro compulsivamente
- Ser rude
- Não sair de casa

Okay, parece que eu bombardeei você de informações que não trazem perspectiva de mudança. Pois bem, vamos oferecer a solução, a alternativa para este ciclo vicioso. Olhe este exemplo:

SITUAÇÃO: Seu filho tira uma nota baixa na escola

PENSAMENTO INSALUBRE: Ele não valoriza meus esforços e não é comprometido com a educação, ele não aprende nada!

EMOÇÃO ANTERIOR: Tristeza, culpa, vergonha.

Comportamento : Fica emburrada, grita, e chora.

Veja esta situação agora com uma mudança do pensamento:

SITUAÇÃO: Seu filho tira uma nota baixa na escola.

PENSAMENTO SAUDÁVEL: Ele tem dificuldade com matemática, mas sei que está se esforçando. Vou conversar com ele e descobrir o que está acontecendo e o que posso fazer para ajudá-lo.

EMOÇÃO: Sua emoção é saudável, mesmo sem gostar do que aconteceu. Seu físico também fica leve e você sente-se cheio de energia.

Este segundo quadro parece muito mais atrativo, não é mesmo?

A vida vai continuar com sua complexidade, nem sempre tudo dará certo do jeito que você imagina, você vai continuar tendo problemas. E diante disso, a solução não se encontra em otimizar de maneira mentirosa os seus pensamentos, ignorando totalmente a situação não ideal ao seu redor. Quando você sentir que isto pode acontecer, o melhor remédio é a realidade. Para aquela apresentação super importante em seu trabalho no dia seguinte; não pense que você é maravilhoso, perfeito e que tudo estará sob controle porque isto é mentira. Ao invés disso, saiba que você deu o seu melhor, que você está aprendendo a lidar com a ansiedade e que por isso sua apresentação pode ser muito satisfatória. Percebe a diferença? Então, se nada sair conforme o planejado, eu saberei como corrigir. Além disso, vou aprender com meus erros para fazer melhor na próxima vez.

UM PONTO IMPORTANTE:

O que resulta de um pensamento **saudável** é uma emoção **saudável** que nem sempre será **positiva**. Como assim?

Veja, se você perder algo ou alguém muito importante, estar feliz e contente seria um absurdo, completamente exagerado, certo?

Mas estar deprimido ao ponto de não levantar da cama e não se cuidar, acabando vagarosamente com a vida também não é a melhor alternativa.

Neste caso, um pensamento saudável produziria uma emoção negativa mas que é saudável, dentro daquele contexto. Olhe só um exemplo de pensamento saudável nesta situação. “Estou com saudades da pessoa e esse momento está sendo extremamente pesado e difícil. Mas eu sei que depois de um tempo, vou processar tudo isso e vou poder voltar às atividades e pessoas das quais gosto. Nesse intervalo, vou procurar e aceitar apoio e ajuda das pessoas que me amam”.

Com estes pensamentos você conseguirá reagir com resiliência, confiança mesmo na situação bem difícil, para manter sua saúde emocional e resolver a situação.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS:

Uma das abordagens teóricas atuais que tem apresentado propostas terapêuticas no que se refere ao atendimento de crianças e adolescentes é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). No contexto das psicoterapias, a TCC é uma abordagem teórica que pode ser considerada recente, desenvolvida nos anos 60 por Aaron Beck a partir do pressuposto de que o modo como o paciente processa e interpreta as situações é o que gera o sofrimento³. O objetivo da Terapia Cognitivo-Comportamental é atingir a flexibilidade e resignificação dos modos patológicos de processamento da informação, uma vez que se postula que os indivíduos não sofrem pelos fatos e situações em si, mas pelas interpretações distorcidas e rígidas que fazem dos mesmos⁴. Já é possível encontrar na literatura evidências científicas de que essa modalidade de tratamento é eficaz para um grande número de patologias psiquiátricas e demandas psicológicas (PUREZA ET AL, 2014).

88 JOURNAL DA ROSA PUREZA, AGLIANI OSÓRIO FREIRE, JANICE DA ROSA PUREZA, CAROLINA SARINAVA DE MACEDO LISBOA

Mito	Realidade
A TCC com crianças e adolescentes ocorre exclusivamente no tratamento das alterações de comportamento.	Atualmente a literatura tem descrito a efetividade da TCC para problemas internalizantes, como ansiedade e depressão.
A prática da psicoterapia cognitiva é diferente em seus princípios básicos com adultos e com crianças e adolescentes.	A TCC com crianças e jovens e com adultos apresenta os mesmos princípios básicos, diferenciando-se na forma de acesso e nas técnicas utilizadas, que ocorrem principalmente no contexto lúdico da criança.
A TCC com crianças e adolescentes exige um desenvolvimento cognitivo que as crianças e jovens ainda não possuem.	A TCC com crianças e adolescentes utilizar-se-á da criação de linguagens (muitas vezes não verbais) para acessar o funcionamento cognitivo da criança e do adolescente.
Apenas as crianças mais as velhas, no final da infância, poderão ser atendidas na TCC.	Uma revisão ¹⁴ de 101 estudos de terapia cognitiva com crianças mostrou que 79% dos estudos incluíam crianças com menos de 10 anos de idade.

Cada vez mais se pode perceber que crianças e adolescentes encontram-se nos consultórios de psicologia buscando ajuda para questões emocionais e comportamentais, que podem acarretar prejuízos para a sua qualidade de vida e desenvolvimento subsequente. Dessa forma, é fundamental que os terapeutas procurem obter uma compreensão global do funcionamento da criança nos seus diversos contextos e consigam identificar os aspectos e/ou sintomas que dificultam sua adaptação na rotina diária, assim como o papel que os aspectos cognitivos exercem na etiologia desses problemas e transtornos. Destaca-se também

o caráter focal e diretivo da TCC, que demanda uma avaliação diagnóstica devidamente conduzida.

Por conseguinte, a prática da avaliação infantil na TCC necessita que alguns aspectos importantes sejam considerados: a) identificação e compreensão das queixas da criança e/ou do adolescente e b) processo de conceitualização cognitiva. Normalmente, quem expõe as queixas e sintomas são os pais e/ou cuidadores.



Torna-se importante a realização de uma completa entrevista de anamnese, pois é através desse processo que se obtém uma melhor compreensão de aspectos emocionais (vínculos estabelecidos, humor prevalente, como reage às diversas situações vivenciadas), psicossociais (relacionamento familiar, interpessoal, acadêmico) e que são planejadas e direcionadas futuras condutas. A prática clínica da TCC demonstra que, quanto mais completa for a anamnese a respeito da criança e do adolescente, melhor será o planejamento e a condução do caso. Essa etapa da avaliação infantil permite a utilização de escalas e questionários a serem respondidos pelos pais e, muitas vezes, pela própria criança, professor ou outro profissional específico que tenha contato direto com a mesma

(PUREZA, ET AL 2014).

Como a TCC tem como foco o papel que os aspectos cognitivos exercem na etiologia das dificuldades

e/ou transtornos emocionais e comportamentais nas crianças, é comum a utilização de protocolos

específicos no processo de conceitualização cognitiva. De modo geral, esses protocolos procuram abarcar,

principalmente, as seguintes demandas: a) identificação das dificuldades atuais da criança; b) fatores

importantes da infância; c) a percepção que a criança tem de si e dos outros, assim como a percepção que

a família tem da criança, sempre procurando identificar as principais emoções, pensamentos e

comportamentos relativos à criança e seus familiares, assim como as crenças relacionadas, as estratégias

compensatórias e as consequências de cada situação^{8,18}.

Os protocolos de conceitualização cognitiva infantil devem ser revisados e reavaliados durante

todo o processo de atendimento psicoterápico, já que a TCC de crianças e adolescentes é um processo

dinâmico e sofre alterações constantes, mais rápidas às vezes do que no atendimento de adultos, o que é

mais um ponto que reforça a importância da psicoterapia com jovens nessa abordagem teórica. Alguns

autores ressaltam modelos de conceitualização cognitiva que enfatizam o enfoque nas diferentes

intensidades emocionais específicas de cada situação, assim como a capacidade para a resolução de

problemas nas diferentes situações conflitivas. Nessa investigação, deve-se ter como foco central os

pensamentos relacionados aos problemas atuais da criança e quais as dificuldades no processamento das

informações relativas aos comportamentos disfuncionais da criança(PUREZA, ET AL , 2014).

O trabalho do terapeuta na TCC com crianças e adolescentes começa antes da chegada do paciente,

já na preparação da sala e na eleição dos brinquedos. A sala deve contemplar alguns cuidados básicos

(como a presença de um banheiro, por exemplo), além de brinquedos variados, que possam auxiliar a

criança em processos de expressão (como, por exemplo, desenhos e argilas), processos de identificação

(como bonecos da família, animais e outros personagens), além de jogos estruturados (tanto cooperativos

quanto competitivos, que permitem a avaliação dos processos da criança).

Além disso, pode ser

interessante também a presença de brinquedos úteis para metáforas no trabalho de reestruturação

cognitiva (como lentes de aumento, óculos, balanças, entre outros). É importante, ao iniciar o atendimento,

sempre verificar a preferência e história da criança, de modo a adaptar os materiais e brinquedos antes da

sessão. Ainda, como a criança é capaz de entender a lógica das coisas, mas seu pensamento ainda está em

desenvolvimento, recursos para representação concreta dos conceitos também são necessários⁷

. É

fundamental que, na primeira sessão com a criança, os pais sejam orientados a explicar para ela o porquê

de ela estar indo a um psicoterapeuta. É interessante incluir toda a família no problema, de modo a

eliminar o aspecto punitivo do tratamento. A partir dessa primeira sessão, conforme a demanda e o

diagnóstico da criança, serão aplicadas as técnicas cognitivas e comportamentais.

Acompanhe um caso clínico na íntegra:

Fernando**3 tem 9 anos, mora com os pais e o irmão mais velho. Os pais de Fernando procuraram

ajuda para o filho porque ele está tendo dificuldade de ficar em sala de aula ou em outro lugar em que

precise ficar longe dos pais ou do irmão mais velho, de 15 anos. Fernando é muito ansioso e, toda vez que

fica longe dos pais ou do irmão, pensa que algo ruim pode acontecer a eles ou a si próprio. Quando estão

por perto, consegue manter-se mais tranquilo.

Segundo os pais, o menino sempre foi assim, mas a ansiedade e a preocupação têm aumentado

cada vez mais. Durante a aula ele liga para a mãe muitas vezes para saber como ela está, chegando a ligar

cinco vezes em meia hora. Liga também no final da aula para se certificar de que estão indo buscá-lo. A

ansiedade que Fernando sentia encontra-se em nível tão elevado que chega a chorar e vomitar na escola,

e muitas vezes os seus pais precisavam buscá-lo antes.

Fernando não tem problemas de aprendizagem e tira boas notas. Segundo os professores, ele

possui alguns amigos, mas não tem conseguido interagir, ficando, geralmente, sozinho. Em casa, isto

também acontece: fica muito ansioso quando alguém demora a chegar, pede para telefonar e verificar se

está tudo bem. Não quer ficar sozinho nem mesmo para sua mãe descer para levar o lixo. O pai de

Fernando também sofre de ansiedade, mas nunca fez tratamento. A mãe é superprotetora para com o

filho, assim como com o irmão mais velho.

A partir das sessões realizadas com Fernando, foi realizado o diagnóstico de Ansiedade de Separação.

Após a realização do diagnóstico, foi trabalhada a confecção do diagrama de conceitualização cognitiva. No início do tratamento com Fernando, foi utilizado o Baralho das Emoções. Pediu-se que Fernando

selecionasse as cartinhas com as emoções que mais estivesse sentindo ultimamente. Ele selecionou as

cartas referentes à “preocupação” quando pensa que alguma coisa ruim pode acontecer com ele ou com

os pais; “medo” de ficar sozinho ou que alguém estranho faça mal a ele; “alegria” quando está junto à

família; e “orgulho” quando consegue ir para escola sem medo.

Em seguida foi feita uma Psicoeducação Diretiva acerca do medo e das preocupações. Pediu-se que

Fernando escolhesse cores para representar essas emoções e que pintasse, no desenho de um menino,

onde essas emoções apareciam no seu corpo e que tamanho tinham.

Fernando pintou de preto e vermelho

em toda a extensão do abdômen do menino, ressaltando o coração.

Também foi solicitado que Fernando

imaginasse seus medos e preocupações como tendo uma forma e como ela seria. Então, o paciente

desenhou um “monstro bem feio” (sic) em preto e vermelho e o chamou de Monstro das Preocupações.

Foi fundamental nesse caso que o paciente tenha conseguido externalizar suas emoções de uma forma

criativa e como algo separado de si mesmo e que, conseqüentemente, pode enfrentar.

Posteriormente, foi explicado a Fernando que esse monstro parece muito grande, e, cada vez que

ele foge do monstro, ele se fortalece e cresce ainda mais, mas que, se ele resolvesse enfrentar o monstro,

ele se tornaria tão pequeno que caberia na palma da sua mão. Então, paciente e terapeuta desenharam

ambas as situações: de ele fugindo e o monstro ficando enorme e depois de ele enfrentando e o monstro

ficando bem pequeno. Para poder enfrentar o monstro através da Exposição Graduada, Fernando teria

que passar por diversas etapas e, quando ele alcançasse a última etapa, ele venceria o monstro e ganharia

uma medalha como recompensa.

Para ajudá-lo a enfrentar suas tarefas, foi ensinada a ele a Respiração das Bolhas de Sabão para fazer

sempre que estivesse ansioso. Foi feita uma lista com cada etapa a ser superada. A primeira das etapas era

Fernando ficar um dia da semana, no mínimo, sem ligar para a mãe no final da aula. Ele conseguiu cumprir

essa etapa. Nas semanas seguintes foram aumentando os dias sem poder ligar, depois ele também passou

a não poder ligar para a mãe no intervalo da aula. Em seguida, ele foi com a turma em um passeio da escola

e, aos poucos, foi conseguindo superar seus medos.

Com o tempo, Fernando já estava conseguindo fazer o que mais gostava, que era jogar futebol com

os colegas de aula e se divertir. Então, como combinado, Fernando ganhou sua medalha dourada. O terapeuta pediu que ele desenhasse o Monstro das Preocupações agora que ele havia conseguido enfrentá-lo. Então Fernando o desenhou preso com grades e correntes em uma ilha deserta, rodeado por tubarões

de onde ele não sairia tão cedo.

A Terapia Cognitivo Comportamental tem ganhado muito espaço e relevância. Pesquise mais artigos para saber mais sobre esta área de atuação e aplicá-la de maneira cada vez mais efetiva.

AValiação Psicológica

Em linhas gerais, a avaliação psicológica pode ser definida como um conjunto de técnicas e procedimentos que tem o objetivo de verificar determinadas características **psicológicas** de uma pessoa, sendo o psicólogo o único profissional habilitado por lei para exercer esta função. Pode ser também o momento de traçar o quadro nosográfico e todo o diagnóstico e prognóstico de um paciente. Neste momento, alguns instrumentos são utilizados, tais como Anamnese (primeira entrevista), instrumentos de

avaliação Psicológica- questionários, inventários e testes. Todos estes instrumentos, técnicas e testes são reconhecidos e aprovados pelo Conselho Federal de **Psicologia**

“Segundo a Resolução CFP nº 07/2003, “os resultados das avaliações devem considerar e analisar os condicionantes históricos e sociais e seus efeitos no psiquismo, com a finalidade de servirem como instrumentos para atuar não somente sobre o indivíduo, mas na modificação desses condicionantes que operam desde a formulação da demanda até a conclusão do processo de avaliação psicológica”. Cumpre enfatizar que os resultados das avaliações psicológicas têm grande impacto para as pessoas, os grupos e a sociedade. ” (Cartilha de Avaliação Psicológica, 2007, p. 8).

Ao se tratar do termo amplo, avaliação psicológica, deve-se, em primeiro lugar, distingui-lo dos instrumentos de avaliação. A avaliação psicológica é uma atividade mais complexa e constitui-se na busca sistemática de conhecimento a respeito do funcionamento psicológico das pessoas, de tal forma a poder orientar ações e decisões futuras. Esse conhecimento é sempre gerado em situações que envolvem questões e problemas específicos. Já os instrumentos de avaliação constituem-se em procedimentos sistemáticos de coleta de informações úteis e confiáveis que possam servir de base ao processo mais amplo e complexo da avaliação psicológica. Portanto, os instrumentos estão contidos no processo mais amplo da avaliação psicológica (Primi, Nascimento & Souza, 2004 APUD PRIMI 2010).

Veja esta tabela exemplificando um pouco desta realidade da Psicometria.

Tabela 1. Estágios da validação de teorias científicas comparada à validação de testes.

	Validação de Teorias	Validação de Testes
Teoria	Explicações sobre fenômenos Psicológicos e suas causas	Definição do construto e das interpretações dos indicadores ou escores derivados do instrumento
Hipóteses e Objetivos	Deduções de previsões sobre eventos da realidade	Deduções de associações internas e externas
Delineamento	Planejamento do levantamento de dados procurando testar as explicações derivadas das deduções	Planejamento dos estudos de validade testando as previsões derivadas
Parte Empírica	Coleta e análise dos dados	Coleta e análise de dados
Conclusão	Falseamento ou corroboração das hipóteses explicativas e realimentação ou reformulação das teorias	Falseamento ou corroboração das interpretações pretendidas para os escores ou indicadores do teste

Quais são os cuidados necessários para a aplicação de um instrumento de avaliação?

Veja o que a Cartilha de Avaliação Psicológica postula sobre este aspecto:

Quais os principais cuidados que o psicólogo deve ter para utilizar um teste psicológico?

- ↪ Verificar se as pessoas estão em condições físicas e psíquicas para realizar o teste;
- ↪ Verificar se não existem dificuldades específicas da pessoa para realizar o teste, sejam elas físicas ou psíquicas;
- ↪ Utilizar o teste dentro dos padrões referidos por seu manual; ↪ Cuidar da adequação do ambiente, do espaço físico, do vestuário dos aplicadores e de outros estímulos que possam interferir na aplicação.

12. Quais são os princípios éticos básicos que regem o uso da avaliação psicológica? É necessário que o psicólogo se mantenha atento aos seguintes princípios:

- ↪ Contínuo aprimoramento profissional visando ao domínio dos instrumentos de avaliação psicológica
- ;↪ Utilização, no contexto profissional, apenas dos testes psicológicos com parecer favorável do CFP que se

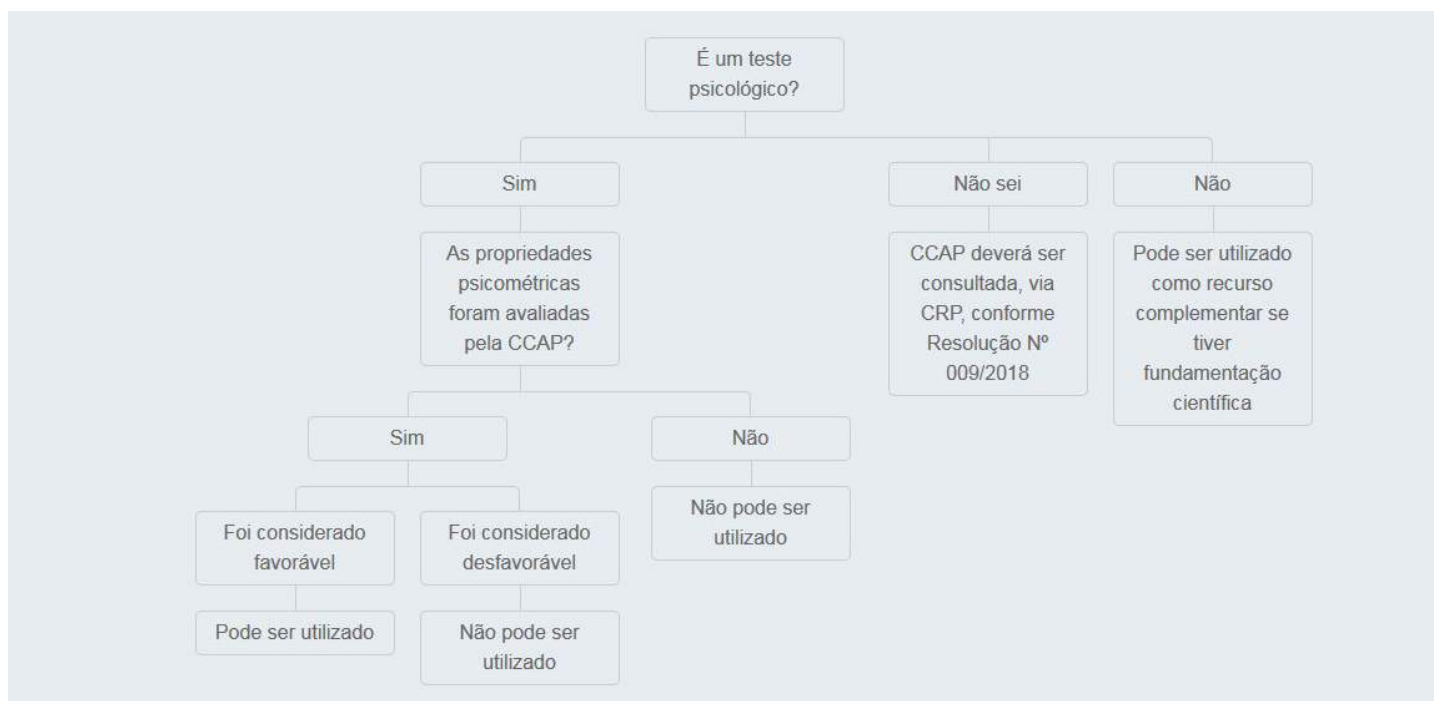
17encontram listados no SATEPSI;

- Emprego de instrumentos de avaliação psicológica para os quais o profissional esteja qualificado
- ;▫ Realização da avaliação psicológica em condições ambientais adequadas, de modo a assegurar a qualidade e o sigilo das informações obtidas;
- Guarda dos documentos de avaliação psicológica em arquivos seguros e de acesso controlado;
- Disponibilização das informações da avaliação psicológica apenas àqueles com o direito de conhecê-las;
- Proteção da integridade dos testes, não os comercializando, publicando ou ensinando àqueles que não são psicólogos

Para mais informações sobre este assunto, vou deixar aqui o link para a cartilha na íntegra:

<http://satepsi.cfp.org.br/docs/Cartilha-Avalia%C3%A7%C3%A3o-Psicol%C3%B3gica.pdf>

Caso haja ainda alguma dúvida, segue esta imagem para você entender melhor o rigor dos teste Psicológicos :



Também vou deixar aqui para você a lista dos teste favoráveis de acordo com o SATEPSI:

(Retirado do site CFP, acesso em setembro, 2019)

AOL Favorável

- + As Pirâmides Coloridas de Pfister Favorável
- + Avaliação dos Interesses Profissionais (AIP) Favorável
- + Bateria de Avaliação para Seleção - eletrônica (BAsE) Favorável
- + Bateria de Funções Mentais para Motorista - Teste de Atenção Concentrada (BFM - 4) Favorável
- + Bateria de Funções Mentais para Motorista - Teste de Memória (BFM - 2) Favorável
- + Bateria de Funções Mentais para Motorista - Teste de Raciocínio Lógico (BFM-3) Favorável
- + Bateria de Funções Mentais para Motorista - Testes de Atenção - 2a. edição (BFM-1) Favorável
- + Bateria de Provas de Raciocínio (BPR-5) Favorável
- + Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) Favorável
- + Bateria Geral de Funções Mentais - Teste de Memória de Reconhecimento (BGFM - 4) Favorável
- + Bateria Geral de Funções Mentais - Testes de Atenção Concentrada (BGFM-2) Favorável
- + Bateria Geral de Funções Mentais - Testes de Atenção Difusa (BGFM-1) Favorável
- + Bateria Piaget-Head de orientação direita-esquerda Favorável
- + Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA) Favorável
- + Bateria TSP (Teste de Seleção Profissional) Favorável
- + Casa - Árvore- Pessoa - Técnica Projetiva de Desenho (HTP) Favorável
- + Desenho da Figura Humana - Escala Sisto (DFH-Escala Sisto) Favorável
- + Desenho da figura humana. Avaliação do desenvolvimento cognitivo infantil (DFH IV) Favorável
- + Entrevista Familiar Estruturada (EFE) Favorável
- + Escala de Inteligência Wechsler para Crianças - 4ª edição (WISC-IV) Favorável
- + Escala Baptista de Depressão - Versão Adulto (EBADEP-A) Favorável
- + Escala Baptista de Depressão - versão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ) Favorável
- + Escala de Aconselhamento Profissional (EAP) Favorável
- + Escala de Atenção Seletiva Visual (EASV) Favorável
- + Escala de Autenticidade, Agressividade e Inibição (EdAAI) Favorável

- + Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil (EAC-IJ) Favorável
- + Escala de Autoeficácia para Escolha Profissional (EAE-EP) Favorável
- + Escala de Avaliação da Impulsividade - Formas A e B (EsAvI-A e EsAvI-B) Favorável
- + Escala de avaliação da motivação para aprender de alunos do ensino fundamental (EMA-EF) Favorável
- + Escala de Avaliação Tipológica (EAT) Favorável
- + Escala de Empregabilidade Favorável
- + Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI) Favorável
- + Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS III) Favorável
- + Escala de Matrizes de Vienna - 2 Versão Informatizada (WMT-2) Favorável
- + Escala de Maturidade Mental Colúmbia Edição Brasileira Revisada (CMMS 3) Favorável
- + Escala de Maturidade para a Escolha Profissional 2a. edição (EMEP) Favorável
- + Escala de Motivação para a Aprendizagem (EMAPRE) Favorável
- + Escala de Pensamentos Depressivos (EPD) Favorável
- + Escala de Percepção do Suporte Social - Versão Adolescente (EPSUS-Adol) Favorável
- + Escala de Percepção do Suporte Social - Versão Adulto (EPSUS-A) Favorável
- + Escala de Stress para Adolescentes (ESA) Favorável
- + Escala de Suporte Laboral (ESUL) Favorável
- + Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) Favorável
- + Escala Fatorial de Extroversão (EEx) Favorável
- + Escala Fatorial de Socialização (EFS) Favorável
- + Escala feminina de autocontrole (EFAC) e Escala masculina de autocontrole (EMAC) Favorável
- + Escala Geral (MPR) Favorável
- + Escala Hare (PCL - R) Favorável
- + Escala para Avaliação de Tendência à Agressividade (EATA) Favorável
- + Estilos de Pensar e Criar Favorável
- + Figuras Complexas de Rey Favorável
- + G-36 Teste não-verbal de inteligência Favorável
- + G-38 Teste Não Verbal de Inteligência Favorável
- + HumanGuide Favorável

- + Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve (NEUPSILIN) Favorável
- + Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve Infantil (NEUPSILIN-Inf) Favorável
- + Inventário de Avaliação Ocupacional (IAO) Favorável
- + Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado - versão curta (NEO FFI-R) Favorável
- + Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) Favorável
- + Inventário de Estilos Parentais (IEP) Favorável
- + Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI-2) Favorável
- + Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS 2 Del Prette) Favorável
- + Inventário de Habilidades Sociais Conjugais (IHSC) Favorável
- + Inventário de Habilidades Sociais Para Adolescentes (IHSA-Del-Prette) Favorável
- + Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS) Favorável
- + Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) Favorável
- + Inventário de Personalidade NEO Revisado (NEO PI-R) Favorável
- + Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2 e Inventário Dimensional Clínico da Personalidade versão triagem (IDCP-2) Favorável
- + Inventário dos Seis Fatores de Personalidade (IFP-6) Favorável
- + Inventário Fatorial de Personalidade (IFP-II) Favorável
- + Inventário Fatorial de Personalidade Revisado - Versão Reduzida (IFP-R) Favorável
- + Inventário Hogan de Personalidade (HPI) Favorável
- + Lista de Adjetivos Bipolares e em Escalas de Likrt (L.A.B.E.L.) Favorável
- + Manual do Teste de Pfister em Crianças e Adolescentes Favorável
- + Matrizes Avançadas de Raven Favorável
- + Matrizes Progressivas Avançadas de Raven Favorável
- + Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (CPM) Favorável
- + Memória de Faces Favorável
- + Método de Avaliação de Pessoas (MAPA) Favorável
- + Myers-Briggs Type Indicator -Inventário de Tipos Psicológicos (MBTI) Favorável
- + O Rorschach - Teoria e Desempenho (Sistema Klopfer) Favorável

- + O teste de zulliger no sistema compreensivo - forma individual (ZSC) Favorável
- + O Teste Palográfico na Avaliação da Personalidade Favorável
- + Orpheus - Inventário de Personalidade para o Trabalho Favorável
- + Psicodiagnóstico Miocinético (PMK) Favorável
- + QUATI - Questionário de Avaliação Tipológica Favorável
- + Questionário de Avaliação de Habilidades Sociais, Comportamentos e Contextos para Universitários (QHC UNIVERSITÁRIOS) Favorável
- + Questionário de Busca Auto-Dirigida (SDS) Favorável
- + Questionário de Personalidade para Crianças e Adolescentes (EPQ-J) Favorável
- + R-1 Forma B - Teste Não Verbal de Inteligência Favorável
- + R-1 Teste não-verbal de inteligência Favorável
- + R-2 Teste não-verbal de inteligência para crianças Favorável
- + Raciocínio Abstrato (BRD_AR) Favorável
- + Raciocínio Espacial (BRD_SR) Favorável
- + Raciocínio Mecânico (BRD_MR) Favorável
- + Raciocínio Verbal (BRD_VR) Favorável
- + Rorschach - Sistema Compreensivo Favorável
- + Rorschach - Sistema da Escola Francesa (1. O Psicodiagnóstico de Rorschach em Adultos: Atlas, Normas e Reflexões. 2. A Prática do Rorschach) Favorável
- + Rorschach - Sistema de Avaliação por Desempenho (R-PAS) Favorável
- + Rorschach Clínico Favorável
- + Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P) Favorável
- + Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças (SMHSC - Del-Prette) Favorável
- + Sosie 2ª Geração Favorável
- + Técnica de Apercepção para Idosos (SAT) Favorável
- + Teste AC Favorável
- + Teste computadorizado de atenção - versão visual (TCA Visual) Favorável
- + Teste Conciso de Raciocínio (TCR) Favorável
- + Teste D. 70 - Manual revisado e ampliado Favorável
- + Teste d2 - Revisado (d2-R) Favorável
- + Teste de Apercepção Infantil - Figuras de Animais (CAT-A) Favorável
- + Teste de Apercepção Infantil - Figuras Humanas (CAT-H) Favorável

- + Teste de Apercepção Temática (TAT) Favorável
- + Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT) Favorável
- + Teste de Aptidão para Pilotagem Militar (TAPMIL) Favorável
- + Teste de Atenção Concentrada (TEACO-FF) Favorável
- + Teste de Atenção Concentrada AC15 (AC15) Favorável
- + Teste de Atenção Dividida (TEADI) e Teste de Atenção Alternada (TEALT) Favorável
- + Teste de Atenção Seletiva (TAS) Favorável
- + Teste de Atenção Visual - TAVIS 4 (TAVIS 4) Favorável
- + Teste de Cancelamento dos Sinos Favorável
- + Teste de Criatividade Figural Infantil Favorável
- + Teste de Desenvolvimento do Raciocínio Indutivo (TDRI) Favorável
- + Teste de Fotos de Profissão (BBT-Br Feminino) Favorável
- + Teste de Fotos de Profissão (BBT) Favorável
- + Teste de Habilidade para o Trabalho Mental (HTM) Favorável
- + Teste de Habilidades e Conhecimento pré-alfabetização (THCP) Favorável
- + Teste de Habilidades Sociais para crianças em situação escolar (THAS-C) Favorável
- + Teste de Inteligência (TI) Favorável
- + Teste de Inteligência Geral - Não-Verbal (TIG-NV) Favorável
- + Teste de inteligência não-verbal (TONI-3) Favorável
- + Teste de Inteligência Verbal (TIV) Favorável
- + Teste de Memória de Reconhecimento (TEM-R) Favorável
- + Teste de Memória de Reconhecimento Memore (Memore) Favorável
- + Teste de Memória Visual de Rostos (MVR) Favorável
- + Teste de Memória Visual para o Trânsito (MVT) Favorável
- + Teste de Raciocínio Inferencial (Manual RIn) Favorável
- + Teste de Retenção Visual de Benton (BVRT) Favorável
- + Teste de Trilhas Coloridas Favorável
- + Teste de Zulliger no sistema Escola de Paris: forma individual Favorável
- + Teste Destreza Favorável
- + Teste dos Cinco Dígitos (FDT) Favorável
- + Teste dos Cubos para avaliação do Raciocínio Viso-Espacial Favorável
- + Teste dos relógios (B e C) Favorável
- + Teste Gestáltico Viso-Motor de Bender - Sistema de pontuação gradual (B-SPG) Favorável

- + Teste Infantil de Memória - Forma Reduzida (TIME-R) Favorável
 - + Teste Matrizes de Viena -2 (WMT-2) Favorável
 - + Teste Medida da Prontidão Mental Favorável
 - + Teste Não Verbal de Inteligência Geral BETA-III (Subtestes Raciocínio Matricial e Códigos) Favorável
 - + Teste Não-Verbal de Inteligência - SON-R 2½-7[a] Favorável
 - + Teste Não-Verbal de Raciocínio para Crianças (TNVRI) Favorável
 - + Teste Pictórico de Memória (TEPIC-M) Favorável
 - + Teste Verbal de inteligência (V-47) Favorável
 - + Teste Wisconsin de Classificação de Cartas Favorável
 - + Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST) Favorável
 - + Teste Wisconsin de Classificação de Cartas - versão para idosos Favorável
 - + Testes de Atenção Dividida e Sustentada Favorável
 - + Z-Teste Coletivo e Individual Técnica de Zulliger
-

Data do atendimento: _____

Identificação:

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Nacionalidade: _____
Estado Civil: _____ Data de nasc.: _____
Grau de instrução: _____
Profissão: _____
Residência (cidade/estado): _____
Telefones para contato: _____

Atendimento:

Frequencia: _____ Data/hora: _____

Queixa Principal:

Secundária:

Sintomas:

Histórico da Doença Atual:

Início da patologia: _____

Acima deixo um modelo de anamnese, que são questões levantadas no primeiro atendimento com o paciente.

Espero que esta apostila tenha sido de muita utilidade para você em sua busca por mais conhecimento na Psicologia Clínica! Que você consiga relacionar todos estes conceitos em sua realidade profissional ou estudantil. Utilize as referências e procure pelo material de apoio.

A próxima proposta de nossa plataforma é trazer a você uma apostila com PRÁTICAS em TCC. Não deixe de conferir também os outros títulos que a LifeEAD preparou para você !

MATERIAL UTILIZADO:

MOREIRA, J. O.; ROMAGNOLI, R. O.; NEVES, E. O.; O Surgimento da Clínica Psicológica: Da Prática Curativa aos Dispositivos de Promoção da Saúde, PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2007, 27 (4), 608-621.

Rangé, B. (2001). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. In *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*.

CÓDIGO DE ÉTICA PSICÓLOGO -
<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>

CARTILHA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

<http://satepsi.cfp.org.br/docs/Cartilha-Avalia%C3%A7%C3%A3o-Psicol%C3%B3gica.pdf>

SITE CFP:

<https://site.cfp.org.br/>

PRIMI, R.; Avaliação Psicológica no Brasil: Fundamentos, Situação Atual e Direções para o Futuro, Psicologia: Teoria e Pesquisa 2010, Vol. 26 n. especial, pp. 25-35.

O LIVRO DA PSICOLOGIA – EDITORA GLOBO, vários autores, 2011.

SAMOYLENKO, S. Emoções, tenho escolha?, 2018.

Manual de la entrevista Psicológica – Universidade da Família , ediciones Pirámide

Pureza JR, Ribeiro AO, Pureza JR, Lisboa CSM. Fundamentos e aplicações da Terapia Cognitivo-Comportamental com crianças e adolescentes. Rev. bras. psicoter. 2014;16(1):85-103

TAVARES, L.; ABORDAGEM COGNITIVO - COMPORTAMENTAL NO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM HISTÓRIA DE DEPRESSÃO E DÉFICIT EM HABILIDADES SOCIAIS, 2005.

OLIVEIRA, I. G.; A Relação terapeuta cliente na Perspectiva do Cliente, 2013.

MIRANDA, C.S.N; FREIRE, J. C.; A comunicação terapêutica na abordagem centrada na pessoa , Arq. bras. psicol. vol.64 no.1 Rio de Janeiro abr. 2012.

CURSOS PSICOLOGIA – NEUROPSICOLOGIA , Ensino Online

Bleger, J. (1998). Temas de psicologia: entrevistas e grupos. São Paulo: Martins Fontes.

34 – PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, Vol. 5, nº.1, 2004, pp. 34-39

ENTREVISTA PSICOLÓGICA - O CAMINHO PARA ACEDER AO OUTRO Trabalho de Licenciatura / Monografia (2005) Maria de Fátima Oliveira Licenciada em Psicologia da Saúde Universidade Lusíada do Porto - Departamento de Psicologia fa.oliveira@clix.pt



Faça agora mesmo a avaliação para sua certificação de 220h dos conhecimentos adquirido na apostila.

Adquira seu certificado abaixo.



ADQUIRIR CERTIFICADO!