

Ano 4, Vol. IV, Número 2, Jul-Dez, 2020, p. 562-582.

PSICODIAGNÓSTICO COM INTERVENÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Cristopher de Castro Perdigão

Ronaldo Santhiago Bonfim de Souza

RESUMO

INTRODUÇÃO: A utilização do psicodiagnóstico com intervenções da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) permite uma forma diferenciada no desenvolvimento de estratégias específicas para lidar com as dificuldades apresentadas na busca de ajuda psicológica. **OBJETIVO:** Caracterizar as dimensões do psicodiagnóstico e da TCC e sua aplicabilidade na clínica. **MÉTODOS:** Pesquisa científica de natureza descritiva, por meio de um estudo de caso. Foram realizadas 7 sessões de atendimento clínico com uma paciente do Núcleo de Psicologia Aplicada (NPA) da faculdade Arnaldo. **RESULTADOS:** Os dados obtidos demonstraram que é plausível atuar de forma integrativa entre as duas dinâmicas de forma pontual, ou seja, a utilização do psicodiagnóstico e intervenção psicoterápica na abordagem TCC. Sendo assim, é possível realizar uma atuação mais abrangente sem deixar de ser precisa. **CONCLUSÃO:** O relato de caso fez emergir possibilidade do psicólogo clínico integrar técnicas que permitam extrapolar a lógica de “psicodiagnosticar” e avançar em prol de uma atuação integrativa que permita ao paciente simultaneamente a reestruturações cognitivas ou mudanças de comportamentos que amenizem o sofrimento. Evidenciou-se a diminuição do sofrimento como peça chave para o não agravamento da patologia apresentada.

Palavras-chave: Avaliação psicológica, Psicodiagnóstico, Terapia Cognitivo-Comportamental.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The use of psychodiagnosis with Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) interventions allows a different way to develop specific strategies to deal with the difficulties presented in the search for psychological help. **OBJECTIVE:** To characterize the dimensions of psychodiagnosis and CBT and their applicability in the clinic.

METHODS: Scientific research of a descriptive nature, through a case study. Seven clinical care sessions were held with a patient from the Applied Psychology Center (NPA) at Arnaldo College. **RESULTS:** The data obtained demonstrated that it is plausible to act in an integrative way between the two dynamics in a timely manner, that is, the use of psychodiagnosis and psychotherapeutic intervention in the CBT approach. Therefore, it is possible to carry out a more comprehensive action while still being precise. **CONCLUSION:** The case report made it possible for the clinical psychologist to integrate techniques that allow extrapolating the logic of “psychodiagnosis” and advancing towards an integrative performance that allows the patient to simultaneously cognitive restructuring or behavior changes that alleviate suffering. It was evidenced the reduction of suffering as a key piece for the non worsening of the presented pathology.

Keywords: Psychological assessment, Psychodiagnosis, Cognitive-Behavioral Therapy.

INTRODUÇÃO

A partir dos anos 70, as Terapias Cognitivo-comportamentais (TCC) ganharam cada vez mais espaço e aceitação, mas apesar disso, ainda existem poucas pesquisas que utilizem do psicodiagnóstico com intervenções baseadas na TCC, o que demonstra a importância de pesquisas que aprofundem sobre a temática. Desta forma, o objetivo principal desse artigo é descrever e demonstrar a utilização de um psicodiagnóstico com intervenções da TCC. O procedimento ocorreu através da demanda de uma paciente que procurou ajuda psicológica no Núcleo de Psicologia Aplicada (NPA) da instituição Faculdade Arnaldo, devido a constante tristeza, ansiedade e com histórico de tentativa de autoextermínio (TAE). No decorrer dos atendimentos essas hipóteses foram sendo investigadas baseadas no modelo de psicodiagnóstico com intervenções em TCC. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram as entrevistas, anamnese, observações, inventários e baterias de testes psicológicos. Os dois últimos são compostos por questões que abordam os seguintes construtos: personalidade, depressão e ansiedade e foram utilizados para a compreensão quantitativa do funcionamento psíquico da paciente, possibilitando validar ou refutar as hipóteses diagnósticas levantadas inicialmente. Para realizar as intervenções baseadas na TCC foi utilizada a conceitualização cognitiva do caso. O intuito é o de confrontar se os aspectos nosológicos obtidos pelas perguntas baseadas no DSM-V estavam em aquiescência ou não com os aspectos cognitivos da paciente. Após as verificações citadas, o trabalho se desenvolveu com intervenções direcionadas para as

distorções cognitivas que a paciente apresentava. Os atendimentos ocorreram no período de agosto a dezembro de 2019.

A avaliação psicológica é uma prática comum no Brasil e exclusiva do psicólogo, que tem como característica ser um processo mais amplo para conseguir realizar uma investigação sistemática da(s) queixa(s) trazida(s) pelo paciente. Sendo possível realizar a integração de informações coletadas de diversas fontes como: entrevistas, observações, testes, entre outras. Sua realização é de extrema importância, pois é através da coleta e interpretação dos dados que será possível realizar uma tomada de decisão mais apropriada para cada paciente. O CFP (2013, p19) discorre:

[...] A avaliação psicológica é entendida como o processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas como métodos, técnicas e instrumentos. 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.

A avaliação psicológica é uma área da psicologia que abrange vários contextos de atuações. Como este artigo tem como finalidade o contexto clínico, utilizaremos o termo psicodiagnóstico. Cunha (2007, p.23) propõe o psicodiagnóstico como uma avaliação psicológica direcionada para o contexto clínico com o intuito de identificar forças e fraquezas de cunho psicológico podendo ou não haver psicopatologia. Ou seja, o termo psicodiagnóstico seria o mais adequado a ser utilizado.

Psicodiagnóstico é uma investigação clínica realizada de forma científica, utilizando os métodos, instrumentos e técnicas baseados nas teorias psicológicas. Cunha (2007, p.26) define psicodiagnóstico como um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos, podendo sua realização ser de ordem individual ou não, identificando ou avaliando aspectos específicos, seja utilizando pressupostos teóricos ou

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. ISSN 2594-8806

classificando o caso para prever seu possível curso, que ao final do processo será comunicado os resultados e/ou soluções.

Para realizar avaliações de forma segura, é necessário que o psicólogo tenha conhecimento e domínio em coleta de dados. Podendo ou não utilizar instrumentos de coleta de dados, dentre eles os testes psicológicos. O intuito dos testes é proporcionar subsídios para que o profissional tenha mais informações a respeito do examinando. Segundo dispõe o § 1º do art. 13 da lei no 4.119/62 (Resolução CFP 002/2003):

Art. 1º - Os Testes Psicológicos são instrumentos de avaliação ou mensuração de características psicológicas, constituindo-se um método ou uma técnica de uso privativo do psicólogo.

Parágrafo único. Para efeito do disposto no caput deste artigo, os testes psicológicos são procedimentos sistemáticos de observação e registro de amostras de comportamentos e respostas de indivíduos com o objetivo de descrever e/ou mensurar características e processos psicológicos, compreendidos tradicionalmente nas áreas emoção/afeto, cognição/inteligência, motivação, personalidade, psicomotricidade, atenção, memória, percepção, dentre outras, nas suas mais diversas formas de expressão, segundo padrões definidos pela construção dos instrumentos.

Independentemente do instrumento psicológico utilizado é importante ter em mente que nenhum teste substitui a escuta e as observações realizadas pelo profissional embasadas por sua abordagem teórica. Também é importante que o psicólogo tenha coerência na utilização dos testes a partir do modelo teórico, ou seja, a abordagem teórica que o profissional utiliza.

Mas como nem sempre isso acontece, os autores Hutz, Bandeira, Trentini, Krug e Orgs. (2016, p.28) nomeiam de verdadeiros “frankensteins técnicos e teóricos quando psicólogos adotam em seus processos avaliativos técnicas que se estruturam em diferentes teorias (muitas vezes com concepções teóricas e epistemológicas conflitantes”. Oliveira, Noronha, Dantas e Santarem (2005, p. 134) corroboram com a visão de Hutz, pois causam estranheza que profissionais possam fazer uso de um instrumento sem comungar, ou mais enfaticamente, sendo contrário aos pressupostos teóricos usados em sua construção.

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. **ISSN 2594-8806**

Neste artigo será abordado a visão de homem e de mundo pelo viés das teorias cognitivas. Utilizando a abordagem da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) como norteador, além disso, será empregado instrumentos e técnicas que comunguem com sua epistemologia e pressupostos teóricos, para maior coerência e convergência entre teoria e prática. Conforme Rangé (2011, p.21), a Terapia Cognitiva (TC) de Beck é fundamentada com o princípio no qual a forma como interpretamos os fatos, mais que os fatos em si, influenciam diretamente em como nos sentimos e comportamos perante a vida. Isso significa que uma mesma situação pode produzir reações distintas em diferentes pessoas, e que uma mesma pessoa pode ter reações distintas a uma mesma situação em momentos diferentes de sua vida.

A Terapia Cognitiva Comportamental foi desenvolvida por Beck no início da década de 1960, com intuito de verificar os pressupostos psicanalíticos acerca da depressão, mas os resultados não foram bem-sucedidos. Beck e outros pesquisadores realizaram vários estudos, ocasionando em diversos outros pressupostos. Desta forma, a abordagem *beckiana*, que inicialmente era utilizada para tratamento da depressão, é utilizada atualmente em diversos transtornos. Segundo Wright, Basco e Thase (2008, p.16), Beck foi o primeiro a desenvolver completamente teorias e métodos para realizar intervenções cognitivas e comportamentais aos transtornos emocionais. Tendo sido influenciado por vários outros autores: Adler, Horney e Sullivan (Personalidade); Kelly (Crenças nucleares); Ellis (Terapia Racional-Emotiva).

Sendo assim, a TCC se distingue da psicanálise tanto no sentido do material que é trazido pelo paciente e que não deve ser interpretado pelo terapeuta e sim trabalhado de forma colaborativa, sendo possível identificar e corrigir pensamentos distorcidos da realidade, sejam eles conscientes ou inconscientes (inacessível imediatamente ao consciente), quanto no foco dos problemas presentes em oposição a traumas recalçados. Outras diferenças são: o tempo que é de curta duração; as sessões são estruturadas; o paciente é colaborativo; o foco é na resolução de problemas atuais e nas modificações dos pensamentos e comportamentos desadaptativos. Para Knapp e Beck (2008; p.57), a percepção do indivíduo sobre a realidade influenciará na maneira como se sentem e se

comportam, desta forma o objetivo terapêutico é reestruturar e corrigir pensamentos distorcidos proporcionando mudanças emocionais significativas.

MÉTODO

Este artigo pretende demonstrar as práticas realizadas no Estágio Supervisionado II, realizado no Núcleo de Psicologia Aplicada (NPA), da instituição Faculdade Arnaldo, tendo como objetivo a descrição do processo Psicodiagnóstico com Intervenções da Terapia Cognitivo-Comportamental, realizado com a paciente (G.B.D.). Optou-se pela pesquisa científica de natureza descritiva, por meio de um estudo de caso no fenômeno de tratamento do sofrimento psíquico de uma paciente utilizando a junção do psicodiagnóstico com intervenções da TCC, onde será abordado a visão de homem e de mundo pelo viés das teorias cognitivas.

O estudo de caso é um método qualitativo que, geralmente, é utilizado para pesquisas de cunho individual. Conforme Yin (2001) o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que utiliza um método que compreende as abordagens específicas de coletas e análise de dados.

Serão apresentados os fundamentos, estruturas e instrumentos objetivos que serão utilizados para confirmação ou refutação da hipótese diagnóstica com uma paciente do Núcleo de Psicologia Aplicada (NPA) da faculdade Arnaldo. Em seguida, serão realizadas intervenções baseadas na TCC com o intuito de realizar um tratamento adequado para a paciente. Apresentando possíveis limitações ou potencialidades da TCC no contexto clínico.

.

ESTUDO DE CASO

O presente estudo tem como objetivo a descrição do processo Psicodiagnóstico com Intervenções da Terapia Cognitivo-Comportamental. Para isso foram realizados atendimentos com a paciente (G.B.D.) no Núcleo de Psicologia Aplicada (NPA), da instituição Faculdade Arnaldo.

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. ISSN 2594-8806

G.B.D., 23 anos, solteira, estudante do 5º período de Direito na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), estagiária no Sindicato Patronal de Registro Civil, filha primogênita, tendo uma irmã. Reside em apartamento que divide com uma amiga. Seus pais são divorciados, e atualmente, ambos estão em outros relacionamentos. Possui relação conturbada com o padrasto. Sua mãe reclama e a crítica muito. Mãe e irmã possuem diagnóstico de depressão. Seu pai é ausente, muito religioso (evangélico) e cujo comportamento é ignorante com seus avós e tia.

A paciente procurou voluntariamente ajuda psicológica no NPA, devido a constante tristeza e ansiedade. Realizava acompanhamento psiquiátrico, mas atualmente não está fazendo, mas com pretensão de retornar.

Entre 2016 e 2017, a paciente realizou uma tentativa de autoextermínio através de ingestão medicamentosa (paracetamol e dipirona). Nesta época ainda morava com seus familiares, estudava e trabalhava. Começou a não ir na aula e ficar dormindo. Tinha dificuldade para dormir à noite (muito ansiosa), mas com sono excessivo durante o dia, ficava muito irritada e estressava em demasia. Sentia dores físicas no abdômen e apresentou gastrite. Atrasou dois anos a grade do curso de direito. Começou a ter ódio das pessoas, da faculdade e começou a fumar, fez uso esporádico de maconha, LSD, ecstasy e ayahuasca (nega consumo atualmente).

Todas as sessões seguiram um planejamento prévio e foram estruturadas conforme a TCC orienta.

Os resultados dos testes aplicados estão apresentados no Anexo I, deste artigo.

Além disso, posteriormente a cada atendimento foram realizadas supervisões com o professor orientador que instruía quanto a direção do tratamento, intervenções necessárias e sanava dúvidas.

A partir da quarta sessão os atendimentos foram estruturados em três momentos: inicial, intermediária e final.

1. Inicial	2. Intermediária	3. Final
Verificação do humor e ansiedade.	Aplicação de teste.	Prescrição da tarefa de casa.

Revisão da tarefa de casa.	Manejo de um tópico específico.	Resumo da sessão.
Atualização da semana.		Feedback da paciente.
Definição da pauta.		

1ª Sessão:

Foi apresentado o formato do psicodiagnóstico interventivo para a paciente, para que ela tivesse ciência do trabalho que seria realizado. Nesta sessão ocorreu o acolhimento inicial, a coleta de alguns dados para anamnese - coleta longitudinal acerca da história de vida da paciente em vários âmbitos, como, a queixa atual, histórico médico, histórico escolar, genograma, relacionamento familiar, rotina, entre outros – também foi iniciado a formulação do caso utilizando a conceituação cognitiva da TCC. A expectativa com o trabalho que viria a ser efetivado, era por parte da paciente, que seus sofrimentos fossem amenizados. O preenchimento do contrato de confidencialidade e uso em pesquisa, que foi assinado e autorizado pela paciente.

2ª Sessão:

As hipóteses iniciais levantadas e que deram direcionamento ao trabalho foram: Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno Depressivo Maior. Foi dada continuidade na coleta de dados da anamnese e concomitantemente a realização da conceituação cognitiva que foram se complementando. Ao passo que a sintomatologia relatada pela paciente era apresentada, o seu funcionamento (psíquico, emocional e comportamental) corroborava para estes sintomas.

3ª Sessão:

Foi dado prosseguimento tanto na coleta de dados da história longitudinal da paciente, quanto a conceituação cognitiva (que deve ser realizado constantemente e continuar a ser aprimorado ao longo de todo o tratamento). Para além disso, devido ao histórico de uma TAE e por conta de novos relatos da paciente sobre pensamentos de morte, foi necessário a criação de uma rede de apoio, as escolhas foram feitas pela paciente em parceria com o estagiário - irmã, namorado, amigo, amiga e o CVV¹. Ficando estabelecido que, em casos de seus pensamentos de morte retornarem, a paciente adotasse a seguinte estratégia: entrar

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. **ISSN 2594-8806**

em contato com sua rede de apoio, realizando uma ligação por vez, ou seja, se não conseguir falar com o primeiro contato, deverá ir para o próximo e assim sucessivamente. O ideal é não esperar que os pensamentos fiquem fortes, pela questão da impulsividade. O tempo para o pensamento passar é de aproximadamente 3 minutos. Além disso, foi realizado a aplicação do Inventário de Depressão de Beck - BDI-II.

4ª Sessão:

4. Inicial	5. Intermediária	6. Final
Verificação do humor e ansiedade.	Aplicação do teste.	Prescrição da tarefa de casa.
Revisão da tarefa de casa.	Priorizar a pauta	Resumo da sessão.
Atualização da semana.		Feedback da paciente
Definição da pauta.		

Durante a fase inicial do atendimento, relacionada a atualização da semana, ocorreu a utilização de psicoeducação sobre o modelo cognitivo, no intuito de apresentar para a paciente como os seus pensamentos influenciam nas suas emoções e nos seus comportamentos. Após estabelecer familiaridade com o modelo cognitivo, seria possível avançar para a etapa da reestruturação cognitiva que é realizado de forma colaborativa com a paciente.

Na fase intermediária, foi realizada a aplicação da entrevista DSM-V sobre depressão. Após aplicação da entrevista e entrarmos na pauta do dia a paciente relata que estava se sentindo ansiosa e com muito medo. Pergunto o que estava passando pela sua cabeça: “e se eu for demitida?”. Faço uma nova pergunta: mas, em que situação este pensamento lhe ocorreu? A paciente informa ter participado de um processo e que conseguiu um novo emprego, ocasionando no ato de chorar e isolar-se. Além disso, a paciente diz: “Faz anos que as coisas não estão bem na minha vida, então não mereço estar num momento onde tudo está muito bom e fiquei triste”. É possível perceber por este relato que os pensamentos automáticos da paciente estão relacionados a uma crença central de desvalor e de crença intermediária cuja regra “estou bem, mas não mereço” é um limitador que lhe impede de ficar bem consigo mesma. Estes dados foram coletados e se encontram no Anexo IV, deste artigo.

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. ISSN 2594-8806

Na fase final, foi solicitada como tarefa de casa o preenchimento da tabela de Registros de Pensamentos Disfuncionais (RPD) para monitoramento de seus pensamentos, emoções e comportamentos, sempre que perceber uma mudança do seu estado emocional basal, conforme a psicoeducação realizada na fase inicial e se encontram no Anexo II.

5ª Sessão:

A paciente relata não ter conseguido realizar o dever de casa. Reforço à importância de conseguir monitorar seus pensamentos e realizo outros exemplos de como fazer o auto-monitoramento.

Foi realizado a aplicação da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP).

Antes de finalizarmos, um resumo da sessão foi realizado através de empirismo colaborativo, com o intuito de checar se nossa comunicação estava ocorrendo de forma eficiente. Solicitei um feedback para paciente que solicitou que continuássemos realizando na mesma estrutura e dinâmica da sessão anterior.

6ª Sessão:

Na fase inicial, a paciente pede para acrescentar na pauta o seguinte problema: “ciúmes do namorado”, que será trabalhado na fase intermediária.

Foram aplicadas a entrevista do DSM-V sobre transtorno de ansiedade generalizada e a escala de avaliação de ansiedade de Hamilton.

Após aplicação do teste é priorizado a pauta “ciúmes do namorado”. A paciente traz o relato onde, ela e o namorado (Gabriel) foram à uma festa, na qual Gabriel dedicou a maior parte do tempo debatendo com uma grande amiga dela, Carmém (no passado Carmém e Gabriel já haviam “ficado”), onde ela acabou se afastando de ambos.

Discuto com a paciente sobre seu comportamento de esquiva, em ocasiões que lhe geram emoções negativas. Realizo a validação de suas dificuldades, onde existem questões adaptativas de experiências passadas que foram aprendidas e que em algum ponto foram importantes para ela. Para reestruturação cognitiva é utilizado o Exame de Evidências: Quais são as evidências a favor ou contra os pensamentos automáticos que surgiram? Qual a melhor e a pior coisa que poderia acontecer? Solicito a paciente que imagine a

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. ISSN 2594-8806

cena de como seria em cada caso e pergunto: Como você se sentiria? De forma colaborativa fomos identificando as evidências do quanto aquele pensamento era disfuncional e os pontos que deveriam ser fortalecidos em caso de o pior acontecer.

7ª Sessão:

Esta sessão tinha uma característica peculiar por se tratar da última sessão, também chamada de devolutiva. Sendo assim, recapitulamos todas as outras sessões no intuito da paciente perceber os pontos positivos e negativos sobre o trabalho efetivado.

Realizo uma síntese, estabelecendo relação entre os resultados dos testes - ansiedade, depressão e personalidade – com aspectos da conceituação cognitiva da paciente. No intuito de fornecer subsídios tanto para autoconhecimento quanto em estratégias de enfrentamento e de recaídas para a paciente.

Foi realizado o encaminhamento da paciente para realização do tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico.

RESULTADO:

Ressalto que os resultados que serão apresentados foram obtidos a partir de observações técnicas, entrevistas e aplicação de instrumentos psicológicos regulamentados pelo Conselho Federal de Psicologia (CRP). Os resultados estão condicionados ao momento atual e a fase do desenvolvimento que a paciente se encontra. Sugere-se realizar nova avaliação psicológica num prazo de dois anos, ou a qualquer momento, caso perceba-se alteração brusca dos comportamentos.

Com base nas entrevistas, observações, testes, escalas e inventários aplicados nota-se que a queixa e a sintomatologia trazida pela paciente relacionadas a ansiedade e depressão se enquadram nos critérios diagnósticos baseado no DSM-V, trazendo sofrimento e prejuízos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais. É importante ressaltar que o inventário de depressão sinalizou depressão severa, enquanto a escala de avaliação de ansiedade correspondeu a ansiedade moderada, ambos os resultados indicam objetivamente a gravidade do caso. A bateria fatorial da personalidade destacou os traços de Neuroticismo, Extroversão e Abertura da paciente, sugerindo uma forma mais intensa de vivenciar o sofrimento psicológico, instabilidade emocional e vulnerabilidade.

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. ISSN 2594-8806

Tendência da jovem a ser falante e buscar contato com pessoas, mesmo que as conheçam pouco. Facilidade em ser amigável e afetuosa, festeira e a ter muitos amigos. Curiosidade, imaginação e criatividade com ideias e valores não convencionais. Ademais, a paciente se apresenta como uma pessoa comunicativa, respeitosa, criativa, inteligente e articulada, mas com dificuldades em tomadas de decisão e de falar de vivências, inclusive familiares, que lhe tragam desconforto emocional tendendo a comportamentos evitativos.

Através da integração dos dados, que foram obtidos por meio das entrevistas, das observações, dos resultados adquiridos nos testes objetivos e de análises minuciosas do caso é indicado que a paciente realize acompanhamento psiquiátrico e psicoterapêutico. No intuito de diminuir a intensidade dos sintomas e gradativamente extinguir os critérios característicos da depressão e da ansiedade, recomenda-se a abordagem da Terapia Cognitiva Comportamental. Além disso, é importante desenvolver com a paciente habilidades sociais relacionadas a assertividade, recomenda-se a abordagem da Terapia Dialética Comportamental. Por fim, para suas questões relacionadas a instabilidade emocional é recomendada a Terapia do Esquema Emocional.

Através dos resultados é possível inferir que é plausível atuar de forma integrativa entre as duas dinâmicas de forma pontual, ou seja, a utilização do psicodiagnóstico e intervenção psicoterápica na abordagem TCC. Permitindo e facilitando a realização da atuação do psicólogo de forma mais abrangente, possibilitando a diminuição do sofrimento subjetivo percebido pela paciente ao longo dos atendimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O relato de caso fez emergir possibilidade do psicólogo clínico integrar técnicas que permitam extrapolar a lógica de “psicodiagnostics” e avançar em prol de uma atuação integrativa que permita ao paciente simultaneamente a reestruturações cognitivas ou mudanças de comportamentos que amenizem o sofrimento. Evidenciou-se a diminuição do sofrimento como peça chave para o não agravamento da patologia apresentada.

ANEXO I - RESULTADOS DOS INVENTÁRIOS, TESTES E ESCALAS

DSM-V: TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR	A paciente apresentou 7 critérios que estão presentes no período de duas semanas, inclusive com humor deprimido devido a tristeza, porém sem perda de prazer ou interesse.
APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI-II)	Este instrumento serve como um medidor da severidade de episódios depressivos. Sendo assim, foi aplicado o questionário com 21 itens de múltipla escolha. A paciente teve uma pontuação total de 34, sinalizando uma depressão severa. Destaque para os itens: autocrítica, irritabilidade e indecisão onde a paciente marcou o valor máximo (3).
DSM-V: TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	A paciente apresentou 4 critérios que estão presentes na maioria de seus dias ou pelo menos 6 meses em relação a diversas situações da sua vida. Sendo que o DSM-5 solicita pelo menos 3 critérios para caracterizar o Transtorno de Ansiedade Generalizada.
ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON	<p>A escala de Hamilton possibilita medir em graus os sintomas de ansiedade. Medindo a ansiedade psíquica (agitação mental e sofrimento psíquico) e ansiedade somática (queixas físicas relacionadas com a ansiedade).</p> <p>A paciente apresentou o escore total de 17 pontos. A partir do escore obtido e da noção de intensidade da ansiedade presumível pelo seu valor absoluto, foi permitido ao entrevistador ter uma projeção objetiva e imediata da sensação de sofrimento da paciente. Ao valor da pontuação total corresponde uma classificação da ansiedade moderada.</p>
BATERIA FATORIAL DA PERSONALIDADE (BFP)	<p>A jovem apresentou escores que estiveram mais distantes da média (percentil abaixo de 30 e acima de 70) para: Neuroticismo e suas seguintes facetas N1 (Vulnerabilidade), N2 (Instabilidade), N3 (Passividade), Extroversão e suas facetas E1 (Nível de Comunicação), E2 (Ativez), E4 (Interações Sociais) e para Abertura as facetas A1 (Abertura a ideias) e A2 (Liberalismo).</p> <p>Quanto aos resultados de Neuroticismo e suas facetas, a jovem teve escores altos ou muito altos na maioria dos casos. Na análise geral do escore em Neuroticismo, este enquadrou-se na faixa “muito alto”, o que sugere uma forma mais intensa de vivenciar o sofrimento psicológico, instabilidade emocional e vulnerabilidade, além de relatarem ter</p>

	<p>experiências intensas de eventos negativos, dando pouca ênfase aos aspectos positivos dos fatos. Altos níveis estão associados à ocorrência de sintomas de depressão e ansiedade. Pessoas com altos escores nesse fator criam ativamente problemas para elas mesmas e tendem a fazer avaliações negativistas do ambiente, ou seja, tendem a interpretar estímulos ambíguos de uma forma negativa ou ameaçadora e, por isso, normalmente vêm ameaças, problemas e crises onde não existem objetivamente. A observação dos escores nas facetas mostra que apenas o escore em N4 (Depressão) esteve próximo da média, enquanto os demais foram altos ou muito altos. Sobre a faceta N1 (Vulnerabilidade), o resultado sugere que se trata de uma pessoa com baixa autoestima, capaz de ter atitudes que vão contra a sua vontade, com o objetivo de agradar os outros, com insegurança, muito dependente de pessoas próximas e com dificuldades em tomar decisões. Níveis elevados em Vulnerabilidade são acompanhados por uma manifestação mais frequente e intensa de sintomas de depressão e ansiedade, além de menor autoestima. Por sua vez, o resultado na faceta N2 (Instabilidade) sugere que se trata de alguém que age impulsivamente quando sente algum desconforto psicológico, tomando decisões precipitadas com relativa frequência. Apresenta grandes oscilações de humor sem um motivo aparente e têm dificuldade para controlar seus sentimentos negativos, além de apresentar baixa tolerância à frustração. Sobre o escore em N3 (Passividade), os resultados indicam ser uma pessoa cujo comportamento é procrastinador tendo grande dificuldade para iniciar tarefas, mesmo que simples. Têm também dificuldade para manter a motivação em afazeres longos ou difíceis, tendendo a abandoná-los antes de sua conclusão. O fato de não tomar iniciativa para resolver seus problemas e de evitar assumir responsabilidade por seus atos, pode estar associado ao fato de vivenciar situações negativas e, no entanto, não buscar uma solução para isso. Do mesmo modo, o afastamento de amigos e familiares, a jovem tende a esperar que as coisas se resolvam naturalmente ou que alguém aja em seu lugar. Pessoas com esse perfil necessitam de estímulo externo para conseguirem levar adiante seus planos e, com frequência, abstêm-se de tomar decisões mesmo sobre assuntos de seu</p>
--	--

interesse. Tal faceta também se relaciona à velocidade de decisão.

Em relação aos resultados em Extroversão, a jovem apresentou escores “muito alto”, o que sugere uma tendência da jovem a ser falante e buscar contato com pessoas, mesmo que as conheçam pouco. Facilidade em ser amigável e afetuosa, festeira e a ter muitos amigos. A observação dos escores nas facetas mostra que apenas o escore em E3 (Assertividade) esteve próximo da média, enquanto os demais foram altos ou muito altos. Sobre a faceta E1 (Nível de Comunicação), o resultado sugere a jovem tem facilidade para falar em público, para conhecer novas pessoas e, tende a apresentar um maior senso de intimidade, rapidamente avaliando como profundas relações relativamente recentes. Além disso, tende a iniciar conversas com os outros, expressar suas opiniões e interesses quando estão em grupo e indica que dificilmente sente-se constrangida em situações sociais. Por sua vez, o resultado na faceta E2 (Altivez) sugere que a jovem possa ter necessidade de receber atenção dos outros e uma predisposição para falar excessivamente sobre si, suas qualidades e suas posses. Sobre o escore em E4 (Interações sociais), os resultados indicam que a jovem tende a ser gregária. Relatam preferir atividades em grupo e se envolvem rapidamente com as pessoas.

Por fim, os resultados para Abertura e suas facetas, a jovem apresentou escores altos ou muito altos na maioria dos casos, o que sugere curiosidade, imaginação e criatividade com ideias e valores não convencionais. Experimentam uma gama ampla de emoções mais vividamente do que pessoas fechadas convencionais/conservadoras nas suas preferências, dogmáticas e rígidas. A observação dos escores nas facetas mostra que apenas o escore em A3 (Busca por novidades) esteve próximo da média, enquanto os demais foram altos ou muito altos. Sobre a faceta A1 (Abertura a ideias), o resultado sugere que se trata de abertura para novos conceitos ou ideias, gosta de participar de atividades que exijam imaginação ou fantasia, discussões filosóficas, arte, têm curiosidade sobre novas tendências musicais e por áreas afins. Sobre o escore em A2 (Liberalismo), os resultados indicam ser uma pessoa que lida com diferentes

	<p>valores morais e sociais e noção que estes podem ser relativizados, apresentando uma compreensão de que não existem verdades absolutas ou valores inquestionáveis.</p> <p>Comentários finais: a jovem apresentou uma série de indicadores que podem estar associados a quadros de depressão e/ou ansiedade (em função dos escores altos em Neuroticismo), de dependência psicológica dos outros (alta Vulnerabilidade) e a possibilidade de agir impulsivamente quando sente algum desconforto psicológico por apresentar baixa tolerância a frustração (em função dos escores muito alto em Instabilidade). Constante necessidade de motivação externa para que consiga levar adiante seus planos, pois tende a se abster de tomar decisões (alta Passividade). Por sua vez, os escores elevados em Extroversão e suas facetas apresentam características gregárias onde a jovem prefere atividades em grupo, facilidade a ter amigos, conhecer novas pessoas, em iniciar conversas, expressar suas opiniões e interesses e dificilmente se sente constrangida nestas situações. Por fim, os resultados apresentados para Abertura e suas facetas sugerem uma jovem criativa, curiosa e com valores não convencionais. Com abertura para novos conceitos ou ideias, compreendendo que não existem verdades absolutas. Gosta de participar de atividades que exijam imaginação ou fantasia, discussões filosóficas, arte, têm curiosidade sobre novas tendências musicais e por áreas afins.</p>
--	---

ANEXO II – REGISTRO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS

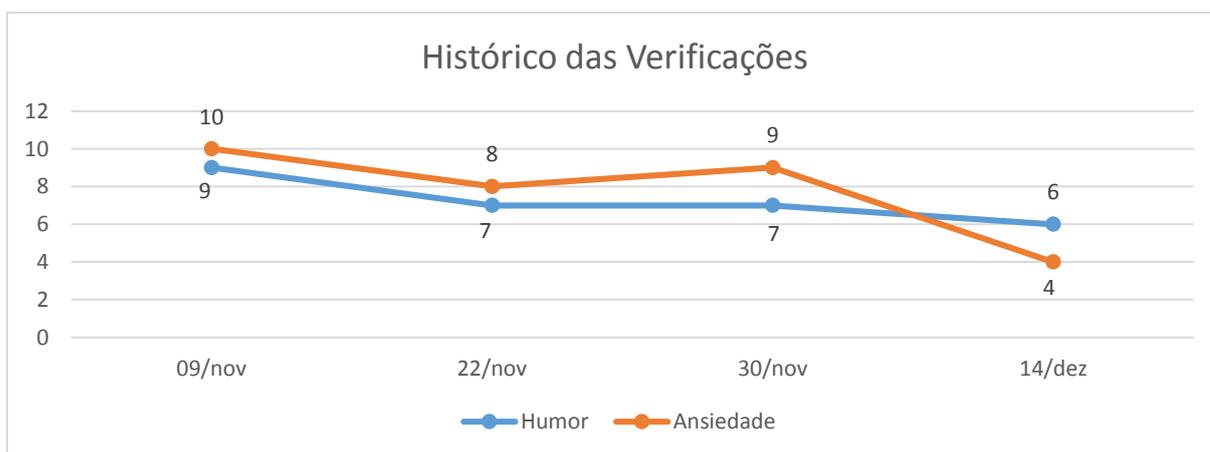
<i>SITUAÇÃO</i>	<i>P.A.</i>	<i>SIG.DO</i> <i>P.A</i>	<i>EMOÇÃO/FISIO</i>	<i>COMP.</i>
- Novo emprego	- E se eu for demitida	- Insegurança	- Muito medo - Ansiedade	
- Em debates no campo das ideias (congressos)			- Estresse	- Evito participar
- Festas onde alguns fatores foram alterados	- Fez para me atingir	- Insegurança - Falta de Controle	- Tristeza - Raiva - Culpa	- Isolar

- Sozinha em casa	- Você não vale nada	- Desvalor	- Tristeza - Angústia	- Chorar - Não fazer nada
- Chegar na casa do namorado e não encontra-lo	- Fez para me atingir - Sou idiota	- Insegurança	- Tristeza - Raiva - Ciúmes - Dor no estômago - Respiração descontrolada	- Chorar
- Festa com o namorado conversando com uma amiga específica.	- Vai me trair	- Insegurança	- Raiva - Triste - Ciúmes	- Sair de perto - Afastar

ANEXO III – HISTÓRICO DAS VERIFICAÇÕES DO HUMOR E ANSIEDADE

A verificação do humor e da ansiedade seguiram os critérios abaixo:

- A paciente deveria numerar seu humor de 0 a 10, considerando a última semana.
- Sendo que 10 significaria que seu humor estaria rebaixado e ansiedade alta.
- E 0 significaria que seu humor estaria bom e a ansiedade baixa.



ANEXO IV – MAPA COGNITIVO DA PSICOPATOLOGIA DO PACIENTE

DADOS RELEVANTES

Reside em apartamento com uma amiga, estudante de Direito, trabalha como estagiária no Sindicato Patronal de Registro Civil, filha primogênita, tendo uma irmã. Seus pais são separados. Relação conturbada com o padrasto. Sua mãe reclama e a crítica muito. Mãe e irmã possuem diagnóstico de depressão. Seu pai é ausente. Queixa de constante tristeza e ansiedade. Realizou uma tentativa de autoextermínio (TAE) entre 2016-2017.

CRENÇAS NUCLEARES A RESPEITO DE SI MESMA

Sou idiota! (Desvalor)

Sou insegura! (Desvalor)

Não valho nada! (Desvalor)

CRENÇA INTERMEDIÁRIA

Se eu não consigo fazer as coisas, então não sou capaz.

Se faz anos que as coisas não estão bem na minha vida, então não mereço estar num momento onde está tudo muito bom.

SITUAÇÃO Sozinha em casa	SITUAÇÃO Chegar na casa do namorado e não encontra-lo	SITUAÇÃO Festa, onde algumas coisas foram alteradas
PENSAMENTO AUTOMÁTICO Você não vale nada!	PENSAMENTO AUTOMÁTICO Ele fez de propósito para me atingir! Sou idiota!	PENSAMENTO AUTOMÁTICO Fez para me atingir
EMOÇÃO Tristeza e Angústia	EMOÇÃO Tristeza, Raiva, Ciúmes, Dor no estômago e Respiração descontrolada	EMOÇÃO Tristeza, Raiva e Culpa

COMPORTAMENTO	COMPORTAMENTO	COMPORTAMENTO
Chora e não faz nada	Chora no quarto	Se isola

REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Psicologia. 2013. *Cartilha avaliação psicológica*. Brasília, DF: Autor.

Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 002/2003. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP n. 025/2001. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/03/resolucao2003_02_Anexo.pdf>. Acesso em: 14 de dezembro de 2019.

CUNHA, J. A. et al. *Psicodiagnóstico*. v. 5. Ed. revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed, 2007.

HUTZ, C. S., BANDEIRA, D. R., TRENTINI, C. M., & KRUG, J. S. (Orgs.). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed, 2016.

KNAPP, P., BECK A. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul - Porto Alegre; 30: p.S54-64. 2008.

Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.). American Psychiatric Association. DSM-5. Artmed, 2014.

OLIVEIRA, K. L., NORONHA, A. P. P., DANTAS, M. A., SANTAREM, E. M. O Psicólogo Comportamental e a Utilização de Técnicas e Instrumentos Psicológicos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n.1, p. 127-135, jan/abr. 2005.

RANGE, B. & Colaboradores. *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2011. Segunda edição.

WRIGHT, J. H., BASCO M. R., THASE M. E. *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

YIN, Roberto K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2ª Ed. Porto Alegre. Editora: Bookmam. 2001.



RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar.

ISSN 2594-8806

Recebido: 20/7/2020.

Aceito: 27/7/2020.

Cristopher de Castro Perdigão - Graduando de psicologia pela Faculdade Arnaldo –
cristopher.redes@gmail.com

Ronaldo Santhiago Bonfim de Souza - Doutor em psicologia: cognição e
comportamento pela UFMG – santhiagosouza@yahoo.com.br – CRP 04/34205