

Padrão Resposta às Questões Discursivas
Psicologia Clínica – Após recursos

Questão 1

- a) 1. Ausência de consciência da morbidade;
2. Delírios persecutórios;
3. Delírios de influência **ou de relação ou de referência**;
4. Roubo do pensamento **ou subtração do pensamento**;
5. Percepção delirante **interpretação delirante**;
6. Alucinações auditivas, cenestésicas, olfativas e gustativas;
7. Sonorização do pensamento **ou eco do pensamento**;
8. Audição de vozes sob forma de diálogos **ou alucinações auditivas**;
9. Vivências de influência corporal.

Observação: Os sintomas/alterações sublinhados são considerados de primeira ordem por K. Schneider.

- b) Transtorno mental: Esquizofrenia;
Tipo clínico: paranoide;
Autor: Bleuler;
Sintoma: dissociação, **distúrbio do afeto, ambivalência afetiva ou autismo**.
- c) 1. Hebefrênica;
2. Catatônica;
3. Simples **ou** residual.

Questão 2

- a) O “preceito único” a que Freud se refere é que todas as regras se destinam a criar para o analista uma contrapartida à regra fundamental da psicanálise: a associação livre. Esta última, por sua vez, é o modo de acesso ao inconsciente.
- b) Freud ressalta, por um lado, que a satisfação do anseio de amor não deve ser atendida. Para ele, os motivos para tal não remontam à prescrição moral, mas a razões da própria

análise, ainda que se chegue ao mesmo resultado. Por outro lado, ele ressalta ser igualmente desastroso para o tratamento que se pretenda suprimir, repelir ou tornar desagradável o amor transferencial.

Questão 3

- a) Perls entende a neurose como uma cristalização no processo de autorregulação organísmica na busca pelo contato, impedindo a pessoa de movimentar-se num fluxo livre em seu espaço relacional, ficando aprisionada às necessidades do meio, mantendo sua forma de contato marcada por frequentes interrupções. “Quando o indivíduo torna-se incapaz de alterar sua forma de interação, surge a neurose. Quando ele está cristalizado num modo de atuar obsoleto, fica menos capaz de ir ao encontro de suas necessidades... O homem deve reconhecer os limites de contato entre ele e a sociedade”.
- b) 1. Introjeção;
2. Projeção;
3. Confluência;
4. Retroflexão;
5. Deflexão;
6. Proflexão;
7. Egotismo.
- c) 1. Introjeção: Atuar no sentido de conscientizar acerca do que é “engolido sem mastigar”, nos “deveríamos”; facilitar a assimilação do que nos é dado, ao invés da acomodação; **frustrar e contestar as verdades absolutas do cliente;**
2. Projeção: Trabalhar a troca de papéis (monodrama); **integração de polaridades;** **confrontar posições da pessoa em questão com as dos outros membros do grupo;**
3. Confluência: Trabalhar as fronteiras do *self*, a separação eu/outro;
4. Retroflexão: Incentivar a expressão das emoções, a amplificação;
5. Deflexão: Evitar os desvios, buscar a concentração;
6. Proflexão: Trabalhar a troca de papéis (monodrama), incentivar a expressão das emoções, a amplificação;
7. Egotismo: Atuar na busca do reconhecimento do outro, na conscientização de uma vinculação ao contexto social, a noção de interdependência.

Questão 4

- a) Transtorno *borderline* de personalidade.
- b) 1. Rejeição;
2. Incapacidade/incompetência;
3. Desconexão e rejeição;
4. Autonomia e desempenho prejudicados;
5. Abandono;
6. Fracasso;
7. Desamor;
8. Incapacidade;
9. Desamparo;
10. Desvalor;
11. Dependência.
- c) 1. Formulação do caso:
- Crenças centrais: de rejeição e incapacidade/incompetência;
- Crenças intermediárias: “Se eu estiver em um relacionamento, terei meus problemas resolvidos”; “Preciso estabelecer metas fáceis, pois o outro é mais capaz do que eu”; “Poder atingi-las”; “Para não ser controlada, preciso agredir”;
2. Tratamento da depressão: aumento do nível de atividades, aumento do nível de atividades prazerosas, reestruturação cognitiva;
3. Emprego de estratégias de regulação emocional, inclusive manejo da raiva;
4. Treino de habilidades sociais;
5. Estratégias para flexibilização das crenças centrais;
6. Prevenção de recaída;
7. Psicoeducação;
8. Estabelecimento de uma sólida relação terapêutica, estimulação do vínculo de confiança na relação terapêutica, estabelecimento de relação terapêutica de confrontação empática ou foco na relação terapêutica;
9. Maior ênfase e utilização de dados da história passada do paciente;
10. Experimentos comportamentais;
12. Reestruturação cognitiva, registro de pensamentos disfuncionais, identificação de pensamentos disfuncionais, reestruturação de esquemas disfuncionais ou coleta de evidências e checagem de hipóteses;

13. Postura mais confrontativa e menos socrática do terapeuta;
14. Ativação comportamental;
15. Ajudar o paciente a experimentar as emoções.

- d)**
1. A paciente se sentir controlada pelo terapeuta e reagir agressivamente;
 2. A paciente acreditar que o terapeuta será o responsável por resolver todos os seus problemas;
 3. A paciente se sentir rejeitada pelo terapeuta e ter sintomas depressivos;
 4. O terapeuta se sentir seduzido ou agredido pela paciente;
 5. Terapeuta e terapia serem vistos de forma dicotômica;
 6. A paciente ter que lidar com frustrações e separações;
 7. Lidar com as resistências da paciente ao tratamento;
 8. Instabilidade e resistência do cliente às intervenções terapêuticas;
 9. Dificuldade de manter a relação terapêutica ou dificuldade de estabelecimento do vínculo terapêutico;
 10. Baixa-tolerância à frustração, pouca persistência nas tarefas e dificuldades de se vincular ao terapeuta;
 11. Ocorrência da ativação dos esquemas do próprio terapeuta;
 12. Risco de rompimento da relação terapêutica;
 13. Abandono do tratamento por parte paciente;
 14. Chantagem emocional;
 15. Medo do fracasso da terapia;
 16. Ligações excessivas e busca constante de apoio, desgastando o terapeuta;
 17. Ativação dos esquemas relacionados à rejeição quando da ocasião das férias do terapeuta ou remarcação das sessões.