

# Federação Brasileira de Terapias Cognitivas

## Prova de Certificação 2017 – Terapia Cognitivo-Comportamental

Número de inscrição do(a) candidato(a) \_\_\_\_\_

### Caso clínico (adulto)

#### **Identificação**

M. tinha 48 anos quando procurou terapia se queixando de muita ansiedade e de uma série de restrições há quase dez anos. Já havia feito psicoterapia anteriormente e não havia visto resultado. Tomava ansiolíticos e antidepressivos desde então, por recomendação de seu cardiologista. Era casada e tinha uma filha de 25 anos que morava com eles. Compareceu à primeira sessão acompanhada pelo marido.

#### **História de vida**

M. relata que desde pequena era bastante “medrosa”, principalmente com doenças e altura, mas que conseguia levar sua vida deixando de fazer algumas coisas, tipo andar de elevador ou avião, estar em lugares altos, e sempre procurando cuidar preventivamente de sua saúde. Afirmava que várias pessoas em sua família eram assim, ou ansiosas ou deprimidas.

Era estudiosa, responsável, exigente consigo mesma, mas se divertia sempre que possível. Seus pais e irmãos não eram muito afetuosos e isto a incomodava um pouco. Casou-se por estar apaixonada e, até aquele momento, dizia ser feliz com o marido. Tinha um trabalho como funcionária pública do qual pediu licença quando sua filha entrou na escola. Naquela época, fazia todo o trabalho de casa, se dedicava à filha e ao marido, passeava com as amigas, cuidava para que tudo funcionasse bem.

Ficou muito abalada com a morte repentina do pai, mais por ter sido “sem aviso” do que pelo afeto em si. Sentiu-se muito culpada ao constatar isto. Neste mesmo ano, sua licença do trabalho expiraria e seu marido a pressionava para que o ajudasse financeiramente, reassumindo o cargo. Este conflito a deixou muitas noites sem dormir até ter coragem de abrir mão do emprego.

Relata que um dia quando estava dirigindo para um compromisso em outro bairro, ficou retida pelo trânsito, além de não achar vaga para estacionar. Começou então a se preocupar com o atraso e a sentir que não estava bem. Seu coração pulava no peito, mal conseguia respirar, estava tonta e suava como nunca. As sensações físicas não passaram, mesmo quando conseguiu parar o carro. Pediu ajuda para chegar ao local e começou a pensar que não deveria voltar sozinha para casa. Ligou para um parente ir se encontrar com ela e dirigir seu carro.

M. foi ao médico que pediu todos os exames e não encontrou nada que justificasse o ocorrido.

Depois deste dia, passou a temer sentir tudo aquilo de novo. Só a apreensão já era extremamente desconfortável. Restringiu suas idas a locais longe de casa, escolhendo novos endereços para mercado, médicos, cabelereiro, etc. Mesmo com estas limitações, seu nível de alerta continuava ativado. Monitorava seus sinais vitais à procura de qualquer sinal que indicasse “perigo”. Passou alguns meses assim, fazendo seus principais afazeres com ansiedade, mas com sintomas limitados.

Bastou ter novos episódios semelhantes ao primeiro para que seu próprio bairro não lhe garantisse mais segurança. Passou a querer sair sempre acompanhada. No mundo lá fora, acreditava que sua vulnerabilidade aumentaria. Esperava seu marido chegar em casa para fazerem o que fosse preciso. Sua filha passou a ir com os colegas para a escola e já não frequentava as festinhas ou outras ocasiões sociais. M. se sentia constrangida por não conseguir explicar o que tinha e se afastou totalmente das pessoas.

Por sorte, ou azar, nunca teve sintomas de ansiedade em casa e este era seu “porto seguro”. Se esmerava como mãe e dona de casa, mas tinha que esperar algum dos dois chegar para levar o lixo na lixeira do seu próprio andar! Marido e filha se dividiam nas idas ao mercado, padaria, banco, jornaleiro. Apesar de tolhida, nunca se conformou. Procurava ler sobre o assunto, procurava médicos, fez psicoterapia, mas, ano após ano, não melhorava.

Quando soube da terapia cognitiva, procurou indicação de um terapeuta e chegou bastante confiante e colaborativa. M. era uma pessoa simpática, afetuosa, jovial, mas bastante comprometida pelos 10 anos praticamente sem autonomia. Seu confinamento era marcante e até a ida ao consultório tinha sido custosa.

### **Avaliação**

Para entendimento do caso, foram usados entrevistas, registros de automonitoria, inventários pertinentes ao caso e relatos verbais da paciente e familiares.

Os registros de pensamentos automáticos revelavam pensamentos e crenças do tipo: “Se eu tentar sair, com certeza vou passar mal e não vou saber o que fazer”; “Preciso de alguém ao meu lado para me socorrer, se necessário”; “Estas sensações só podem ser mau sinal”; “Para que arriscar?”; “Só de pensar na possibilidade de estar na rua sozinha já é insuportável”. “Taquicardia vai me matar qualquer dia pois sempre é fatal”. “Meu pai morreu de repente. Pode ser coisa de família”.

Sua idéia sobre si mesma era muito negativa principalmente por não conseguir desempenhar comportamentos triviais. O apoio e compreensão que recebia do marido e da filha só fazia com que se sentisse mais inútil e inferior a eles. M. se desdobrava então em atenção, cozinhando o que mais gostavam, arrumando a casa com esmero, agradecendo por entenderem seu problema.

Dizia que seu maior desejo era retomar sua vida com liberdade e segurança!

## Questões:

1. **(1.5) Qual o diagnóstico? Que critérios você usou para chegar a esta conclusão?**

0,5 Transtorno do Pânico com agorafobia

0.25 Ataques de ansiedade recorrentes, 0.25 medo de ter novos ataques, 0.25 medo das consequências da alta ansiedade, 0.25 evitação das sensações e dos lugares fora de casa.

2. **(1.5) Quais os prováveis fatores de predisposição, precipitadores e mantenedores do quadro da paciente?**

0.5 fatores de predisposição: vulnerabilidade à ansiedade, medo de doenças, perfeccionismo

0.5 fatores precipitadores: morte do pai, indecisão e pressão para voltar ao trabalho

0.5 fatores mantenedores: monitoramento das sensações, distorções cognitivas e esquiva generalizada

3. **(1.5) Quais as técnicas ou procedimentos essenciais para o tratamento de M.?**

0.2 Informações sobre o transtorno, sobre o funcionamento da ansiedade e o processo terapêutico

0.2 Estabelecimento de relação terapêutica de confiança

0.2 Registro de pensamentos disfuncionais ou questionamento socrático ou reestruturação cognitiva

0.2 Relaxamento ou respiração diafragmática ou mindfulness

**0.3** Exposições interoceptivas graduais ou exposição às sensações

0.2 Para lidar com a agorafobia, uma série de exposições graduais até conseguir sair sózinha

0.2 Incluir atividades físicas e sociais para restabelecimento do prazer e funcionalidade

4. **(1.5) Quais as principais crenças a serem trabalhadas com M. ?**

(0.3) Sobre sua vulnerabilidade ao sentir ansiedade “A ansiedade é mais forte do que eu”

(0.3) Sobre sua incapacidade em lidar com ela “Não consigo controlar minha ansiedade e fico refém dela”

(0.3) Sobre a necessidade de ser protegida “Sozinha eu posso começar a passar mal e acabar morrendo”

(0.3) Sobre o perigo atribuído às sensações “Estas sensações são perigosas com certeza”

(0.3) Sobre o perigo atribuído a estar sózinha fora de casa “Fora de casa, fico mais vulnerável ainda”

## **Avaliação das Questões (gabarito para correção):**

Caso Clínico (criança/adolescente)

### **QUESTÕES:**

1. (1,5) Qual o provável diagnóstico de J.? Que critérios você usou para chegar a esta conclusão?

R.: J. apresenta um quadro de ansiedade de separação. Segundo o DSM 5 (pág.190-192 – critérios diagnósticos) atende aos seguintes critérios diagnósticos para ansiedade de separação:

A) sofrimento excessivo e recorrente frente à ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de apego, nesse caso a mãe; preocupação persistente e excessiva acerca da possível perda ou de perigos envolvendo figuras importantes e de apego, no caso a progenitora; relutância persistente e recusa a sair, ir à escola ou a qualquer outro lugar em virtude da separação da mãe; relutância ou recusa persistente em dormir longe de casa ou dormir sem estar próximo a mãe, apesar de dormir em seu quarto, que fica em frente ao quarto da mãe; queixas de problemas somáticos (náusea e dores abdominais).

B) O medo e a ansiedade ou esquiva persistente, durando pelo menos quatro semanas em crianças e adolescentes, nesse caso mais de quatro semanas.

C) A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico e em outras áreas importantes da vida da criança.

2- (1,5) Quais são as crenças de J., bem como as suposições / regras e as estratégias de enfrentamento utilizadas por ele e que contribuem para manter os problemas / sintomas?

R.: As crenças de J. estão relacionadas ao desamor ou perder a figura de referência, no caso a mãe, pois já não tem a presença e o afeto do pai e teme ficar sem o da progenitora. Tem evitado sair de casa e de perto da mãe; não quer ir à escola e a casa da avó.

3- (1,5) Identifique os dados das experiências de J. que contribuíram para formar e fortalecer as suas crenças e suas Estratégias de coping ao longo do seu desenvolvimento. Pontue o (s) provável (is) Fator (es) Precipitante (s) em suas experiências que contribuiu (ram) para gerar / intensificar os seus sintomas.

R.: O fator precipitante foi à mãe ter ficado presa no elevador e ele ter ficado aguardando-a sabendo sobre o problema em questão. Em sua experiência o que contribuiu foram as seguintes experiências: separação dos pais quando J. tinha dois anos, a ausência da figura paterna, a dificuldade de se adaptar na escola (primeira separação real da figura materna), o assalto na casa da avó e o casamento do pai, que já era ausente.

4 – (1,5) Quais são as principais técnicas e procedimentos essenciais para o tratamento de J.?

R.: As principais técnicas e procedimentos essenciais para o tratamento de J. são:  
- Inicialmente será importante o estabelecimento do vínculo terapêutico, para que J. tenha aderência ao processo terapêutico.

- Psicoeducação, para esclarecer J. e a mãe sobre o transtorno em questão, o que auxiliará na compreensão do problema e na redução de distorções, favorecendo assim, a motivação para a terapia.
- Modelo A, B, C – possibilitará a J. identificar seus pensamentos e emoções nas situações em que relata sentir muita ansiedade. O objetivo é que ele aprenda ao longo da terapia a utilizar o modelo e juntamente com a terapeuta elabore respostas alternativas e mais adaptativas para cada distorção encontrada no campo B (crenças), com o objetivo de promover a mudança no humor, desenvolver melhores estratégias para enfrentamento das situações temidas, bem como a reestruturação cognitiva. A variação desta técnica poderia contemplar a utilização de desenhos, role play e histórias. Nesse caso pode-se considerar a reestruturação cognitiva.
- Flecha descendente – com o objetivo de identificar as principais situações que a J. apresenta medo e ansiedade, utilizando questões como: O que há de tão ruim nisso? O que de pior pode acontecer? A fim de identificar as crenças dele em relação às situações temidas, assim como auxiliará na compreensão lógica de seu raciocínio. Pode ser utilizada com o apoio de história em quadrinhos e vídeos.
- Manejo da ansiedade – pode ser utilizada a respiração diafragmática ou abdominal, utilizando a analogia da barriga como um balão ou alguma variação dessa técnica. Favorecerá o controle dos sintomas fisiológicos e promoverá a distratibilidade.
- Distração ou distratibilidade – estimulará-lo a tirar o foco de suas sensações e pensamentos, focando-se em outros estímulos e atividades, como: ler um livro, assistir a um filme, conversar com colegas, jogar vídeo game, etc. De acordo com as preferências de J., em consenso com a mãe.
- Dessensibilização Sistemática – expor a criança gradualmente a situação do elevador, elaborando com ele uma hierarquia, apresentando gradualmente as situações no consultório, para depois exercitar no local com a presença da mãe, que serão controladas a partir do uso de técnicas de relaxamento ou biofeedback, que precisarão estar bem estabelecidos, principalmente a respiração.
- Role-play - simular no consultório as situações de separação temidas por J., bem como inverter papéis, criando argumentos para serem utilizados quando estiver vivenciando-as em seu dia a dia.
- Cartões de enfrentamento – J. poderá escrever ou desenhar no cartão algo que o ajude a enfrentar as situações temidas, que precisará estar com ele para utilizar sempre que necessário.
- Treinamento aos pais (mãe, em especial) – a fim de orientar a mãe como proceder nas situações de ansiedade e medo de J., pois nas diferentes estratégias empregadas será necessária a presença dela, bem como o seu comportamento adequado, para que J. não tenha ganhos secundários e assim, seus comportamentos inadequados se mantenham.
- Obs: Nesse caso seria importante realizar um contato com o pai e procurar sensibilizá-lo a fim de envolvê-lo no trabalho, pois a formação das crenças de J., iniciaram sua formação a partir da separação dos pais e da ausência da figura paterna.
- Orientação escolar- realizar uma psicoeducação sobre o problema de J., bem como orientar a melhor maneira de lidar com as questões apresentadas na escola.
- Prevenção de recaídas, generalizações e superaprendizagem – favorecer os ganhos terapêuticos, à medida que J. for se sentindo mais seguro, estimulará-lo a realizar atividades longe da mãe, a fim de que o medo e a ansiedade possam se manter controlados de modo gradual e seguro. Na psicoeducação é muito importante, esclarecer sobre a possibilidade de

recaídas. Para a superaprendizagem é importante que tarefas de exposição cada vez mais demoradas aconteçam, até o momento que J. consiga ir à casa da avó e dormir na casa de colegas.

Follow up – após o reasseguramento dos ganhos terapêuticos e da supergeneralização, programa-se o afastamento das sessões de semanais, para quinzenais e, posteriormente mensais. A revisão das etapas desenvolvidas precisam ser realizadas a fim de verificar como J. e a mãe compreenderam como manejar a situação.

(Estratégias baseadas em Silveira, J. A. M. da; Eilert, V. P.; & Caminha, R. M. (2007), Ansiedade de Separação, in Caminha, R. M.; & Caminha, M. G. (2007), A Prática da Terapia Cognitiva na Infância, São Paulo: Roca, pp. 179 – 181)

### Pontuação por questão

1. (2.5) Qual o diagnóstico? Que critérios você usou para chegar a ele?

1.25: diagnóstico correto

0.5: dois critérios utilizados para chegar ao diagnóstico

0.75: quatro critérios utilizados para chegar ao diagnóstico

1.25: seis ou mais critérios utilizados para chegar ao diagnóstico

2. (2.5) Quais são as crenças de J., bem como as suposições / regras e as estratégias de enfrentamento utilizadas por ele e que contribuem para manter os problemas / sintomas?

0,75: crenças quanto mãe

0.75: crenças quanto ao pai

1.0: regras e estratégias de enfrentamento

3 - (2.5) Identifique os dados das experiências de J. que contribuíram para formar e fortalecer as suas crenças e suas Estratégias de coping ao longo do seu desenvolvimento. Pontue o (s) provável (is) Fator (es) Precipitante (s) em suas experiências que contribuiu (ram) para gerar / intensificar os seus sintomas.

1.5: fator precipitante: a mãe ter ficado presa no elevador

0.25: um dado de experiência

0.5: dois dados de experiência

0.75: três dados de experiência

1.0: quatro dados de experiência

4. (2.5) Quais as principais técnicas e procedimentos essenciais para o tratamento de J.?

0.5: estabelecimento do vínculo terapêutico

0.4: modelo ABC ou reestruturação cognitiva ou flecha descendente

0.4: orientação aos pais

0.3: psicoeducação

0.2: qualquer outra técnica ou procedimento compatível com o caso em questão