



**FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS  
CERTIFICAÇÃO PARA TERAPEUTAS COGNITIVOS NO BRASIL  
EDIÇÃO 2021**

**PROVA TEÓRICO-PRÁTICA – XIII CBTC – 20/04/2021**

**CASO CLÍNICO ADULTO**

**Nº do candidato** \_\_\_\_\_

**Instruções**

1. Você está recebendo a Prova Teórico-Prática, constando de um caso clínico com quatro questões discursivas, de acordo com a opção inicial que você fez no momento da inscrição. Este é o Caso Clínico Adulto.
2. Na prova Teórico-Prática também deverá constar apenas o seu número. Ao concluí-la, entregue ao responsável pela sala, que deverá colocar dentro de um envelope, lacrando-o em sua frente e escrevendo o seu número do lado de fora do envelope.
3. Finalmente, você deverá assinar o seu nome na Lista de Presença, conferindo se o seu número na Lista é o mesmo da prova.
4. Você terá 2 (duas horas) para responder às questões da prova Teórico-Prática.

## **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Pedro, 23 anos, sexo masculino, solteiro, estudante universitário, auxiliar de escritório. Reside com os pais e a irmã de 27 anos.

## **HISTÓRIA FAMILIAR**

Pedro é o filho mais velho de uma prole de três. O pai tem 53 anos, trabalha como contador, faz uso de medicação psiquiátrica para depressão há cerca de dez anos, sendo uma pessoa pouco comunicativa e que delega o contato com os clientes aos seus funcionários. A mãe é professora, tem 51 anos, sofre de hipertensão arterial e não tem histórico de tratamento psiquiátrico ou psicológico. A irmã mais velha, 27 anos, é descrita pelo paciente como “problemática”, com um “temperamento muito forte”, crises de raiva e problemas escolares. Ela faz acompanhamento psiquiátrico desde a adolescência, mas interrompeu a medicação por conta própria há alguns meses, apesar da insistência dos pais para que retome o tratamento. É solteira, não concluiu a faculdade e trabalha como secretária do pai no escritório, nunca tendo permanecido em outros empregos. A segunda irmã tem 25 anos, é casada, tem curso superior completo e não tem histórico de tratamentos psicológicos. O avô paterno era alcoolista e faleceu em decorrência de cirrose. A avó materna faz uso de medicação para ansiedade e insônia há muitos anos.

## **MOTIVO DA BUSCA DE ATENDIMENTO**

O paciente busca atendimento psicológico pela primeira vez, incentivado pela mãe, após ter sido surpreendido caminhando pela casa de madrugada, extremamente ansioso. Ao relatar para a mãe o que estava sentindo, foi convencido a buscar ajuda profissional, pois “não estava mais aguentando” aquela situação. Nas últimas semanas houve uma mudança em sua função no trabalho, sendo deslocado para um setor de atendimento ao cliente, no qual passou a conversar diretamente com pessoas insatisfeitas com algum serviço prestado ou que precisam de ajuda para resolver pendências. Em paralelo, vários trabalhos finais da faculdade exigem apresentação oral aos professores e colegas, algo que ele sempre evitou ao longo do curso. Pedro passou a se sentir muito “angustiado”, tenso e com sintomas desagradáveis como tremores, sudorese, taquicardia, insônia e dificuldade de concentração. O desempenho no trabalho decaiu muito, sendo acometido por um intenso sentimento de vergonha e ansiedade ao longo de todo o expediente. Na faculdade, a marcação da apresentação dos trabalhos está provocando muito sofrimento na medida em que Pedro prevê que o pior irá acontecer, como situações constrangedoras, humilhação diante de professores e colegas, além da possibilidade de reprovação nas disciplinas.

## **HISTÓRIA PREGRESSA**

Pedro relata que os sintomas não são novidade para ele, porém nas últimas semanas se tornaram ainda mais intensos e constantes. Refere que esse quadro iniciou aos 15 anos de idade, quando uma professora do ensino médio passou a solicitar apresentações individuais dos alunos em frente à turma, sendo muito crítica e exigente. Nessa mesma época a turma passou a realizar festas de adolescentes, nas quais ele se sentiu muito nervoso e, posteriormente, passou a evitar, se distanciando do convívio com os colegas.

Antes disso, o paciente reconhece que talvez fosse portador de um retraimento mais acentuado do que geralmente se observa em outras pessoas. Isso era visto por ele e pelos familiares como uma característica que não lhe traria maiores problemas. Ainda que seus pais não tivessem observado nada de muito significativo durante a infância de Pedro, ambos eram muito ocupados e ele

ficava sob os cuidados de uma tia materna, que descreve como “furiosa”. Na escola, apesar de ser visto como uma criança pouco comunicativa, não passava por maiores dificuldades, exceto quando lhe eram solicitadas leituras em voz alta ou quando tinha que interagir com pessoas adultas que representavam alguma autoridade, como a professora, a coordenadora ou o diretor. Nesse período, embora essas situações lhe causassem alguma tensão, Pedro as desempenhava por força da necessidade, sem nenhum prejuízo social ou funcional aparente. Ele não gostava muito que as pessoas o estivessem observando, ficando “meio nervoso”, mas fazia o que tinha que fazer. Em casa não tinha essa ansiedade, mas se sentia muito incomodado com a forma como era tratado pela tia, que sistematicamente o chamava de “burro” e “atrapalhado”, além de fazer queixas para a mãe sobre seu comportamento. A mãe, conhecendo o humor da tia, defendia Pedro dizendo que ela era muito exagerada e que ele não estava fazendo nada de errado.

Na adolescência é que Pedro passou a ter uma intensificação dessas características, com aumento da ansiedade diante de situações nas quais tinha que realizar alguma atividade na presença de outras pessoas. As vezes ficava tão nervoso que começava a gaguejar e a voz não saía. Não conseguia fazer o lanche no bar da escola, pois temia parecer desajeitado enquanto comia ou emitir ruídos que os outros percebessem. Até a ida ao banheiro era um problema, pois passou a se preocupar com o barulho da urina caindo no vaso, fazendo com que ficasse muito tempo no banheiro esperando uma oportunidade em que ninguém estivesse por perto.

Sua tendência ao isolamento se agravou, distanciando-se das atividades sociais realizadas pela sua turma do ensino médio. As apresentações em sala de aula também tiveram um péssimo resultado, gerando repetidas brincadeiras de vários colegas com o seu jeito de falar e andar, o que o tornou ainda mais introspectivo. Pedro lembra claramente quando faltou a uma aula de literatura para não ter que apresentar um trabalho e que, na aula seguinte, a professora o chamou de surpresa para recuperar a nota apresentando-se sozinho para a turma. Relata que durante a apresentação achou que iria desmaiar de tanta ansiedade e que sentiu que as pernas tremiam e as mãos não conseguiam segurar a folha, enquanto todo mundo o olhava, alguns rindo e outros demonstrando pena. Antes que ele saísse correndo da sala (o que estava prestes a acontecer), a professora encerrou a apresentação e pediu para que se sentasse, dizendo-lhe para se acalmar.

As dificuldades de Pedro passaram a envolver outras atividades, como fazer compras ou interagir com pessoas que o atendiam ou lhe prestavam algum serviço. Pedro evitava a maior parte dessas situações e frequentemente recorria à irmã do meio para ajudá-lo quando necessário, minimizando desta forma os danos provocados pelos seus medos. Os pais foram se habituando a esse “jeito mais isolado” do paciente e não consideravam isso um grande problema, até a mãe presenciar o estado de Pedro durante a crise de ansiedade mais recente.

## **HISTÓRIA ATUAL**

Pedro se sente bem quando está em casa, lendo, ouvindo música, assistindo seriados pela TV e jogando videogame pela internet com pessoas que conhece virtualmente, no que desenvolveu grande habilidade ao longo do tempo. Tem alguns poucos amigos de infância e da época da escola com os quais se encontra muito raramente. Apesar do desejo de ter mais contatos sociais, diz sentir-se vencido pelo medo. Já teve interesse afetivo por algumas colegas de faculdade e por uma colega de trabalho em especial, mas nunca conseguiu se aproximar, o que lhe causa sofrimento e uma “revolta” consigo mesmo.

No trabalho é visto como um funcionário competente na parte operacional, porém retraído. A mudança de cargo para um contato maior com clientes é tida pelos colegas como uma promoção, mas

deixa Pedro aterrorizado, na medida em que se preocupa com o que os clientes estão pensando sobre ele durante os atendimentos. Pedro se vê como um verdadeiro “idiota”, por saber o que precisa dizer, mas não conseguir argumentar no momento em que os clientes o questionam, paralisado pelo nervosismo. Está pensando em pedir demissão, mas ao mesmo tempo precisa do salário. Sente vergonha de nunca ter tido um relacionamento afetivo ou sexual e deseja muito que isso aconteça, no entanto é algo que parece impossível diante da sua ansiedade.

### **AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE**

Pedro mostra-se inseguro e retraído na terapia, porém ao longo das primeiras três sessões, diante da postura empática do terapeuta e da necessidade de compartilhar sua ansiedade, consegue gradativamente falar sobre seus sentimentos e dificuldades. Refere que diante de situações como falar em público tem reações corporais muito desagradáveis como tremor, sudorese, palpitação, falta de ar, boca seca, ondas de calor pelo corpo e pelo rosto. Em alguns momentos chegou a pensar que iria desmaiar ou ter um ataque cardíaco. Quando está atendendo um cliente ou diante de uma pessoa estranha acredita que “está com uma cara de idiota”, que “está sempre dizendo bobagens”, que “a pessoa percebe que está apavorado” e “que não vai conseguir parar de tremer”. Como pela internet nada disso é perceptível, se sente mais seguro e já fez algumas novas amizades, principalmente quando os assuntos giram em torno de jogos para os quais tem elevada habilidade. Nas aulas on-line, entretanto, segue evitando fazer perguntas e desligando a câmera sempre que possível.

Acredita que não irá conseguir muita coisa na vida a não ser que mude, mas não sabe como mudar, por isso cedeu à insistência da mãe em fazer terapia. Tem o sonho de ter uma namorada um dia, mas se considera desajeitado e “burro para conversar”, principalmente quando está próximo de uma pessoa interessante ou atraente. Assim, prefere passar despercebido, mas, ao mesmo tempo, se ressentido da vida que está levando. Em nenhum momento apresentou ideia suicida e o que predomina em seu humor é a ansiedade, que permeia todos os seus sintomas.

Após a fase inicial de avaliação, Pedro demonstrou interesse genuíno em seguir com a terapia e ter mais informações sobre o seu transtorno, bem como sobre as perspectivas de tratamento, apesar de sentir uma ansiedade muito grande em relação ao que o tratamento irá lhe propor e o que terá que enfrentar para lidar melhor com os seus medos.

### **QUESTÕES**

**1. Qual a sua hipótese diagnóstica para o caso? Descreva cinco (5) critérios nos quais você se baseou para chegar a essa hipótese.**

Hipótese Diagnóstica: Transtorno de Ansiedade Social (pode também ser citada a presença de ataque de pânico)

- Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas
- O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (será humilhante, constrangedor, provocará rejeição ou ofenderá a outros)
- As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade
- O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e contexto sociocultural
- O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, normalmente durando mais de seis meses

- O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outra área importante
- O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância ou condição médica
- O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental

**2. Descreva três fatores que você identifica na história do paciente que podem ter contribuído para o desenvolvimento do transtorno.**

- O avô era alcoolista e o pai faz tratamento com medicação antidepressiva e tem características compatíveis com ansiedade social. Apesar da falta de dados pode haver relação com uma predisposição herdada para o transtorno, visto que traços como inibição comportamental são fortemente influenciados pela genética.
- Houve pouco contato com os pais durante a infância, tendo convivido muito com uma tia que o criticava e desqualificava, bem como com uma irmã mais velha que tinha rompantes de raiva e comportamento hostil.
- Parece ter recebido pouco amparo afetivo por parte dos pais, tendo experiências de interação social negativas durante a infância e indícios de *bullying* na adolescência.

**3. Baseado na descrição do caso, cite duas crenças nucleares, dois sentimentos muito prevalentes, dois pensamentos automáticos e duas estratégias mantenedoras de crenças apresentadas pelo paciente.**

- CRENÇAS NUCLEARES: Eu sou burro para conversar, eu sou atrapalhado, eu sou desajeitado, eu sou um idiota
- SENTIMENTOS PREVALENTES: medo, ansiedade, vergonha, angústia, revolta consigo mesmo
- PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS: Estou com uma cara de idiota, estou sempre dizendo bobagens, ele está percebendo que eu estou apavorado, eu não vou conseguir parar de tremer, não vou conseguir muita coisa na vida a não ser que eu mude
- ESTRATÉGIAS MANTENEDORAS DE CRENÇAS: evitar situações sociais ou de desempenho, ficar esperando que todas as pessoas saiam para usar o banheiro, pedir para a irmã do meio fazer as coisas por ele quando envolve contato social, escolher um trabalho que envolva pouco contato social, desenvolver habilidades em jogos virtuais para ter contato com pessoas via internet, faltar aula.

**4. Cite cinco técnicas ou procedimentos essenciais para o tratamento deste paciente.**

- Psicoeducação
- Desvio do foco da ameaça – Técnicas de Treinamento Atencional
- Registro de Pensamentos Disfuncionais - Automonitoramento
- Análise de Custo-Benefício
- Reestruturação Cognitiva
  - Modificação do Viés de Ameaça
  - Modificação do Viés de Vulnerabilidade

- Modificação do Viés de Segurança
- Descatastrofização – Identificação de Erros de Processamento ou Distorções Cognitivas
- Levantamento de Evidências – Questionamento Socrático – Explicações Alternativas
- Normalização do Medo e da Ansiedade
- Fortalecimento da Autoeficácia
  - Treino de Habilidades Sociais
  - Ensaio Comportamental ou Role-Play
- Respiração Diafragmática
- Relaxamento Muscular Progressivo
- Lista de Hierarquia de situações sociais
- Teste Empírico de Hipóteses
  - Exposição Imaginária ou Virtual
  - Exposição com auxílio de modelo
  - Exposição ao Vivo
- Encaminhamento para avaliação psiquiátrica