



**FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS
CERTIFICAÇÃO PARA TERAPEUTAS COGNITIVOS NO BRASIL
EDIÇÃO 2023**

PROVA TEÓRICO-PRÁTICA – XIII CBTC – 18/04/2023

CASO CLÍNICO ADULTO

Nº do candidato ___ **G A B A R I T O** ___

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

Patrícia, 35 anos, mulher cis, homossexual, sem filhos, casada, possui ensino superior completo em Educação Física e atua como *personal trainer freelancer*. Reside com a esposa e com seu cachorro de estimação.

MOTIVO DA BUSCA

Patrícia foi encaminhada para a psicóloga, por um psiquiatra, que iniciou tratamento medicamentoso com Citalopram 20mg, há cerca de 2 meses. A paciente relata que começou a se sentir desanimada há cerca de seis meses, mas que primeiro procurou ajuda com tratamentos alternativos, utilizando alguns óleos essenciais e florais, e fazendo uso de alguns fitoterápicos, mas não viu nenhum efeito. Após um incidente onde não conseguiu acordar para atender um dos seus clientes, devido a sonolência, e uma série de atrasos em seus compromissos, decidiu buscar ajuda médica. A médica a encaminhou para psicoterapia, com indicação para que ela realizasse seu acompanhamento pela Terapia Cognitivo-Comportamental. Como ela não possui mais plano de saúde, ela procurou atendimento em um projeto social, onde é atendida por uma profissional graduada, mas sem especialização na área de indicação do psiquiatra. Na primeira sessão, a psicóloga preferiu ter uma postura mais acolhedora, porque a paciente se apresentou bastante melancólica, chorando com frequência durante seu relato. A paciente não soube dizer se a médica fechou um diagnóstico.

Os sintomas iniciais da paciente, à data da primeira sessão, eram: uma sensação constante de tristeza, que se iniciou há pelo menos três meses e que a acompanha quase todos os dias, pelo dia todo; falta de prazer com praticamente tudo (*“Não tenho vontade de mais nada”, “Sou uma péssima esposa, porque nem transar eu consigo mais”, “Minha vontade é só sumir”*); perdeu bastante peso nos últimos meses porque não tem tido vontade de comer e deixou de realizar seu treino pessoal (*“Eu me preocupava bastante com minha aparência, porque sou minha própria vitrine, mas agora parece que chutei o balde e não consigo achá-lo”*); tem dormido mais do que o habitual e perdeu alguns horários pela manhã com clientes. Relatou que começou a se preocupar com sua situação atual após chegar na academia para acompanhar um cliente, e o cliente ter dito em tom de brincadeira: *“Acho que eu vou ter que começar a gritar com você, porque você parece mais lenta do que eu hoje”*. Na ocasião pensou: *“Meu Deus, estão todos reparando que eu não estou bem. Eu sou um fiasco”*, tendo constantemente pensado depois que *“Nem para a minha profissão eu sirvo”*. Após cerca de duas semanas do início da medicação a paciente relatou que passou a dormir um pouco menos (agora tem dormido cerca de 9h por dia), mas que não reagendou os clientes antigos e passa a manhã vendo TV quando está acordada (*“Se eu pudesse eu me fundiria com meu sofá”*, comentou na primeira sessão).

Nas sessões, não citou nenhum tipo de rede de amigos com quem manteve contato nos últimos meses – ao ser questionada sobre isso, ela foi ríspida ao dizer *“Sou só eu e Mara. Meus amigos não querem saber de mim e meus pais têm muito o que se preocupar. Sou adulta, preciso resolver meus problemas sozinha”*. Relatou que não entrou em contato com os amigos e que, quando eles a procuram, não fala sobre como está. A psicóloga, preocupada com o vínculo, recuou e citou que quando a paciente se sentisse à vontade, poderiam falar mais sobre isso. Sobre o relacionamento com a esposa, disse que estão juntas há 12 anos, estando casadas há 10 anos. Descreve o relacionamento como sendo tranquilo, onde há parceria e bastante diálogo, mas suas falas indicam uma percepção de problemas *“Eu estou me sentindo tão pra baixo, tão triste, que parece que até meu casamento não está dando certo. Uma das coisas que me fez procurar a terapia é porque ela estava preocupada comigo e eu tenho medo de acabar sozinha”*. Questionada sobre as evidências que sustentam esse pensamento, a paciente desconversou e disse apenas que *“Eu a conheço. Eu sei que ela está pensando em me largar. Estou me tornando um estorvo para as pessoas”*.

HISTÓRICO FAMILIAR

Patrícia é a filha mais velha e tem um irmão sete anos mais novo que ainda reside com seus pais. Os pais de Patrícia são idosos - a mãe tem 62 anos e o pai 65 anos - e toda a família reside em uma cidade de médio porte, no interior de Minas Gerais. Ela é a única do núcleo familiar com ensino superior, sendo que seus pais são aposentados (a mãe era professora e o pai trabalhou como marceneiro durante toda a vida) e nunca foram diagnosticados com nenhum transtorno mental. No entanto, a paciente trouxe algumas falas que chamaram a atenção da psicóloga que a acompanha: ela relatou que se lembra da sua mãe muito chorosa e desanimada, sem conseguir dormir direito nos meses que sucederam o nascimento do irmão. Como era muito nova, Patrícia não conseguiu dar detalhes sobre esse período, mas se lembra que uma tia materna cuidou dela por alguns meses até a mãe ficar melhor. Patrícia sabe também que a mãe utiliza medicação para dormir, já que nos últimos dias tem apresentado insônia. Ela descreve o pai como alguém *“cheio de manias”*, muito metódico e sistemático com suas próprias coisas, sendo considerado pela família como alguém complicado.

Patrícia morou fora da sua cidade natal durante os cinco anos da graduação (dos 18 aos 23 anos), mas retornou para casa dos pais ao se formar e residiu lá até ir morar com sua atual esposa, Mara – com quem mora há 10 anos. Os pais demoraram a aceitar o relacionamento da filha, que sofreu preconceito e uma série de microagressões em casa, o que também resultou em múltiplas discussões quando Patrícia assumiu sua homossexualidade e começou a namorar Mara. Os seus pais falavam constantemente que essa era apenas uma fase e que ela apenas estava confusa. Para eles, o relacionamento de Patrícia com outra mulher era um erro. Após alguns anos, a situação se estabilizou

minimamente – eles passaram a criticar menos e tratar Mara de forma respeitosa. Porém, algumas microagressões ainda ocorrem, o que faz com que elas não se sintam à vontade na casa deles e as visitas sejam raras. Patrícia chegou a fazer 8 sessões de terapia, pelo plano de saúde que possuía, para lidar com os efeitos do estresse de minorias sofrido em seu relacionamento com uma pessoa do mesmo sexo. A queixa naquele momento foi porque não estava sabendo como lidar com a reação dos pais ao seu relacionamento com Mara. Ela estava com muita angústia e sentindo-se culpada por sua orientação sexual; teve dificuldades para comer e dormir, perdeu peso e confessa que passou pela sua cabeça desistir de tudo, mas que nunca chegou a planejar nada – esses sintomas foram intensos por cerca de três semanas e atenuaram razoavelmente após o início da terapia. Contudo, o estresse experienciado por Patrícia devido ao preconceito contra diversidade sexual e de gênero, ainda é algo que afeta a sua saúde.

Em relação ao desenvolvimento de Patrícia, seus pais incentivaram que ela se empenhasse em atividades esportivas (ela jogou Handebol durante todo o ensino fundamental e médio) e que ela estudasse para ter uma vida melhor. O apoio deles era, principalmente, na escolha do caminho profissional. Eles diziam sempre que ela seria mais feliz e respeitada se tivesse um diploma. Sobre o histórico afetivo, Patrícia refere que os pais, apesar de terem pouco estudo, sempre tentaram dar o máximo para não faltar nada dentro de casa e que sempre prezaram por sua educação; não eram de brincar com os filhos, mas sempre estavam presentes em suas competições esportivas, torcendo pelo seu sucesso. Ela relata que durante sua infância e adolescência tinha muitas amigas, principalmente com as colegas de time, mas que sempre se viu mais confortável no grupo dos “excluídos”. Sobre sua orientação sexual, Patrícia relata que logo na adolescência percebeu que se atraía por mulheres, mas tinha receio de falar sobre isso com os pais devido ao medo de ser retaliada e/ou castigada por isso. Na época, ela encontrou apoio em uma professora de educação física, que a defendia em momentos em que sofria com comentários preconceituosos dos colegas. A professora em questão parece ter sido importante nessa fase, assim como alguns amigos que a acolheram quando ela assumiu que sentia-se atraída por meninas. Seu primeiro relacionamento afetivo só aconteceu na faculdade, tendo durado cerca de 6 meses, mas foi omitido aos pais.

AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE

Patrícia se apresenta motivada para a terapia, apesar de sua baixa energia. Tem comparecido às sessões presencialmente no turno da noite, estando sonolenta em algumas sessões. Foram realizadas, até então, cinco sessões. Ela relata que, apesar do valor social pelo qual paga, precisa melhorar logo, porque não quer viver dependente de remédio e não quer perder seu casamento. Durante as sessões, é prolixa em seus relatos, mas sua fala é devagar, algumas vezes pedindo para a

profissional repetir o que lhe foi perguntado, porque se distraiu. Ao falar sobre seu relacionamento e trabalho, costuma chorar bastante. Quando questionada sobre isso, afirma que, ocasionalmente, aparece a ideia de que uma palavra que disse foi ruim e que deve se corrigir e ao lutar contra esse pensamento, se perde no assunto. Devido ao choro constante e o relato contínuo de pouca energia para fazer as coisas, a terapeuta se empenhou nos primeiros atendimentos em ser acolhedora, não tendo explicitado sobre o funcionamento estruturado das sessões e deixando as tarefas de casa mais flexíveis, para que a paciente aderisse melhor ao tratamento. A paciente não possui histórico de autolesão ou de planejamento suicida.

Entre a primeira e a segunda sessão, a terapeuta solicitou que ela realizasse um mapeamento da sua rotina, apontando o nível de prazer associado a cada atividade em uma escala de 0 (nenhum prazer) à 5 (muito prazeroso). Nessa tarefa em questão, Patrícia atribuiu 1 para assistir TV (pela manhã), 0 para o trabalho (em todos os dias a tarde), 3 para alguns momentos com seu cão de estimação e 2 para um momento com a esposa. No entanto, disse a terapeuta que sua semana havia sido péssima, que não teve motivação para nada e não fez nada prazeroso. A terapeuta tentou explorar a tarefa, mas foram surgindo falas da paciente que a levaram a questionar aspectos da família e do passado da paciente. A terapeuta sugeriu que Patrícia iniciasse as atividades pelo que era mais prazeroso para ela, que seria importante para ela ganhar energia, e que retornariam a falar sobre isso na próxima sessão.

Na sessão seguinte, a terapeuta volta ao tema de atividades prazerosas e Patrícia já adianta que não fez a tarefa. Disse que a falta de energia a impediu e que, desse jeito, acha que não conseguiria avançar. A terapeuta, então, decidiu mudar de objetivo, passando a trabalhar com os pensamentos disfuncionais sobre si mesma. Ela indicou que Patrícia anotasse seus sentimentos e pensamentos durante a semana. Na sessão seguinte, a paciente também não realizou a atividade. A terapeuta a acolheu, dizendo que as vezes era muito difícil ter energia para realizar algumas coisas simples, mas que poderiam combinar melhor como isso seria feito dali para frente.

Ao final das sessões a terapeuta solicita o feedback e Patrícia relata que se sente bem, porque ali pode falar e desabafar um pouco sobre suas angústias, mas que continua se sentindo desanimada e sem ânimo para fazer as coisas *“Eu me sinto bem aqui, mas quando volto para casa parece que eu só consigo ver os problemas que eu estou criando na minha relação. Além disso, parece que eu e minha relação somos um erro. As pessoas nos veem de forma negativa a todo tempo”*.

QUESTÕES

- 1. A respeito do diagnóstico de Patrícia, responda:**

- a) **Qual hipótese diagnóstica melhor se adequa ao caso descrito? Justifique sua resposta apontando os critérios que te levaram a essa conclusão (Vale 1,5 pontos, sendo 0,75 para o diagnóstico, 0,25 para especificados e 0,5 para no mínimo 5 critérios)**

Transtorno Depressivo Maior – Episódios Recorrentes

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias
3. Perda ou ganho significativo de peso
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias

- b) **Descreva, com suas palavras e como se você estivesse em sessão, como você realizaria a psicoeducação da paciente em questão sobre seu diagnóstico (Vale 1,5 pontos).**

- Modelo cognitivo do diagnóstico;
- Etiologia;
- Fatores associados que podem contribuir (histórico familiar, questões relacionadas à capacidade/incapacidade, estressores relacionados à sexualidade, evitações que contribuíram para manutenção);
- Indicar plano de tratamento.

2. **Técnicas cognitivas executadas de maneira efetiva são fundamentais para intervenções em casos como o de Patrícia. Descreva como você utilizaria intervenções cognitivas em uma sessão específica no caso de Patrícia. Escreva em formato de diálogo, ressaltando falas do terapeuta e da paciente, e sinalize entre parênteses a realização de pelo menos três técnicas cognitivas (Vale 2,5 pontos, sendo 0,83 cada técnica descrita).**

- Modelo A-B-C de identificação;
- Rotulação das distorções cognitivas;
- Seta descendente;
- Definição de termos;
- Análise de custo-benefício;
- Levantamento de evidências;
- Busca de qualidade de evidências;
- Registro de pensamentos disfuncionais;
- Clarificação de valores;
- Declaração de direitos;
- Exame dos erros de lógica;
- Ponto-contraponto;
- Profecias autorrealizáveis;
- Negação dos problemas;
- *Continuum* cognitivo;
- Duplo-padrão.

3. No relato do caso em questão, a terapeuta utilizou as primeiras sessões para executar um objetivo terapêutico que julgou importante para o caso de Patrícia, indicando a realização de atividades prazerosas para a paciente. Sobre essa ação e esse objetivo terapêutico responda:

a) Qual o objetivo de utilizar esse tipo de intervenção para pacientes como Patrícia? (1,25 pontos).

A ativação comportamental tem como objetivo atuar sobre a avolia da paciente, atuando para a modificação de padrões comportamentais consolidados que auxiliam na manutenção desse sintoma. Nesse sentido, a ativação comportamental visa ampliar o repertório de reforçadores positivos comportamentais da paciente a medida em que extingue a evitação como estratégia comportamental primária.

b) Aponte três erros importantes na condução desse objetivo terapêutico conforme foram executados pela terapeuta de Patrícia, indicando, para cada um, como você reformularia essa intervenção (1,5 pontos, sendo aproximadamente 0,50 por erro mencionado).

- Número pequeno de atividades
- Falta de especificadores para a realização das atividades
- Deixar o planejamento das atividades todo para a paciente
- Condução precária da indicação como tarefa de casa e sua posterior avaliação
- Abandono do objetivo terapêutico frente ao insucesso

4. Cite algumas competências multiculturais que a terapeuta de Patrícia deve atentar-se ao reproduzir um atendimento baseado em evidências para a sua paciente (2,0 pontos, sendo 0,5 para cada um dos 4 itens descritos ao final).

Questão anulada em virtude da não conformidade com a Bibliografia Oficial sugerida para o Processo de Certificação de Terapeutas Cognitivos da FBTC.