

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOTERAPIAS COGNITIVAS**

**UM CASO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO INFANTIL
ASSOCIADO À PERDA DA FIGURA PATERNA TRATADO COM TERAPIA
COGNITIVO - COMPORTAMENTAL**

MARIA DE FÁTIMA MOTA KNÜPFER

BELO HORIZONTE

2012

MARIA DE FÁTIMA MOTA KNÜPFER

**UM CASO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO INFANTIL
ASSOCIADO À PERDA DA FIGURA PATERNA TRATADO COM TERAPIA
COGNITIVO - COMPORTAMENTAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientador (a): Profa. Dra. Cintia Fuzikawa

BELO HORIZONTE

2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOTERAPIAS COGNITIVAS
www.sam.medicina.ufmg.br

ATA DA DEFESA DE MONOGRAFIA de **MARIA DE FÁTIMA MOTA KNUPFER** nº de registro 2011670998. No dia **dez de fevereiro de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a Comissão Examinadora indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Psicoterapia Cognitiva, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“UM CASO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO INFANTIL ASSOCIADO À PERDA DA FIGURA PATERNA TRATADO COM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL”**, requisito final para a obtenção do Grau de Especialista em Psicoterapias Cognitivas, pelo Curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivas. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Dra. Rute Velasquez, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Dra. Rute Velasquez

Instituição: Newton Indicação: APROVADA

Paiva

Profa. Cíntia Satiko Fuzikawa

Instituição: UFMG Indicação: APROVADA

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA
recebendo a nota final de 95 pontos.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 10 de fevereiro de 2012.

Dra. Rute Velasquez Rute Velasquez

Profa. Cíntia Satiko Fuzikawa cfuzikawa

Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira/ Coordenador

Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às professoras Cintia Fuzikawa, minha sábia e paciente orientadora, e Rute Velasquez , que lida com a difícil arte de escutar o sofrimento humano e em seu ofício, costura, tece, amarra, tornando por vezes imperceptíveis, grandes marcas no tecido da vida. Agradeço o aprendizado e a acolhida no Ambulatório do Trauma do Hospital das Clínicas da UFMG, que possibilitou esse estudo.

Imensamente, dedico a Sílvia, por compartilhar comigo, no processo psicoterápico, situações vivenciadas de perdas e esperanças.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais: Vicente e Lourdes pelo incentivo e amor. Aos meus filhos: Lucas, João Vítor e Henrique pela compreensão e paciência por todos os finais de semana dedicados ao estudo. Também agradeço ao meu esposo Marcio que com companheirismo e dedicação suavizou minha falta junto aos nossos queridos filhos. Sem o apoio incondicional de vocês esse trabalho seria inviável.

RESUMO

Este estudo visa descrever um caso de transtorno de estresse pós-traumático em uma criança de 9 anos, do sexo feminino, que vivenciou a morte do pai em torno dos cinco anos de idade, alvejado por sete tiros, o que se constituiu em evento estressor intenso, com sérias consequências ao seu desenvolvimento psicológico. A criança passou a apresentar sintomas como choro inconsolável, insônia, inquietação corporal e revivência da morte do pai. Os dados foram coletados ao longo de 16 sessões de psicoterapia na abordagem cognitiva, sendo 4 sessões de avaliação e 12 de tratamento. Foram usadas a psicoeducação, exposição e reestruturação cognitiva. Como resultado da psicoterapia promoveu-se o enfrentamento da situação estressora, refletido na redução das crises de choro inconsolável que estavam associadas à lembrança da perda paterna.

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Psicoterapia Cognitivo-Comportamental. Criança. Luto.

ABSTRACT

We describe a case of posttraumatic stress disorder in a nine year old girl whose father was murdered when she was about five. Her father's death was a highly traumatic event that led to serious consequences in her psychological development. She started presenting symptoms such as uncontrollable crying spells, insomnia, restlessness and intrusive recollections of her father's death. Data were collected throughout sixteen cognitive-behavioural psychotherapy sessions including four assessment and twelve treatment sessions. Psychoeducation, exposure and cognitive restructuring techniques were used. As a result of the psychotherapeutic process, she was able to cope with the traumatic event, and this led to a reduction in the crying spells that were associated with the recollection of her father's death.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder. Cognitive-Behavioural Therapy. Child. Bereavement.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

APA – *American Psychiatric Association*

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão

DSM-III-R – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 3ª Edição

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª Edição

NCS – *National Comorbidity Survey*

PA – Pensamento automático

OMS – Organização Mundial da Saúde

RPD – Registro de pensamentos desadaptativos

TCC – Terapia cognitivo-comportamental

TDHA – Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

TEPT – Transtorno de estresse pós-traumático

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
2. PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	11
2.1 Psicoterapia cognitivo-comportamental para crianças	13
3. PSICOTERAPIA COGNITIVA NO TEPT	15
3.1 Modelo Cognitivo do TEPT de Ehlers e Clark.....	15
3.1.1 Estratégias comportamentais e estilos de processamento cognitivo maladaptativos.....	16
3.2 Tratamento.....	18
3.2.1 Exposição	18
3.2.2 Psicoeducação.....	20
3.2.3 Reestruturação Cognitiva.....	20
4. ESTUDO DE CASO	22
4.1 A história de Sílvia	22
4.2 Diagnóstico psiquiátrico segundo CID-10	24
4.3 Conceptualização Cognitiva.....	24
4.4 Estruturação do tratamento.....	27
4.5 Técnicas durante o tratamento	29
4.5.1 Livro “Eu e meu Pai” – Exposição in vitro e reestruturação cognitiva	30
5. RESULTADOS.....	32
6. CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS.....	34
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	38
ANEXO 2 - DESENHOS DO LIVRO “EU E MEU PAI”	40
ANEXO 3 - DESENHO DO PAI MORTO	43

INTRODUÇÃO

Considerado como um transtorno mental crônico, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é desencadeado por uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, a qual causa, provavelmente, angústia invasiva a maioria das pessoas. Esse evento estressante pode ser um desastre natural ou oriundo da atividade humana, combate, acidente sério, testemunhar a morte violenta de outros ou ser vítima de tortura, terrorismo, estupro ou outro crime no qual haja ameaça à integridade física do indivíduo ou de uma ou mais pessoas amadas. Um conjunto de sintomas que envolvem a revivência intrusiva, a evitação, o entorpecimento e a excitabilidade aumentada resultando em sofrimento clínico ou prejuízo funcional significativo caracteriza o TEPT (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

O *National Comorbidity Survey (NCS)* – extenso estudo epidemiológico americano - utilizando os critérios do DSM-III-R, estimaram a prevalência do TEPT em 7,8% da população geral, distribuídos em 5,0% dos homens e 10,4% das mulheres (APA, 1980). De acordo com o DSM-IV, a prevalência do TEPT, na população geral, varia de 1 a 14%, enquanto em populações de risco (composta, por exemplo, por veteranos de guerra, vítimas de catástrofes e violência criminal), esse índice varia de 3 a 58% (APA, 1994). No Brasil, o estudo de Berger et al. (2007) apud Ventura et al. (2011) mostrou prevalência de 5,6% para TEPT total e 15% para TEPT parcial em 234 bombeiros. Em estudo Maia e Cols (2007) observaram prevalência de 8,9% em 115 policiais do estado de Goiás; 16% dos participantes preenchem critérios diagnósticos para TEPT parcial (VENTURA et al., 2011 in RANGÉ et al., 2011).

Além da prevalência não desprezível, a presença desse quadro é um fator de risco para a manifestação de outros transtornos, sobretudo àqueles de ansiedade, alimentares, humorais, TDAH, de abuso de álcool e outras drogas. Considerado como uma condição clínica primária o TEPT pode ter como consequência a persistência de padrões desadaptativos na vida adulta. É conhecido que indivíduos acometidos por esse transtorno apresentam sofrimento intenso e prejuízos clínicos, sociais e econômicos correlacionados à alteração do humor, sono e memória, diminuição da produtividade no trabalho e, inclusive, aposentadoria

precoce (KRISTENSEN, SCHAEFER, MELLO, 2011 apud OLIVEIRA, ANDRETA, 2011).

No que tange ao tratamento do TEPT, uma variedade de estudos randomizados e controlados têm indicado a eficácia das diferentes abordagens cognitivo-comportamentais, com ênfase na terapia cognitiva-comportamental (TCC) focada no trauma (CAMINHA, KRISTENSEN, DORNELLES, 2007 apud MEDEIROS, KRISTENSEN, 2010).

Dado a prevalência, o impacto e as possíveis consequências do TEPT, além da relevância da TCC como uma das principais formas de tratamento, a proposta desse trabalho foi fazer o estudo descritivo de um caso de TEPT em uma criança de nove anos, sob a perspectiva cognitivo-comportamental.

2. PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Inicialmente, a terapia cognitivo-comportamental aceita como uma abordagem interativa foi desenvolvida por Aaron Beck no começo da década de 60 (BECK, FREEMAN, 1993 apud OLIVEIRA, ANDRETA, 2011).

O modelo cognitivo parte do princípio de que não importam os fatos em si, mas os significados atribuídos aos acontecimentos são os fatores determinadores de nossos sentimentos, nossas reações físicas e, conseqüentemente, de nossos comportamentos. A TCC trabalha com a identificação e reestruturação de três níveis de cognição: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares (PEREIRA, RANGÉ, 2011 in RANGÉ et al., 2011).

Segundo os mesmos autores, os pensamentos automáticos (PAs) correspondem ao nível de cognição mais superficial na terapia cognitiva: são espontâneos, telegráficos, repetitivos, sem questionamento quanto à sua veracidade ou utilidade e são acompanhados de uma forte emoção negativa frente as mais variadas situações do cotidiano. São ideias prontamente disponíveis sobre um acontecimento ou situação, cujo conteúdo pode ser realístico ou distorcido. Quando distorcidos, os conteúdos são, geralmente, disfuncionais (catastróficos, negativos), gerando emoções perturbadoras e comportamentos desadaptados, como a esquiva fóbica, destinados a neutralizá-los. Esse é o nível de cognição mais facilmente identificado pelo paciente.

As crenças intermediárias são o segundo nível de cognição criado por Beck em seu modelo; são as regras e pressupostos criados pelo indivíduo para que ele possa conviver com as ideias absolutas, negativas e não adaptativas, que tem a respeito de si. Funcionam como um mecanismo de sobrevivência que o auxiliam a lidar e a se proteger da ativação extremamente dolorosa das suas crenças nucleares (PEREIRA, RANGÉ, 2011 in RANGÉ et al., 2011).

Pereira e Rangé (2011) citado por Rangé et al. (2011), afirmam que crenças nucleares são o terceiro e mais profundo nível de cognições e têm suas origens nas experiências infantis. Têm uma forma absoluta, negativa e rígida sobre aquilo que o indivíduo pensa sobre si. São mais difíceis de serem acessadas e modificadas; resultam da interação da natureza genética do indivíduo e de sua hipersensibilidade pessoal à rejeição, ao abandono, à oposição, às dificuldades inerentes a se estar

vivo e de componentes externos de seu ambiente, que podem reforçar ou atenuar fatores positivos e negativos da natureza geneticamente determinada do indivíduo.

A TCC tem como objetivo produzir mudanças nos pensamentos, nos sistemas de significados, além de uma transformação emocional e comportamental duradoura, e proporcionar autonomia ao paciente, alcançando assim o alívio ou a remissão total dos sintomas (BECK, 1993 apud OLIVEIRA, ANDRETA, 2011). Utiliza a correção de distorções cognitivas como forma de modificar os pensamentos, comportamentos e as emoções, em um processo chamado de reestruturação cognitiva. Espera-se que ao longo da terapia ocorram dois tipos de mudanças: nos pensamentos automáticos e nas crenças subjacentes – crenças intermediárias e crenças nucleares (PEREIRA, RANGÉ, 2011 in RANGÉ et al., 2011).

A terapia cognitiva proposta por Beck é uma abordagem estruturada, diretiva e colaborativa, com um forte componente educacional, orientada para o aqui e agora, de prazo limitado, focal e baseada na conceitualização cognitiva. É indicada por sua eficácia cientificamente comprovada para o tratamento de uma série de transtornos mentais como depressão, ansiedade, transtornos de personalidade, esquizofrenia, entre outros. Requer uma relação terapêutica sólida e empática e uma avaliação diagnóstica cuidadosa, fundamentais ao sucesso do tratamento (PEREIRA, RANGÉ, 2011 in RANGÉ et al., 2011).

Primeiramente, a TCC foi desenvolvida visando o atendimento de adultos, pois a maioria das técnicas utilizadas requer certo grau de maturação cognitiva. Porém, no início da década de 1980, os trabalhos relacionados ao tratamento de crianças com TCC começam a ser desenvolvidos com maior frequência e consistência (CAMINHA, CAMINHA, 2007 apud OLIVEIRA, ANDRETA, 2011). Uma discussão importante ao longo dos últimos anos foi sobre a efetividade da utilização das técnicas cognitivas no atendimento de crianças, que ainda se encontram naturalmente em processo de desenvolvimento cognitivo (REINECKE, DATILLO, FREEMAN, 1998 apud OLIVEIRA, ANDRETA, 2011). Nesse sentido, entende-se que a psicoterapia infantil apresenta várias peculiaridades. Esse campo de intervenção não é plenamente efetivo se promover apenas uma transposição das teorias e técnicas desenvolvidas para um adulto. É fundamental considerar-se as diferenças no desenvolvimento dos esquemas afetivos, cognitivos, motivacionais, comportamentais e de controle de crianças em relação aos adultos, o que força o psicoterapeuta a desenvolver seus conhecimentos tanto acerca de psicopatologia

infantil, os aspectos evolutivos relacionados ao desenvolvimento cognitivo, quanto sobre teorias de desenvolvimento emocional, motivacional e físico na infância (CAMINHA, CAMINHA, 2007 apud OLIVEIRA, ANDRETA, 2011).

2.1 Psicoterapia cognitivo-comportamental na infância

Petersen, Wainer (2011), ressaltam a importância de incorporar no tratamento infantil os elementos essenciais nos protocolos baseados em evidências das TCCs, com flexibilidade de acordo com os problemas específicos de cada criança e suas famílias, levando em conta seu contexto social, histórico e cultural. Outro fator essencial é que na ciência haja espaço para o encontro humano com empatia, disposição de ajuda e gosto pelo brincar por parte do terapeuta. Avaliam que o maior desafio do terapeuta é associar ciência e arte na intervenção. A ciência nos fornece achados prévios importantes e nos instiga a investigar e a arte do encontro humano possibilita a vivência necessária para resultados favoráveis em psicoterapia.

Caminha, Caminha e Soares (2011) in Rangé et. al. (2011), afirmam que as entrevistas com crianças deverão sempre incluir objetos lúdicos, desde que com objetivos direcionados ao foco dos problemas apresentados. O brincar na TCC deve ter um propósito claro por parte do terapeuta, que deve usar linguagem adaptada à fase de desenvolvimento da criança. O uso de personagens e desenhos infantis, por exemplo, podem auxiliar na identificação de emoções e comportamentos associados. Utilizar fantoches pode auxiliar de forma significativa num *role play* que exemplifique as habilidades sociais da criança. Os desenhos podem elucidar cenas importantes da rotina e da dinâmica familiar. Um jogo poderá demonstrar como a criança lida com regras e frustração.

Para Bungue (2003) citado por Petersen e Wainer (2011), o jogo é uma conduta inata e aprendida, com funções evolutivas de adaptação e com características terapêuticas que favorecem mudanças cognitivas e comportamentais. O jogo facilita a aproximação e interação.

Bomtempo (1999) citado por Petersen e Wainer (2011), aborda a brincadeira na literatura como não só um divertimento, mas também um recurso

facilitador da aprendizagem que leva ao desenvolvimento dos processos cognitivos e de comportamentos socialmente aceitos.

Já Stallard (2007), afirma que a criança sofre influências sistêmicas importantes que afetarão positiva ou negativamente os resultados da terapia e que a influência mais importante é a dos pais ou responsáveis. Reconhece a necessidade de envolvimento dos pais na TCC focada na criança. O papel destes vai desde *Facilitador*, em que participam de sessões de psicoeducação destinadas a ensinar-lhes o modelo cognitivo e informá-los as habilidades que seus filhos estarão aprendendo, até o de *Co-terapeuta*, em que eles participam do mesmo programa de tratamento que a criança, tendo como objetivo facilitar a transferência e o uso de habilidades no próprio ambiente da criança. Em alguns programas, além da criança receber a TCC para ajudá-la a tratar de seus problemas, os pais recebem auxílio para as próprias dificuldades ou aprendem novas habilidades tais como manejar ou resolver conflitos.

Para Caminha e Caminha (2007), o modelo cognitivo é perfeitamente cabível ao tratamento na infância, desde que se tenha em vista que a maturidade das funções superiores das crianças é limitada, tendo muitas vezes como ponto de partida emoções e o comportamento, ao invés de pensamentos automáticos e outros níveis superiores de cognição (CAMINHA, CAMINHA, FONTENELLE, SOARES, 2011 in RANGÉ et al., 2011).

3. PSICOTERAPIA COGNITIVA NO TEPT

Existe uma gama de fatores que influenciam o desenvolvimento do TEPT, que vão desde fatores de predisposição genética, por exemplo: a vulnerabilidade genética para respostas de hipervigilância e estresse, até a complexidade da plasticidade e do amparo social que o indivíduo que sofre uma situação traumática possui (CAMINHA, 2005).

Uma série de estudos randomizados e controlados tem indicado a eficácia da TCC para o tratamento do TEPT. Entre os diferentes componentes da TCC nos transtornos de ansiedade, as técnicas de exposição foram aquelas que mais se desenvolveram ao longo das últimas décadas (CAMINHA, KRISTENSEN, DORNELLES, 2007 apud MEDEIROS, KRISTENSEN, 2010).

3.1 Modelo Cognitivo do TEPT de Ehlers e Clark

Há vários modelos cognitivos do TEPT. O modelo de Ehlers e Clark (2000) oferece diretrizes para a terapia e tem obtido evidências de eficácia e efetividade em estudos com adultos e em um ensaio randomizado com crianças. Esses autores propuseram que o TEPT se torna persistente quando a informação traumática é processada de uma maneira que leva a um sentimento de ameaça intensa no presente (EHLERS, CLARK, 2000).

Pressupõe-se que indivíduos com TEPT persistente, ao contrário dos indivíduos que melhoram espontaneamente, não conseguem ver o trauma como um evento limitado no tempo, sem influências globais negativas para seu futuro. O modelo propõe que esses indivíduos são caracterizados por avaliações negativas idiossincráticas do evento traumático e/ou de suas sequelas que têm como efeito criar um sentimento de ameaça atual. Essa ameaça pode ser tanto externa quanto interna. Pode haver supergeneralização a partir do evento e, como consequência, os indivíduos percebem uma gama de atividades normais como sendo perigosas. Podem exagerar a probabilidade de eventos catastróficos em geral ou tomar para si

o trauma ocorrido tanto com eles quanto aos outros, como evidência para avaliações do tipo “coisas ruins sempre acontecem comigo”. Pode também haver interpretações negativas sobre os sintomas apresentados, por exemplo, “estou enlouquecendo”; sobre o evento em si e sobre as sequelas, por exemplo, “os outros não se importam comigo”. A percepção de ameaça atual é acompanhada de intrusões, de revivência, sintomas de excitabilidade aumentada e outras respostas emocionais (EHLERS, CLARK, 2000).

Além disso, segundo o modelo, no momento do trauma ocorrem altos níveis de estimulação e a memória traumática é precariamente integrada a outras memórias autobiográficas, podendo ser disparada de maneira não intencional por uma ampla gama de gatilhos. Os autores afirmam não haver um “localizador no tempo” para a memória traumática, que comunicaria ao indivíduo que o evento ocorreu no passado. Dessa forma, quando os conteúdos intrusivos chegam à memória o indivíduo tem a sensação de que o evento está ocorrendo novamente (EHLERS, CLARK, 2000).

3.1.1 Estratégias comportamentais e estilos de processamento cognitivo maladaptativos

A percepção de ameaça atual também ativa uma série de respostas comportamentais e cognitivas que visam reduzir a ameaça percebida e o sofrimento no curto prazo, mas tem como consequência a resistência à mudança cognitiva, perpetuando o transtorno. Segundo Ehlers e Clark (2000), a estratégia selecionada apresenta correlação com as avaliações que o indivíduo fez do trauma e/ou de suas sequelas e de suas crenças gerais sobre a melhor maneira de lidar com o trauma. Essas estratégias que tinham a intenção de controlar a ameaça e os sintomas são maladaptativos porque mantêm o TEPT através de três mecanismos:

1. Produzindo sintomas de TEPT diretamente;
2. Impedindo a mudança nas avaliações negativas do trauma e/ou de suas sequelas;
3. Impedindo a mudança na natureza da memória traumática.

Supressão do pensamento é uma das estratégias cognitivas maladaptativas, de cunho evitativo, que aumenta os sintomas de TEPT. Se os pacientes se esforçam para tirar os pensamentos sobre o trauma da mente, isso irá aumentar a frequência das revivências intrusivas indesejadas. Indivíduos com TEPT persistente podem tentar manter suas mentes constantemente ocupadas com outras coisas ou ainda, pensar no evento de maneira não emocional, deixando de fora as partes com maior impacto emocional. Os esforços para não pensar sobre o evento impedem que os indivíduos elaborem a memória traumática e a ligação da experiência com seu contexto no tempo, espaço, informações anteriores e posteriores e outras memórias autobiográficas. Também impedem mudanças na avaliação sobre o que ocorreria se pensassem sobre o trauma, por exemplo, "eu iria enlouquecer". Evitar coisas que lembram o trauma mantém o TEPT por impedir uma mudança na avaliação problemática da memória, por exemplo, "se eu encontrar..., o trauma vai acontecer de novo" e uma mudança na natureza da memória (EHLERS, CLARK, 2000).

Os mesmos autores afirmam que também ocorre que comportamentos usados para controlar alguns sintomas do TEPT podem aumentar outros, por exemplo, tentativas de evitar pesadelos indo dormir muito tarde ou acordando muito cedo podem aumentar os sintomas de dificuldade de concentração, irritabilidade e alienação.

A atenção seletiva a sinais de ameaça é outro exemplo de processo cognitivo que pode aumentar a frequência de intrusões e emoções relacionadas ao trauma (EHLERS, CLARK, 2000).

Os comportamentos de segurança também têm caráter evitativo e impedem a mudança na avaliação do evento traumático ou suas sequelas. Essas são ações que os indivíduos fazem para prevenir ou minimizar catástrofes futuras antecipadas. Comportamentos de segurança impedem a desconfirmação da crença de que a catástrofe temida irá ocorrer se a pessoa não tomar as ações preventivas. Indivíduos que foram atacados em casa podem passar a dormir sempre com uma faca ao lado da cama para minimizar o risco de ser morto por outro invasor. Outro exemplo é evitar dirigir após a ocorrência de um acidente de carro por causa de crença irrealista sobre a probabilidade de novos acidentes (EHLERS, CLARK, 2000).

3.2 Tratamento

Schreiner (2005) aponta que um aspecto fundamental para o tratamento é a cessação da exposição ao evento estressor; sem que se consiga esta situação, será impossível realizar qualquer tipo de tratamento funcional. Ressalta ainda para importância do vínculo terapeuta-paciente, que deverá estar consolidado, uma vez que pessoas que foram expostas a eventos traumáticos tendem a não querer falar sobre o evento ou gerar memória do acontecimento. A TCC então usa justamente a memória para recriar a cena traumática.

O tratamento passa por três objetivos:

1. Reduzir a revivência através da elaboração da memória traumática e discriminação dos gatilhos, assim como integrar a memória traumática dentro da memória autobiográfica existente;
2. Abordar as avaliações negativas do evento e de suas sequelas;
3. Mudar as estratégias de evitação/distanciamento afetivo que impedem o processamento da memória e a revisão das avaliações.

Para isso, as estratégias mais comumente usadas são a exposição, a psicoeducação e a reestruturação cognitiva. No tratamento infantil, as técnicas utilizadas no tratamento do TEPT são as mesmas, com algum ajuste e o desenvolvimento da terapia ocorre de forma similar. A diferença em relação à terapia realizadas com adultos é que o tratamento com crianças requer envolvimento direto dos pais (BOUCHARD et al. 2004 apud CAMINHA, 2005).

3.2.1 Exposição

A exposição a estímulos provocadores de ansiedade é o passo final do rompimento da conexão entre estímulo e resposta. Para combater o ciclo de reforço

causado pela evitação, o paciente é auxiliado a confrontar situações estressantes ou estímulos provocadores de ansiedade, enquanto aplica os métodos de reestruturação cognitiva e de relaxamento. A maioria das terapias de exposição utiliza o método de dessensibilização sistemática, que envolve o desenvolvimento de uma hierarquia de estímulos temidos usada para organizar o protocolo de exposição gradual a fim de superar a ansiedade em um passo de cada vez (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008). Existem três modos de exposição, exposição *in vitro*, *in vivo* e *in virtuo*.

A terapia de exposição *in vitro* também é conhecida como exposição imaginária, imagística ou por imagens mentais. Favorece a revivência repetida do trauma em imaginação, o que possibilita processar as recordações, permanecendo com os pensamentos traumáticos até que a ansiedade e o sofrimento relacionado a eles diminuam. A fundamentação dessa revivência é ajudar o indivíduo a obter o controle sobre as recordações em vez de deixar as recordações controlá-lo (KRISTENSEN, SCHAEFER, MELLO, 2011 apud OLIVEIRA, ANDRETA, 2011).

Na exposição *in vivo*, o paciente é confrontado direta e gradualmente às situações temidas, ou seja, o paciente precisa experienciar a situação ansiogênica ou temida. Por exemplo, ir a um ofidário, para quem tem medo de cobra. Obtendo-se assim, a dessensibilização do sujeito para a situação ou estímulos que causem ansiedade. Expor o paciente a situações provocadoras de ansiedade são usadas para desconfirmar as interpretações de ameaça dos sintomas ansiosos (KRISTENSEN, SCHAEFER, MELLO, 2011 apud OLIVEIRA, ANDRETA, 2011).

Por outro lado, na abordagem de exposição *in virtuo* o paciente é exposto à situação ansiogênica virtualmente. Assim, ele não necessita ser exposto ao estímulo ansiogênico da mesma forma que na exposição *in vivo*, eliminando a necessidade de deslocamento até o *setting in vivo*. Também não há necessidade de esforço para imaginar a situação como na exposição *in vitro*. Monta-se a situação em cenário virtual. O paciente senta-se em frente ao computador e vivencia a situação como se ela estivesse acontecendo na realidade (KRISTENSEN, SCHAEFER, MELLO, 2011 apud OLIVEIRA, ANDRETA, 2011). Outra estratégia usada para abordar a natureza da memória traumática inclui usar narrativas escritas sobre a memória traumática.

3.2.2 Psicoeducação

A psicoeducação, outra técnica bastante difundida no tratamento do TEPT, é iniciada após a solidificação da aliança terapêutica. Primeiro, usam-se técnicas de cunho educativo explicando ao paciente que os sintomas de TEPT (especialmente as intrusões, o distanciamento afetivo e a excitabilidade aumentada) são reações iniciais comuns a um evento anormal. Esse ponto é enfatizado revendo os sintomas do paciente em detalhe e mostrando como alguns dos aspectos mais intrigantes dos sintomas, por exemplo, a qualidade de “aqui e agora” das memórias ou ficar sensível/emotivo sem razão aparente, são marcas registradas do transtorno. Em segundo lugar, aponta-se que muitas maneiras com as quais o paciente tem lidado com a memória traumática podem ter sido úteis para lidar com outros estressores, mais leves, em sua vida, mas paradoxalmente, podem estar mantendo os seus sintomas na situação atual. Terceiro, explica-se que o tratamento envolve elaboração do evento estressor de maneira completa, assim como reverter os fatores que o mantêm. Explica-se ainda que as lembranças são sentidas no “aqui e agora” porque não estão integradas às outras informações autobiográficas (EHLERS, CLARK, 2000) e fornecem-se informações sobre o modelo cognitivo, identificação de pensamentos automáticos etc.

Essas informações podem produzir um efeito benéfico por si só, pois possibilitam ao paciente e seus familiares compreenderem os sintomas do TEPT. Além disso, também os preparam para o processo de TCC.

3.2.3 Reestruturação Cognitiva

Outro elemento importante a ser considerado no tratamento do TEPT é a correção das distorções cognitivas. Através da psicoeducação o paciente irá entender e aprender a monitorar, num primeiro instante, as ocasiões em que seu humor sofrer algum tipo de alteração; nesse momento, ele deverá estar atento aos pensamentos que estão passando em sua cabeça. Em seguida, o paciente aprenderá a mediar os pensamentos denominados automáticos, ou seja, ele será

capaz de questionar as evidências que sustentam aqueles pensamentos automáticos, verificando se há erros de processamento e utilizar técnicas que possibilitam a mediação e a correção de distorções cognitivas (SCHREINER, 2005).

4. ESTUDO DE CASO¹

Sílvia desenvolveu TEPT ao perder o pai alvejado por sete tiros quando tinha aproximadamente cinco anos. Desde então, localiza nessa vivência, sua ruína. Em suas palavras: *“depois que meu pai morreu, eu perdi tudo... agora estou no abrigo”* (sic). A seguir descreveremos o caso clínico e o tratamento no qual foram usadas intervenções da TCC, a fim de que Sílvia pudesse desenvolver estratégias de enfrentamento e elaborar o luto pela morte do pai, abrandando seus sintomas associados ao TEPT.

4.1 A história de Sílvia

Trata-se de uma criança do sexo feminino, de nove anos, de aparência bem cuidada, é vaidosa, estudante do terceiro ano do fundamental, residente de abrigo misto destinado a crianças de até 12 anos, pertencente ao projeto filantrópico Criança Feliz ligado à igreja Batista e subsidiado pela prefeitura de Belo Horizonte, sua cidade natal. Chegou ao Ambulatório do Trauma do Hospital das Clínicas da UFMG para iniciar processo terapêutico em agosto de 2011, sob a orientação judicial, por apresentar constantes crises de choro inconsolável sem motivo aparente, além da recusa à possibilidade de adoção internacional.

A paciente perdeu o pai de forma trágica, alvejado por sete tiros, quando ela tinha por volta dos cinco anos. *“Ele namorava uma mulher casada”* (sic). Sílvia é a primogênita de mais quatro irmãos, sendo que dois deles nasceram após a morte de seu pai, frutos de outros dois relacionamentos de sua mãe.

Antes da morte do pai, Sílvia morava na casa da avó paterna Sandra, junto a seus pais e dois irmãos: Pedro de oito anos e Renata de seis anos. No dia em que o pai morreu, sua mãe - Patrícia - foi buscá-la na escola para a avó Sandra dar-lhe a notícia. Ela participou do velório: *“eu e minha avó fomos as únicas que não*

¹ Todos os nomes próprios, constantes nesse relato, são fictícios a fim de preservar a identidade das pessoas envolvidas.

dormimos” (sic) e do enterro. Pouco depois, foi morar com sua mãe e irmãos na casa da avó materna - Leandra, num ambiente pouco propício à educação de crianças: barraco de três cômodos, no qual dividiam o espaço com avós, quatro tios maternos, perfazendo um total de onze membros. Dois tios são suspeitos de envolvimento com tráfico, a paciente convivia em meio ao preparo de drogas, num ambiente de abandono. Nesse meio tempo chegou a voltar para casa da avó paterna por curto período e depois retorna novamente à casa da avó Leandra. Sua mãe saía muito e deixava-a sozinha cuidando dos irmãos. A paciente desde então preparava comida e mamadeira para a irmã caçula. Houve denúncia por parte dos vizinhos, ao Conselho Tutelar, que acionou o Juizado da Infância e Juventude, culminando no abrigamento de Sílvia e seus três irmãos menores, em agosto de 2009. Após esse período Sílvia ganhou seu último irmão no ano passado (2011). Ela passou então pelo processo de separação de sua mãe, avós, tios e dois irmãos. Ela e o Pedro foram para o mesmo abrigo, sendo que Renta e Cristina foram para outra instituição.

O juizado deu à Patrícia oportunidade de promoção de seus comportamentos, a fim de que pudesse conseguir melhora de sua conduta em relação aos filhos e reobter a guarda, mas não houve sucesso e a mesma foi destituída do poder familiar em 30/08/2010. A partir de então, Sílvia e seus três irmãos foram para a lista de adoção, perdendo o direito de receber visitas de parentes.

No começo de 2011, suas duas irmãs, Cristina de três anos e Renata de seis, foram adotadas por uma mesma mãe. Sílvia marcou reunião no juizado e pediu para ser adotada juntamente com as irmãs. Teve que desistir da ideia, porque “*a mãe delas só queria duas filhas*” (sic).

Taís, uma enfermeira com cerca de 30 anos, solteira, a amadrinhou no abrigo e chegou a mostrar interesse por adotá-la, mas por motivos pessoais acabou retrocedendo. Até hoje mantém contato e busca Sílvia para passar férias e finais de semana em sua casa.

Ana, assistente social do abrigo relatou em entrevista que uma alternativa para Sílvia e seu irmão Pedro seria irem para lista de adoção internacional, uma vez que estão com 8 anos (Pedro) e 9 anos (Sílvia), o que reduz muito suas chances de adoção em nosso país. Essa hipótese foi rechaçada veementemente por Sílvia, até então.

4.2 Diagnóstico psiquiátrico segundo CID-10

De acordo com a classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993) para que seja feito o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, é necessário que estejam presente as seguintes condições: episódios de repetidas revivências do trauma sob a forma de memórias intrusas (*flashbacks*) ou sonhos, ocorrendo contra o fundo persistente de uma sensação de “entorpecimento” e embotamento emocional, afastamento de outras pessoas, falta de responsividade ao ambiente, anedonia e evitação de atividades e situações recordativas do trauma. Comumente há medo e evitação de indicativos que relembram ao paciente o trauma original. Há usualmente um estado de hiperexcitação autonômica, com hipervigilância, uma reação de choque aumentada e insônia. Ansiedade e transtornos do humor, assim como anormalidades do comportamento, podem estar associados aos sintomas.

Sílvia preencheu os critérios para *flashback* ou revivência súbita do trauma - morte paterna e suas consequências - separação de suas irmãs e mãe quando foi para o abrigo; esquiva de situações que trariam as lembranças mentais intrusivas: perda de sua família; excitabilidade aumentada com inquietação corpórea e dificuldade de concentração apresentada na escola, além de distúrbios do sono; falta de responsividade ao ambiente nos momentos de revivência; e ansiedade, angústia com choro inconsolável, palpitações, enjoos e tremores nas pernas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

4.3 Conceptualização Cognitiva

A conceptualização cognitiva, formulação de caso, enquadre cognitivo do caso ou conceituação do caso funciona como um mapa que orienta o trabalho a ser realizado com o paciente (BECK, 1997 apud NEUFELD, CAVENAGE, 2010).

Abrange uma coleta de dados de todas as queixas relatadas pelo indivíduo. Dentre estes dados estão a explicação do motivo para o desenvolvimento dessas dificuldades, bem como daquilo que as mantêm, e a possibilidade de realização de

previsões sobre seu comportamento considerando determinadas condições. Também faz parte desta estratégia de tratamento, o desenvolvimento de um plano de trabalho para intervir nas demandas do cliente ao longo da terapia.

Durante a coleta de dados, é feita uma lista de problemas do paciente que serão organizados de acordo com prioridades, segundo as quais os problemas serão abordados na terapia. Essa ordenação poderá ser feita levando em consideração vários critérios, como por exemplo, o papel de ameaça à integridade física do cliente, a complexidade das demandas ou a centralidade do problema na vida do indivíduo (RANGÉ, 2004 apud NEUFELD, CAVENAGE, 2010). A conceptualização cognitiva do caso atendido é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Conceptualização cognitiva do caso atendido.

LISTA DE PROBLEMAS
Situações:
1. Morte do pai;
2. Negligência materna;
3. Abrigamento;
4. Separação dos irmãos;
5. Recusa a possibilidade de adoção no exterior.
Sintomas:
1. Crises de choro;
2. Insônia;
3. Inquietação corpórea;
4. Redução da atenção;
5. Memórias intrusivas e revivência – cenas da morte do pai e separação de seus familiares.
DIAGNÓSTICO CID-10
1. Revivência súbita do trauma;
2. Hiperexcitabilidade com inquietação corpórea e falta de concentração na escola, além de pesadelo;
3. Angústia e choro fácil;
4. Esquiva de situações que lembram o trauma – evitava falar de seu passado no início da terapia.

TRIÁDE COGNITIVA		
Visão de si	Visão de mundo	Visão de futuro
Sou sozinha no mundo.	O mundo não é bom, perco as pessoas que amo.	Nunca mais terei uma família.
Crenças Centrais:		
Meu pai morreu, minha mãe me abandonou, a mãe adotiva de minhas irmãs não me quer, minha madrinha desistiu da adoção: <i>“Eu não presto, estou fadada a ser abandonada”</i> - desamor.		
Crenças Intermediárias – Regras:		
Se as pessoas de quem dependo me abandonam, vou cuidar de quem dependa de mim;		
Para que gostem de mim, tenho que ser alegre;		
Devo evitar alimentar esperanças de uma nova família.		
Estratégias Compensatórias:		
Cuida das crianças menores do abrigo;		
Esforça-se para evitar o conteúdo traumático;		
Recusa da possibilidade de adoção internacional.		
Situação 1	Situação 2	Situação 3
Morte do Pai.	Abrigamento.	Recusa de seu pedido de adoção pela mãe adotiva das irmãs.
Pensamento Automático (P.A.)	Pensamento Automático (P.A.)	Pensamento Automático (P.A.)
Perdi tudo.	Ninguém me quer.	Jamais serei adotada.
Significado do P.A.	Significado do P.A.	Significado do P.A.
Estou desamparada.	Não tenho valor próprio.	Não presto.
Emoções	Emoções	Emoções
Tristeza.	Tristeza.	Desesperança.
Comportamentos	Comportamentos	Comportamentos
Choro inconsolável.	Cuidar das crianças menores.	Recusa adoção internacional.
HIPÓTESE DO TRABALHO		
Situações Precipitantes ou Ativadoras:		

Morte do Pai.
Fatores Predisponentes:
Idade na época do trauma, ausência de suporte social-afetivo.
Fatores Perpetuadores:
Abandono da mãe, separação dos irmãos, recusa de seu pedido de adoção à mãe adotiva das irmãs, recuo de Taís na questão da adoção. Evitação dos temas traumáticos.
Resumo da hipótese de trabalho:
A traumatização da perda do pai não foi superada, refletindo na sintomatologia atual. As vivências subsequentes de negligência e abandono constituíram novos eventos estressores. Além disso, a evitação do tema perpetua os sintomas.
PONTOS FORTES E RECURSOS
Paciente demonstra compensação e equilíbrio no fato de gostar das crianças menores do abrigo e tomar para si o auxílio na maternagem. É afetiva e apresenta-se alegre e cooperativa, desde que o assunto não seja a morte do pai com a separação familiar decorrente - episódios que lhe causam profunda tristeza e sofrimento.

Fonte: Kuhn, Andreatta (2011), adaptado.

4.4 Estruturação do tratamento

Firmou-se, entre as partes, um contrato de 16 sessões - sendo 4 de avaliação, 11 de tratamento e 1 última para fechamento e prevenção de recaída - na abordagem terapêutica cognitivo-comportamental. As metas foram traçadas procurando amenizar os problemas relatados por seus responsáveis: redução das crises de choro convulsivo e maior adaptação social com a diminuição do isolamento. Concomitantemente, trabalhamos a demanda da paciente, procurando reduzir a ansiedade, solidão, medo e angústia decorrentes do trauma da morte de seu pai. Foi assinado o termo de consentimento livre e informado pela responsável da paciente (Anexo 1).

Na avaliação foram aplicados os testes para mensurar a inteligência e o estresse: Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, no qual a paciente demonstrou

Morte do Pai.
Fatores Predisponentes:
Idade na época do trauma, ausência de suporte social-afetivo.
Fatores Perpetuadores:
Abandono da mãe, separação dos irmãos, recusa de seu pedido de adoção à mãe adotiva das irmãs, recuo de Taís na questão da adoção. Evitação dos temas traumáticos.
Resumo da hipótese de trabalho:
A traumatização da perda do pai não foi superada, refletindo na sintomatologia atual. As vivências subsequentes de negligência e abandono constituíram novos eventos estressores. Além disso, a evitação do tema perpetua os sintomas.
PONTOS FORTES E RECURSOS
Paciente demonstra compensação e equilíbrio no fato de gostar das crianças menores do abrigo e tomar para si o auxílio na maternagem. É afetiva e apresenta-se alegre e cooperativa, desde que o assunto não seja a morte do pai com a separação familiar decorrente - episódios que lhe causam profunda tristeza e sofrimento.

Fonte: Kuhn, Andreatta (2011), adaptado.

4.4 Estruturação do tratamento

Firmou-se, entre as partes, um contrato de 16 sessões - sendo 4 de avaliação, 11 de tratamento e 1 última para fechamento e prevenção de recaída - na abordagem terapêutica cognitivo-comportamental. As metas foram traçadas procurando amenizar os problemas relatados por seus responsáveis: redução das crises de choro convulsivo e maior adaptação social com a diminuição do isolamento. Concomitantemente, trabalhamos a demanda da paciente, procurando reduzir a ansiedade, solidão, medo e angústia decorrentes do trauma da morte de seu pai. Foi assinado o termo de consentimento livre e informado pela responsável da paciente (Anexo 1).

Na avaliação foram aplicados os testes para mensurar a inteligência e o estresse: Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, no qual a paciente demonstrou

inteligência acima da média – com 31 acertos. Encontra-se no percentil acima de 90, classificado como “*definidamente acima da média na capacidade intelectual*” (RAVEN, RAVEN, COURT, 1987). Na Escala de Stress Infantil (ESI) obteve um total de 65 pontos e resultado compatível com “sinais significativos de stress”, por apresentar 8 círculos cheios. Destacaram-se o Fator 2 - Reações Psicológicas (23 pontos) e o Fator 1 - Reações Físicas (18 pontos), entrando para a Fase de Defesa ou Resistência. O indivíduo entra nessa fase quando o estressor permanece ativo e leva a criança a utilizar muita energia para seu enfrentamento (LIPP, LUCARELLI, 2008).

Para complementação da avaliação, foi aplicado o teste projetivo Desenho da Figura Humana, no qual apresentou qualidades de adaptação ao ambiente, cooperação, afetividade, elevada importância às questões familiares, além de medo, passividade, insegurança e fragilidade emocional (CAMPOS, 1991; ETCHEPARE, 2004).

A participação dos pais, que é preconizada no tratamento do TEPT infantil, não ocorreu, por motivos óbvios no caso em questão. O contato foi com a responsável pela paciente, a Ana, assistente social do abrigo.

Algumas adaptações que foram feitas em função da idade da paciente foram: menor utilização de técnicas de registro de pensamentos desadaptativos (RPD), pois ao executar a tarefa a paciente entrava em contato com suas memórias traumáticas e acabava rejeitando o exercício. Outro aspecto foi quanto à psicoeducação sobre o TEPT e o seu funcionamento nas sessões iniciais, recomendada pelos autores estudados. Esta técnica foi retirada do programa devido a paciente ainda encontrar-se em estágio de desenvolvimento das faculdades cognitivas e do pensamento lógico-formal.

Houve a utilização de recursos lúdicos - brinquedos, desenhos, narrativas e leitura de livro - condizentes com a facilitação da comunicação no processo terapêutico, recomendada para o tratamento infantil.

4.5 Técnicas durante o tratamento

Usou-se a psicoeducação inicial com objetivo de explicar a forma de tratamento com TCC, fazendo uso de uma linguagem de fácil compreensão a fim de favorecer o *rapport*.

O registro de pensamentos desadaptativos e questionamento de PA foram utilizados com objetivo de trabalhar as distorções cognitivas. Pediu-se à paciente para anotar a frequência de ocorrência do comportamento choro com suas emoções e pensamentos associados. Também foram feitas Escalas de Sentimentos: Escala de 0 a 10 e Termômetro para medir tristeza, usados durante o tratamento como atividade para mensurar as emoções no momento da evitação das ideias traumáticas e também após o término das tarefas de exposição e dessensibilização. De acordo com o esperado em casos de TEPT, em vários momentos da terapia a paciente apresentou comportamento compatível com esquiva e evitação das tarefas propostas, quando solicitada a trabalhar seus PAs. Nesses momentos utilizou-se reestruturação cognitiva para dissipar a ansiedade.

Psicoeducação Final – intercalamos essa atividade entre a quarta e quinta sessão de confecção do livro da história da paciente. Fizemos a leitura de um livro de educação sexual infantil com tema Fecundação² - atividade educativa sobre a fecundação e geração de bebês, na qual metaforizamos a união dos gametas advindos do pai e da mãe, possibilitando-a perceber que a morte de seu pai não significava seu fim total, pois ele continuava em seu ser, de alguma forma: em suas características físicas, em seu organismo, através da herança genética.

² LOPES, C. Fecundação: O casamento perfeito entre o óvulo e o espermatozoide. Coleção Educação Sexual: perguntas e respostas. Brasíleitura. 2000.

4.5.1 Livro “Eu e meu Pai” – Exposição *in vitro* e reestruturação cognitiva

Foi sugerido a Sílvia que escrevesse um livro no qual conversaria com seu pai, ainda lhe foi informado que ela poderia escrevê-lo como quisesse (Anexo 2). Esse livro teve a função de estabelecer um laço entre ela e o pai. Assim quando estivesse com saudades, poderia pegá-lo e sentir sua presença. Sílvia acatou a agenda de confecção de seu livro com bastante alegria. Foi executado em folhas de papel A4 dobradas ao meio e grampeadas, simulando um livreto. O combinado foi que levaria o livro para o abrigo depois de finalizado. Foi proposto que o ilustrasse e que se tivesse uma foto do pai, que a levasse para colocá-la no livro, também foram oferecidos lápis de cor e cola colorida. Quanto à foto, a paciente afirmou não possuir uma foto do pai, mas prometeu que se empenharia em conseguí-la. A tarefa de confecção do livro foi executada em várias sessões: cinco, pois fez à sua maneira e ao seu tempo. Iniciou a atividade pela capa desenhando ela e o pai em uma cena carinhosa e dando ao livro o título “Eu e meu Pai”. No primeiro capítulo relatou como sua família era unida; no segundo contou a falta que seu pai lhe fazia; no terceiro capítulo passou para o dia da morte do pai, relatando parte da história de sua traumatização, como se sentiu negligenciada pela mãe após a morte do pai, passou pelo momento em que foi separada da mãe e irmãs, até o momento de sua chegada ao abrigo. Nesse ponto, não conseguiu continuar, usando a recusa como forma de evitação do sofrimento que veio a partir daquele corte: ponto no qual seu mundo ruiu e ela se sentiu, desde então, abandonada.

A partir desse momento, a agenda foi mudada passando-se a aplicar técnicas de Medida de Sentimentos segundo (BOUCHARD et al., 2004 apud CAMINHA, 2005). Ela atribuiu nota 10 - para tristeza, então foi usada reestruturação cognitiva para diminuir a tristeza e a ansiedade e dissipar a imagem negativa. Na 4ª sessão, para tentar fechar o luto e aplacar sua angústia, foi usada técnica de dessensibilização sendo solicitado que reproduzisse no livro aquele desenho feito em data anterior ao seu início, no qual havia feito seu pai no caixão, morto, envolto de flores, dentro de um coração (Anexo 3). Sílvia não ofereceu resistência à tarefa, fez não só o pai morto, mas também toda a cena do enterro: desde a saída da igreja, passando pelo próprio enterro com as pessoas em volta, até o cortejo para o ônibus alugado pela família, que levaria parentes e amigos de volta para suas casas.

Pôde-se observar uma pujança de vida em todo esse desenrolar de tristes episódios. Na 5ª sessão continuou sem resistência a segunda parte do livro que consistiu em a paciente escrever sua história atual ao seu pai.

Assim, verificamos que a confecção do livro foi uma maneira de viabilizar a exposição, pois Sílvia esforçava-se para impedir que as memórias traumáticas viessem à tona (evitação) e isso contribuía para a manutenção dos seus sintomas. Através da imaginação voltava àqueles momentos de grande tristeza, permitindo a exposição à situação traumática. Além disso, a confecção do livro abriu maiores oportunidades para a reestruturação cognitiva. A paciente utilizava o erro cognitivo catastrofização ao pensar que estava sem saída após a morte do pai e supergeneralização quando pensou que nunca mais seria adotada - *“Perdi tudo, ninguém me quer e nunca serei adotada”*. Com a exposição, entrou em contato com conteúdos ansiogênicos ligados ao trauma, tendo acesso a níveis mais profundos: crenças intermediárias e centrais, conseguindo retificação da sua crença nuclear. Passou a pensar:

- *“Perdi meu pai, mas sou forte. Sobrevivo e posso encontrar outra família”*, gerando o sentimento de esperança;
- *“Sou uma pessoa de valor e importância. Posso ser amada por outra família e conseguir outra mãe”*, gerando o sentimento de autovalor.

5. RESULTADOS

Percebemos melhora no quadro sintomático da paciente. Nas primeiras sessões ela não conseguia relatar seus problemas à terapeuta mantendo o isolamento e distanciamento afetivo quando se abordava a questão traumática. Aos poucos foi se estabelecendo *rapport* e a aliança terapêutica o que possibilitou tratar aspectos estressantes e traumáticos de sua história.

Um dos resultados da terapia apontado pela assistente social - na penúltima sessão - foi Sílvia ter pedido de maneira espontânea para agendar reunião com a psicóloga do juizado e ter optado pela entrada na lista de adoção internacional. Ana considera essa atitude um resultado da terapia. Esse fato ocorreu um dia antes da última sessão na qual houve a confecção do livro. Após a reestruturação cognitiva, a paciente reviu sua posição no que tange à adoção, no sentido de flexibilizar e avaliar a situação e as evidências de forma menos emocional e mais condizente com suas necessidades de amor, aceitação e afiliação. Agora pode ser amada e cuidada por uma família substituta.

Também é relevante no processo, Sílvia ter escrito a seguinte frase: *“Quando eu fiquei muito feliz e agora que a Cristina e Renata foram adotadas”* (sic). A terapeuta interveio dizendo – Seu pai não vai entender - Sílvia reescreveu: *“Pai condo Eu fui para o abrigo Eu fiquei munto triste por que eu fique sem a minha mãe e sem a minhas rimãs... e agora Eu tou bem com o Pedro e Eu já tou arrumando Outra mãe...”* (sic).

Embora a avaliação psicométrica não tenha sido usada para acompanhar a remissão das crises de choro convulsivo, tanto a assistente social, quanto o educador social do abrigo e a própria paciente, relataram a minimização desse sintoma. Seu humor melhorou, passando a expressar um sentimento de alegria.

6. CONCLUSÃO

Com o estudo de caso exposto pôde-se observar como a abordagem cognitivo-comportamental da questão traumática da perda do pai produziu melhora significativa da sintomatologia da paciente e mudança em algumas de suas atitudes, o que confirmam o resultado das pesquisas científicas existentes sobre a eficácia da TCC para casos de TEPT.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. DSM-III, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3 ed. Washington, DC. 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington, DC. 1994.

BECK, FREEMAN, 1993 apud OLIVEIRA, R. G.; SOARES, S. C. Terapia cognitivo comportamental para crianças. In: OLIVEIRA, M. S.; ANDRETA, I. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo. Casa do Psicólogo. 1 ed. 2011. cap. 28.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERGY, G. Terapia cognitiva da depressão.1997. In: NEUFELD, C. B.; CAVENAGE, C. C. **Cognitive case conceptualization: Systematizations proposal from clinical practice and cognitive-behavioral therapists training**. São Paulo. 2010.

BOMTEMPO, E. Brinquedo e educação: na escola e no lar. *Psicol. Esc. Educ.* 1999. 3(1): 61-69. In: PETERSEN, C. S.; WAINER, R.; COLS, P. **Terapias cognitivo – comportamentais para crianças e adolescentes**. Artmed Porto Alegre. 2011. Cap. 1, p. 29-30.

BOUCHARD, S.; MENDOLWITZ, S. L.; COLES, M. E.; FRANKLIN, M. Considerations in the utilization of exposure whit children. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2004, 11:56-65 apud CAMINHA. R. M. **Transtornos do estresse pós-traumático (TEPT) da neurobiologia à terapia cognitiva**. Casa do Psicólogo. São Paulo. 1 ed. 2005.

BUNGUE, E. Conceptos Básicos de la terapia Cognitiva em Niños. . 2003. Disponível em: <<http://www.etc.com.ar>>, acessado em 20/07/2008. In: PETERSEN, C. S.; WAINER, R.; COLS, P. **Terapias cognitivo–comportamentais para crianças e adolescentes**. Artmed Porto Alegre. 2011. Cap. 1, p. 29-30.

CAMINHA, CAMINHA. 2007 apud CAMINHA, CAMINHA, FONTENELLE, SOARES, 2011. In: RANGÉ, B. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre. Editora Artmed. 2 ed. 2011. cap. 40.

CAMINHA, CAMINHA. 2007 apud OLIVEIRA, ANDREATA, 2011. In: OLIVEIRA, M. S.; ANDREATA, I. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo. Casa do Psicólogo. 1 ed. 2011. cap. 28.

CAMINHA, M. G.; SOARES, T.; CAMINHA, R. M. Avaliação e conceitualização na infância. In: RANGÉ, B. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre. Editora Artmed. 2 ed. 2011. cap. 10.

CAMINHA, R. M.; KRISTENSEN, C. H.; DORNELLES, V. G. Terapia cognitivo comportamental no transtorno de estresse pós-traumático. In: MEDEIROS, L. G.; KRISTENSEN, C. H. **Uso da Realidade Virtual no Tratamento Cognitivo-Comportamental do Transtorno de Estresse Pós-Traumático**. V Mostra de Pesquisa da Pós-graduação – PUC RS. 2010. p. 1339-1341.

CAMINHA, R. M. **Transtornos do estresse pós-traumático (TEPT) da neurobiologia à terapia cognitiva**. Casa do Psicólogo. São Paulo. 1 ed. 2005.

CAMPOS, D. M. S. **O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade validade, técnica de aplicação e normas de interpretação**. Rio de Janeiro. Vozes Petrópolis. 21 ed. 1991.

EHLERS, A.; CLARK, D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. **Behaviour Research and Therapy**. 2000. 38:319-345.

ETCHEPARE, M. R. **Desenho um instrumento de trabalho**. Editora Palloti. Porto Alegre. 1 ed. 2004.

KRISTENSEN, C. H.; SCHAEFER, L. S.; MELLO, P. G. Modelo cognitivo-comportamental do transtorno de estresse pós-traumático. In: OLIVEIRA, M. S.; ANDREATA, I. **Manual prático de terapia cognitivo comportamental**. São Paulo. Casa do Psicólogo. 1 ed. 2011. cap. 18.

KUHN, R. P.; ANDREATA, I. Protocolo de formulação de caso. In: ANDREATA, I.; OLIVEIRA, M. S. **Manual prático de terapia-cognitivo-comportamental**. Cap. 9. Casa do psicólogo. São Paulo, 2011.

LIPP, M. E. N.; LUCARELLI, M. D. M. **Escala de stress infantil (ESI): manual**. Casa do Psicólogo. 2 ed. São Paulo. 2008.

NEUFELD, C. B.; CAVENAGE, C. C. **Cognitive case conceptualization: Systematizations proposal from clinical practice and cognitive-behavioral therapists training**. São Paulo. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre. Artmed; 1993.

PEREIRA, M.; RANGÉ, B. P. Terapia Cognitiva. In: **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre. Editora Artmed. 2 ed. 2011. cap. 01.

PETERSEN, C. S.; WAINER, R.; COLS, P. **Terapias cognitivo – comportamentais para crianças e adolescentes**. Artmed Porto Alegre. 2011. Cap. 1, p. 29-30.

RAVEN, J.; RAVEN, C. J.; COURT, J. H. **Matrizes progressivas de Raven – Escala especial para crianças**. Casa do Psicólogo. São Paulo. 1987.

REINECKE, DATILLO, FREEMAN, 1998 apud OLIVEIRA, ANDRETA, 2011. In: OLIVEIRA, M. S.; ANDRETA, I. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo. Casa do Psicólogo. 1 ed. 2011. cap. 28.

SCHREINER, S. Intervenções psicoterápicas – Técnicas psicoterápicas para o transtorno de estresse pós-traumático. 2005. In: CAMINHA, R. M. **Transtornos do estresse pós-traumático (TEPT) da neurobiologia à terapia cognitiva**. Casa do Psicólogo. São Paulo. 1 ed. 2005.

STALLARD, P. **Guia do terapeuta para os bons pensamentos – Bons Sentimentos. Utilizando a terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes**. Porto Alegre, Artmed, 2007.

VENTURA, P.; PEDROZO, A. L.; BERGER, W.; FIGUEIRA, I. L. V.; CAMINHA, R. M. Transtorno de estresse pós-traumático. In: RANGÉ, B. et al. **Psicoterapias cognitivo-**

comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre. Editora Artmed. 2 ed. 2011. cap. 22.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, E. **Aprendendo a terapia cognitivo – Comportamental um guia ilustrado.** Editora Artmed. Porto Alegre. 2008.

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Termo de Consentimento Livre e Informado

O Ambulatório do Trauma tem como objetivo a diminuição do sofrimento mental do paciente que apresenta Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Notifica-se que os conteúdos das sessões serão revelados apenas para estudo científico. A identidade do paciente não será revelada publicamente. Danos serão evitados. Pacientes menores de 18 anos devem ter autorização de seus pais ou responsáveis.

Eu, _____, estou ciente de que receberei atendimento psicoterapêutico, através do Ambulatório do Trauma, no Serviço de Psiquiatria da UFMG, às _____(horas) das quartas-feiras, em sessões com duração de até 2 horas. O serviço consiste em consultas psiquiátricas, exames e psicoterapia cognitiva.

Sei que o atendimento é gratuito e realizado por estudantes e profissionais supervisionados pelos professores José Carlos C. da Silveira e Rute Velasquez.

Sei que os resultados dependem de minha participação através das tarefas propostas e do comparecimento regular ao Ambulatório do Trauma. A situação de 3 (três) faltas consecutivas, sem justificativa válida, implica em desligamento da psicoterapia.

Estou ciente de que minha participação é livre e estou informado que não receberei benefícios extras ou maiores que os proporcionados pelo tratamento médico e psicológico e nem serei prejudicado pela equipe se resolver discordar ou interromper o meu tratamento.

____ Autorizo a gravação das sessões para fins exclusivamente de estudo, respeitado o sigilo, certo que, ao final de 5 (cinco) anos as fitas ou arquivos referentes à mesma serão destruídos.

____ Não autorizo a gravação.

(Paciente)

(Psicoterapeuta)

Responsável por menor de 18 anos

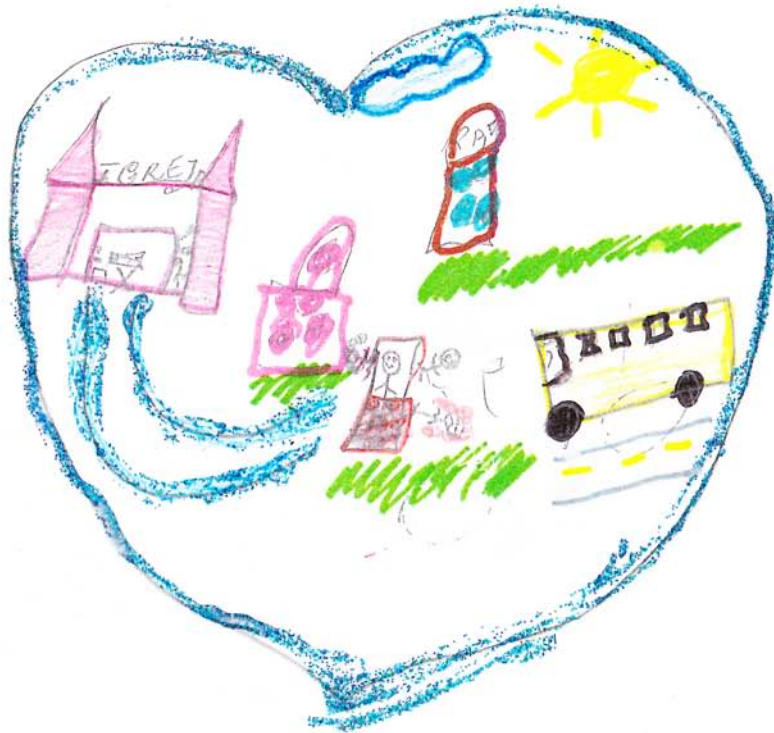
(Supervisora)

ANEXO 2 - DESENHOS DO LIVRO “EU E MEU PAI”



B)

+V



ANEXO 3 - DESENHO DO PAI MORTO

