

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivas

Giovana Carla de Souza Bernardino

**RELATO DE UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO COM USO DA ABORDAGEM
PSICOLÓGICA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM UMA PACIENTE DE
12 ANOS COM TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO.**

Belo Horizonte

2011

Giovana Carla de Souza Bernardino

**RELATO DE UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO COM USO DA ABORDAGEM
PSICOLÓGICA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM UMA PACIENTE DE
12 ANOS COM TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO.**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivas do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Psicoterapias Cognitivas.

Orientador: Vânia Lúcia de Moraes Ribeiro.

Belo Horizonte

2011



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

ATA DA DEFESA DE MONOGRAFIA de **GIOVANA CARLA DE SOUZA BERNARDINO** nº de registro 2011670823. No dia **onze 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: **“RELATO DE UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO COM USO DA ABORDAGEM PSICOLÓGICA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM UMA PACIENTE DE 12 ANOS COM TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO”**, requisito final para a obtenção do Grau de Especialista em Psicoterapias Cognitivas, pelo Curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivas. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Rodrigo Nicolato, 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:

Dr.^a Rute Velasquez

Instituição: Newton Indicação: Aprovada

Paiva

Prof. Rodrigo Nicolato

Instituição: UFMG

Indicação: [assinatura]

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada
recebendo a nota final de 90 pontos.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 11 de fevereiro de 2012.

Dr.^a Rute Velasquez

[assinatura]

Prof. Rodrigo Nicolato

[assinatura]

Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira/ Coordenador

[assinatura]

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

Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira
Coordenador do Curso de Especialização em
Psicoterapias Cognitivas
Faculdade de Medicina da UFMG
Insc: 14199-2

Apresentar as correções solicitadas pela banca.

*Dedico esta monografia a M.E.S.A. que
pacientemente colaborou comigo nesta nova
caminhada.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me permitir realizar mais um sonho e vencer mais uma etapa desta longa caminhada em busca do saber,

Agradeço aos meus pacientes, motivação constante para os estudos e busca de soluções para seus problemas,

Agradeço a meus pais, irmãos e a meu marido por compreenderem minhas ausências e incentivarem meus estudos,

Finalmente agradeço minhas orientadoras, meus colegas de curso e a todos aqueles que se dedicaram para fazer deste trabalho algo possível.

RESUMO:

Esta monografia foi realizada a partir de um estudo de caso clínico de uma menina de 12 anos portadora de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), com a intenção de aumentar o número de estudos realizados com esta população uma vez que os estudos com o TOC na população infantil ainda são poucos.

Este estudo foi realizado em consultório particular em atendimento psicoterapêutico onde foram aplicadas técnicas da terapia cognitiva e comportamental como Questionário Definindo o Termo, Registro de Pensamentos, Análise Custo Benefício, Exposição dentre outras técnicas.

Durante o tratamento a paciente obteve a melhora dos sintomas obsessivos, reestabelecendo o equilíbrio psíquico e melhorando os sintomas compulsivos e obsessivos através da resignificação de seus pensamentos disfuncionais.

Palavras chaves: Terapia Cognitivo Comportamental, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Criança.

ABSTRACT

This monograph presents a case study of a 12 year old girl suffering from Obsessive Compulsive Disorder (OCD). The objective of it is increase the number of OCD studies conducted with this population that are still few.

The study was conducted in private practice in psychotherapeutic care by techniques of cognitive therapy and behavioral as Defining the Term Questionnaire, Thought Record, Cost Benefit Analysis, Exposure among other techniques.

During treatment the patient presented an improvement in obsessive symptoms, reestablishing balance and improving psychic and obsessive compulsive symptoms through the redefinition of their dysfunctional thoughts.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Obsessive Compulsive Disorder, Child.

SUMÁRIO

1) Introdução	9
2) Terapia Cognitivo Comportamental Para O Transtorno Obsessivo Compulsivo.....	9
3) Transtorno Obsessivo Compulsivo e A Neuropsicologia.....	11
4) Descrição do Caso Clínico	14
5) Discussão do Caso Clínico	20
6) Conclusão	21
Referências	22
Apêndice	25
Anexo	28

1) INTRODUÇÃO:

O presente trabalho surgiu a partir da necessidade de estudar sobre o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) para atendimento psicológico em Terapia Cognitivo Comportamental. Este transtorno tem alta prevalência chegando a atingir de 1,6 a 2,3% da população ao longo da vida.

O TOC é um transtorno grave caracterizado pelos pensamentos obsessivos e pelos rituais, ou seja, pelas compulsões. Este transtorno atinge crianças e adultos, mulheres e homens.

Embora seja um transtorno grave, com alta prevalência na população o TOC é ainda pouco estudado, principalmente quando se trata de TOC infantil. Sendo assim, a fim de aumentar o número de casos estudados de TOC Infantil, de aprimorar o uso das técnicas utilizadas em TCC pela psicoterapeuta e de demonstrar que a TCC é efetiva no tratamento do TOC realizou-se este estudo de caso sobre uma menina de 12 anos portadora de TOC, com sintomas compulsivos de lavagem de mãos e com obsessões de contaminação.

A TCC juntamente com os tratamentos farmacológicos vem obtendo bons resultados no tratamento do TOC. Ela parte do pressuposto de que os pensamentos influenciam os comportamentos e as emoções. O modelo cognitivo comportamental do TOC propõe que são os pensamentos disfuncionais que geram as compulsões impedindo a diminuição da ansiedade e mantendo os rituais compulsivos. Para quebrar este circuito vicioso a TCC emprega técnicas cognitivas e comportamentais que ressignificam os pensamentos disfuncionais e reestabelecem o equilíbrio psíquico do paciente.

Neste estudo foram utilizadas técnicas comportamentais como a Exposição bem como técnicas cognitivas como Análise Custo Benefício, Registro de Pensamentos entre outras que possibilitaram a paciente ressignificar seus pensamentos disfuncionais e conseqüentemente melhorar seus sintomas obsessivos e compulsivos.

2) TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO:

Segundo Judith S. Beck (1997) a Terapia Cognitiva (TC) foi desenvolvida por Aaron T. Beck no início da década de 60. Esta foi criada como uma forma de terapia breve para a

depressão. É estruturada, baseada no presente, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais.

Desde a década de 60 Aaron T. Beck e outros vêm aplicando a Terapia Cognitiva em outras doenças psiquiátricas e em vários tipos de populações, obtendo sucesso nos tratamentos. Estes, por sua vez, exigem que ocorram adaptações no foco, na tecnologia e na duração do tratamento, porém todos eles mantêm os mesmos pressupostos teóricos, ou seja, que os pensamentos disfuncionais levam a alteração do comportamento e das emoções dos pacientes.

Após e paralelamente à formulação de Beck da teoria da TC, vários teóricos importantes criaram diversas formas de terapia cognitiva e cognitivo-comportamental. Como exemplo podemos citar a terapia racional-emotiva de Albert Ellis e a teoria multimodal de Arnold Lazarus. Todas as terapias cognitivas criadas a partir do modelo de Aaron Beck buscam produzir a ressignificação cognitiva dos pensamentos e crenças do paciente a fim de promover uma mudança emocional e comportamental do mesmo, reestabelecendo seu equilíbrio.

No tratamento do TOC a Terapia Cognitiva adapta técnicas que inicialmente foram criadas por Aaron T. Beck para o tratamento da depressão e técnicas criadas por David Clark para o tratamento dos transtornos de ansiedade. Como exemplos de técnicas empregadas no tratamento do TOC podemos citar: o Questionamento Socrático, Quebra do Pensamento Dicotômico, Questionamento de Pensamentos Catastróficos: a Seta Descendente, Experimentos ou Testes Comportamentais, Cálculo de Vantagens e Desvantagens, dentre outras. (CORDIOLI, 2008)

O uso destas técnicas cognitivas ajudam o paciente a desenvolver o hábito de observar e registrar seus pensamentos automáticos e suas crenças. Desta forma o mesmo poderá utilizá-los para realizar as técnicas cognitivas quando seus pensamentos forem dominados por obsessões ou compulsões. (CORDIOLI, 2008)

A teoria cognitiva parte do pressuposto que os transtornos psicológicos decorrem de uma maneira disfuncional de perceber os acontecimentos, isto faz com que estes pensamentos influenciem as emoções e comportamentos do indivíduo levando-o a problemas emocionais. (FALCONE, 2008)

Para a TCC existem três tipos de pensamentos disfuncionais: o primeiro são os pensamentos automáticos, que são espontâneos e surgem em nossa mente a partir dos eventos cotidianos; o segundo são as crenças intermediárias, que são as regras ou suposições não ligadas diretamente aos eventos diários. As regras geralmente estão relacionadas ao dever e às

suposições são do tipo “Se.... então”; e o terceiro são as crenças centrais, que também são conhecidas como esquemas. Elas são as estruturas cognitivas que orientam o indivíduo, são formadas na infância a partir de experiências frequentes ou eventos traumáticos. (FALCONE, 2008)

Esses três tipos de pensamentos disfuncionais estão interligados e atuam em conjunto no funcionamento cognitivo de um indivíduo portador de um transtorno psicológico. As crenças centrais, que orientam o modo do indivíduo agir e lidar com situações, influenciam as crenças intermediárias, formuladas como regras e suposições acerca de um evento que, por sua vez, aumentam a probabilidade do indivíduo experimentar pensamentos automáticos diante de determinada situação. (FALCONE, 2008)

A Terapia cognitiva está correntemente sendo aplicada no mundo inteiro como o único tratamento ou como um tratamento adjunto para os transtornos. Alguns exemplos são transtorno obsessivo-compulsivo (Salkovskis & Kirk, 1989), transtorno de estresse pós-traumático (Dancu & Foa 1992; Parrot & Howes, 1991), transtorno de personalidade (Beck et al.; 1990; Layden, Newman, Freman & Morse, 1993; Young, 1990), depressão recorrente (R. DeRubeis, comunicação pessoal, outubro 1993), dor crônica, (Miller, 1991; Turk, Meichenbaum & Genest, 1983), hipocondríase (Warwick & Salkovskis, 1989) e esquizofrenia (Chadwick & Lowe, 1990; Kingdon & Turkington, 1994; Perris, Ingelson & Johnson, 1993). (BECK Judith, 1997)

3) TRANSTORNO OBSESSIVO- COMPULSIVO E A NEUROPSICOLOGIA:

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico caracterizado pelas compulsões, que são os rituais realizados pelo indivíduo a fim de suprimir ou neutralizar os pensamentos disfuncionais, ou seja, com as obsessões, que são os pensamentos ou imagens recorrentes vividos pelo indivíduo como algo intrusivo e que causam grande sofrimento.

É um transtorno heterogêneo que pode se apresentar por meio de uma variedade de sintomas. Considerado raro até pouco tempo, sabe-se hoje que o TOC é um transtorno mental bastante comum, acometendo entre 1,6 a 2,3% das pessoas ao longo da vida, ou aproximadamente um em cada 40 a 60 indivíduos. No Brasil, é provável que existam entre 3 e 4 milhões de portadores. Muitas dessas pessoas, embora tenham suas vidas gravemente comprometidas, nunca foram diagnosticadas e tampouco tratadas, e talvez a maioria desconheça o fato de esses sintomas constituírem uma doença. (CORDIOLI, 2008, p.11)

O TOC atinge tanto mulheres quanto homens, porém, estudos demonstram que o número de mulheres atingidas é ligeiramente maior que o de homens. As mulheres costumam manifestar sintomas de TOC no início da adolescência até o final da segunda década e os

homens costumam manifestar os sintomas em idades mais precoces do que as mulheres. Estudos recentes constataram que o TOC não está relacionado nem a inteligência mais alta e nem a níveis educacionais mais altos. (CLARCK e BECK, 2012)

O início do TOC pode ser gradual ou se desenvolver a partir de um evento estressor e, assim como os demais transtornos de ansiedade, possui uma alta taxa de comorbidade. Sendo a depressão maior o mais comum dos transtornos comorbidos, ela está associada ao aumento e consequente piora dos sintomas de TOC. Os transtornos de fobia social, fobias específicas, transtorno dismórfico corporal e transtorno de tique também podem aparecer em comorbidade com o TOC. (CLARCK e BECK, 2012)

As crianças e os adolescentes também podem apresentar TOC e, assim como em adultos, o tratamento com psicofármacos associado à terapia cognitivo comportamental vem apresentando resultados satisfatórios.

Para se diagnosticar um indivíduo como portador de TOC é preciso seguir os critérios estabelecidos no DSM-IV-TR (Anexo A)

Uma das principais características do TOC é a perda de controle ou da capacidade de auto-regulação que acomete os indivíduos. Estes, embora tenham consciência de que seus pensamentos, ou seja, suas obsessões, são irracionais e de que suas compulsões são excessivas, não conseguem pará-las e nem diminuir a ansiedade a fim de modificar seu comportamento, o que sugere um envolvimento das regiões corticais frontais e subcorticais estriatais. (TAUB, D'ALCANTE, BATISTUZZO, FONTENELLE, 2008)

Vários estudos utilizando Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET) e Tomografia por Emissão de Fóton Único (SPECT) vêm demonstrando que áreas específicas do córtex orbitofrontal, do cíngulo anterior, dos gânglios da base e do tálamo estão envolvidos no TOC. Outro achado importante nestes estudos foi a constatação da relação entre a diminuição da atividade metabólica do núcleo caudado e da região orbitofrontal em portadores de TOC após tratamento com psicofármacos ou terapia comportamental. (TAUB, D'ALCANTE, BATISTUZZO, FONTENELLE; 2008)

O Cortex orbitofrontal está envolvido na atribuição de significado às consequências das ações do indivíduo e, portanto, fornece suporte à tomada de decisões, enquanto o córtex do cíngulo anterior é recrutado em situações ambíguas em que existem várias possibilidades de resolução. O córtex dorsolateral pré-frontal tem um papel central no processamento cognitivo de informações relevantes, que são então integradas pelo núcleo caudado, que tem o papel de controlar os programas comportamentais. Esse circuito pode apresentar-se disfuncional em qualquer um dos seus estágios, resultando em comportamentos repetitivos que são característicos do TOC (Aouizerate et al, 2004). (TAUB, D'ALCANTE, BATISTUZZO, FONTENELLE, 2008)

De acordo com Taub, D'Alcante, Batistuzzo, Fontenelle (2008) indivíduos portadores de TOC podem apresentar problemas nas Funções Executivas, na Memória e nas Funções Visuoespaciais.

As Funções Executivas são habilidades que permitem ao indivíduo planejar e executar respostas a ações adaptativas necessárias à consecução de um objetivo. Problemas nestas funções podem levar o indivíduo a uma falta de iniciativa, dificuldades em planejar e resolver problemas, bem como a problemas nas tomadas de decisões. (TAUB, D'ALCANTE, BATISTUZZO, FONTENELLE; 2008)

A memória é a função cognitiva mais avaliada no TOC uma vez que os portadores desta doença frequentemente queixam-se de problemas de memória. Estudos mostram que os problemas de memória verbal e não verbal são consequência da dificuldade destes indivíduos em organizar as informações de forma que se tornem mais facilmente memorizáveis. Estes indivíduos também apresentam baixa confiança na sua capacidade mnêmica. (TAUB, D'ALCANTE, BATISTUZZO, FONTENELLE; 2008)

Já as Funções Visuoespaciais são a capacidade do indivíduo de perceber e manipular objetos no espaço bidimensional ou tridimensional e os estudos realizados nos portadores de TOC vêm demonstrando que estes pacientes apresentam dificuldades nas Funções Visuoespaciais devido a uma falha no processamento das funções executivas primárias, ou seja, falha na organização das informações. (TAUB, D'ALCANTE, BATISTUZZO, FONTENELLE; 2008)

No modelo cognitivo do TOC os pensamentos disfuncionais levam a prática de rituais mágicos ou ruminações para neutralizar os mesmos, porém estes comportamentos impedem o desaparecimento dos sintomas ansiosos e preservam os pensamentos disfuncionais. (FALCONE, 2008)

Sendo assim, para a terapia cognitiva a melhora dos sintomas obsessivos e das compulsões com consequente alívio da ansiedade ocorrem a partir da modificação cognitiva dos pensamentos disfuncionais, que incluem os pensamentos automáticos, as crenças intermediárias e as crenças centrais.

O modelo cognitivo propõe que a correção destes pensamentos disfuncionais leva a redução da ansiedade no TOC, diminuindo assim o desconforto do paciente e consequentemente reduzindo a frequência das obsessões.

O tratamento psicoterapêutico utilizado no TOC é a Terapia Cognitivo comportamental (TCC) que dura em média de 10 a 15 sessões semanais. A TCC parte do

pressuposto que os pensamentos influenciam o comportamento e as emoções e estas por sua vez, também podem influenciar os pensamentos e os comportamentos.

Como “as obsessões geralmente são acompanhadas de pensamentos catastróficos que, por sua vez, provocam medo e aflição, devido a crenças distorcidas ou erradas”, (CORDIOLI, 2008, p.85) a TCC identifica tais distorções a fim de corrigi-las, utilizando técnicas que permitem a ressignificação cognitiva do paciente reestabelecendo seu equilíbrio emocional.

No TOC a terapia cognitiva comportamental segue os seguintes passos: Avaliação do paciente e diagnóstico do TOC; psicoeducação (esclarecimentos a respeito do TOC e seu tratamento); identificação e elaboração da lista de sintomas; avaliação da gravidade do TOC, introdução das técnicas cognitivas, exercícios de exposição e prevenção de resposta (técnica comportamental), prevenção de recaídas e revisão periódica.

O tratamento com crianças segue a mesma linha do tratamento com adultos, utilizando exposição prolongada a estímulos que provocam ansiedade, o que acaba por levar o indivíduo à habituação. Porém, com as crianças isso é um pouco mais difícil, pois elas têm dificuldades para compreender que deverão se expor a um nível elevado de ansiedade antes que os sintomas apresentem melhoras. Os pais e os demais adultos que lidam com a criança também têm dificuldades para compreender tal questão. (RANGÉ, ASBAHR, MORITZ, ITO, 2008)

No início da psicoterapia com as crianças e adolescentes é necessário realizar uma psicoeducação a respeito do TOC e do tratamento, não só com os pacientes, mas também com seus pais e professores, o que aumenta a chance de sucesso do Tratamento. Além disso, é necessário adaptar a linguagem e as técnicas cognitivas para este público específico. (RANGÉ, ASBAHR, MORITZ, ITO, 2008)

4) DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO:

Mariana (nome fictício) tem 12 anos é a caçula de um casal de filhos, mora com os pais em casa própria, está no 6^o ano do primeiro grau numa escola particular. Tem aproximadamente 01 metro e 50 centímetros, seu peso está em torno de 40 quilos, é longilínea, caucasiana, tem longos cabelos negros um pouco crespos, está sempre bem penteada, com o cabelo arrumado, veste-se adequadamente, é muito tímida, não tem muitas amigas, fala pouco, mas comunica-se com facilidade. Sua postura é rígida, gosta muito de animais e têm muitos bichos de estimação, goza de boa saúde, dorme bem e se “alimenta um pouco mal” (sic paciente).

Sua Mãe é contadora da prefeitura da cidade onde residem e trabalha no período diurno. Seu pai é motorista de veículos pesados e trabalha de turno 12/36. Desde pequena Mariana e o irmão no período diurno ficam sob os cuidados de sua tia avó de aproximadamente 80 anos, que é muito rígida, mas também muito carinhosa com as crianças.

Mariana já havia feito tratamento psiquiátrico e psicológico há mais ou menos três anos atrás quando foi diagnosticado o TOC. Na época apresentava sintomas de evitação e lavagem compulsiva por medo de contaminação, não sentava em locais públicos como bancos de praças, quando chegava da rua tinha de lavar as roupas e as mãos para evitar a contaminação. Na época foi medicada e com o tratamento psiquiátrico e psicológico os sintomas cessaram.

No início de outubro de 2011, a mãe de Mariana procurou ajuda psicológica, pois percebeu que a criança estava apresentando sintomas de TOC novamente.

Mariana relata que precisa do psicólogo “por causa que às vezes eu tenho pensamentos ruins como se eu fosse pegar alguma coisa ruim das pessoas como se fosse uma gripe e eu não consigo controlar” (sic paciente). A paciente ainda relata que “ando olhando as pessoas como para não encostar para não pegar coisas ruins, ai eu tenho de lavar as mãos” (sic paciente). “Quando estou estudando, eu penso na pessoa que não é boa na matéria, eu tenho de estudar de novo para não tirar nota ruim” (sic paciente). “É muito ruim, me atrapalha muito, na escola eu não olho para a pessoa que tem nota ruim, toda hora tenho de lavar a mão” (sic paciente).

A paciente tem consciência de que seus sintomas são “coisas de sua cabeça”, mas não consegue parar. A mesma diz à terapeuta que gostaria de se tomar mais normal, não ficar lavando as mãos toda hora e, evitando encostar-se às pessoas. Gostaria de conversar com as pessoas sem problemas_ atualmente evita conversar com os colegas que tiram notas ruins_ de ficar menos estressada, menos nervosa. Relata que está ficando muito cansada, pois tem que estudar a matéria de novo toda vez que pensa em uma pessoa que tira nota ruim.

A paciente observou que os sintomas de TOC voltaram a aparecer depois que a mesma foi estudar na atual escola. Após as primeiras provas percebeu que “a escola era mais apertada e se não estudasse iria tirar notas ruins” (sic paciente). A partir daí começou a estudar mais de duas horas para qualquer prova, passou a não conversar com as pessoas que tiravam notas ruins, começou a sentir necessidade de lavar as mãos toda vez que se encostava a uma pessoa e/ou objeto que esta pessoa encostava, e de ler as estampas das blusas das pessoas para não tirar as notas ruins.

Mariana gosta das coisas todas arrumadas e fica irritada quando alguém tira suas coisas do lugar. Quando isto acontece fica muito nervosa e “dá pieti” (sic paciente). Nas

vésperas de provas ela fica muito nervosa e agitada, chora por qualquer motivo e se descontrola facilmente. A paciente é muito inteligente, tem facilidade de comunicação, embora seja muito tímida. Sua família colabora no tratamento e é muito observadora.

A paciente foi submetida a uma avaliação de lobo frontal onde foram aplicados os sub-testes semelhanças, arranjo de figuras, aritmética e cubos da escala de inteligência Wechsler para crianças e o teste wisconsin. Também foram aplicados o inventário de obsessões e compulsões (OCI-R) e o HTP.

Em conjunto com a paciente elaborou-se uma lista de problemas a serem trabalhados que foram os seguintes:

- 01) Não conversar com as pessoas que tiram notas ruins,
- 02) Lavar as mãos frequentemente,
- 03) Estudar mais de duas horas para qualquer prova,
- 04) Voltar a estudar se pensar em uma pessoa que tira notas ruins,
- 05) Andar com cuidado para não encostar-se às pessoas,
- 06) Ter de ficar lendo as estampas das blusas das pessoas

A partir desta lista a paciente selecionou parar de lavar as mãos frequentemente e conversar com as pessoas normalmente como os objetivos desta terapia e daí foi possível traçar um plano de tratamento que consiste na psicoeducação, técnicas de definição de termos, registro de pensamentos disfuncionais, análises de custo benefício, examinando as evidências, diário de TOC, e exposição. Após essas técnicas será trabalhada a prevenção à recaída e o processo de alta.

Após a avaliação e diagnóstico do TOC iniciou-se a Terapia com a psicieducação para qual foram fornecidas à paciente informações a cerca do TOC, suas características, e seu tratamento. Já nesta fase a paciente conseguiu, por meio das informações e esclarecimentos de suas dúvidas, obter o seguinte insight: “meu irmão tira notas ruins e eu converso com ele e não tiro notas ruins” (sic paciente) o que proporcionou o começo da ressignificação de seu pensamento disfuncional de que não poderia conversar com quem tira notas ruins. Assim a paciente começou a conversar com alguns colegas que não tiram boas notas nas matérias.

Nesta sessão a paciente teve como tarefa de casa pesquisar mais sobre o TOC e trazer suas dúvidas para serem discutidas durante a terapia.

Depois que a paciente já estava familiarizada com os termos do TOC passamos a definir os termos utilizados pela paciente e a identificar seus pensamentos. Realizou-se a Técnica de definição de termos e o registro de pensamento disfuncional. Com estas técnicas a paciente conseguiu identificar seus pensamentos automáticos (“vou tirar notas ruins iguais a

desta pessoa que conversei” (sic paciente)), e começou a perceber que a partir destes pensamentos ela realizava seus rituais (“Tenho que lavar as mãos para não tirar notas ruins” (sic paciente)), ou seja, suas compulsões.

Com as técnicas de análise de benefício e exame das evidências a paciente conseguiu ressignificar seu pensamento automático que previa que ela tiraria notas ruins se falasse com a pessoa que tira notas ruins e, conseqüentemente, voltou a conversar com s colegas que tiram notas ruins.

Quanto à sua compulsão por lavar as mãos, esta foi diminuindo a partir da técnica de exposição, e podem ser observadas no registro de TOC. Como a terapia ainda está em curso pode-se observar que as compulsões ainda ocorrem, mas com uma frequência menor do que no começo da terapia.

O relacionamento terapeuta/paciente foi bem estruturado e tranquilo. A paciente se mostrou colaborativa e interessada. A terapia ainda está em andamento e a paciente relatou em uma das sessões que já conseguiu diminuir a frequência de lavar as mãos e o tempo de estudo.

PLANEJAMENTO DAS SESSÕES DE PSICOTERAPIA:

Sessão	Tema	Objeto	Técnica	Procedimento	Material	Tarefa de Casa
01	Anamnese.	Coleta de dados.	Entrevista semi-estruturada.	Convocar pais para entrevista.	Lápis, papel, caneta.	_____
02	Anamnese.	Coleta de dados.	Entrevista semi-estruturada.	Entrevista com a criança.	Lápis, papel, caneta.	_____
03	Anamnese.	Coleta de dados.	HTP.	Pedir à criança que desenhe uma casa, uma árvore e uma figura humana.	Lápis, papel, caneta, lápis de cor.	_____

Sessão	Tema	Objeto	Técnica	Procedimento	Material	Tarefa de Casa
04	Anamnese.	Verificar hipótese diagnóstica.	Winsconsin.	Passar as instruções do teste para a criança.	Lápis, baralho e folha de resposta.do Winsconsin.	
05	Anamnese.	Verificar hipótese diagnóstica e formar compromisso.	Semelhanças, Arranjos de Figura, Aritmética e Cubos Subtestes da Escala Wechsle para crianças. Contrato de trabalho assinatura do termo de concessão.	Passar as instruções dos testes à criança, elaborar com a mesma o contrato de trabalho. Ler e explicar o termo de consentimento.	Lápis, caneta, caderno de resposta das escalas de wechsler, o termo de consentimento.	
06	TOC e seu Tratamento.	Informar sobre o transtorno e o tratamento.	Materiais informativos sobre o TOC.	Psicoeducação.	Esclarecer as dúvidas do paciente sobre o TOC e informar a cerca da doença e seu tratamento.	Pesquisar sobre o TOC.

Sessão	Tema	Objeto	Técnica	Procedimento	Material	Tarefa de Casa
07	TOC.	Conhecer sobre o TOC da paciente seus pensamentos automáticos.	Definindo os termos.	Ajudar o paciente a definir os termos que ele utiliza.	Lápis, borracha e papel.	Questionário definindo o Termo.
08	TOC.	Conhecer os pensamentos disfuncionais do paciente.	Análise de Custo Benefício e Examinando a Evidência.	Ajudar o paciente a reconhecer seus pensamentos disfuncionais.	Lápis, borracha e papel.	Registro de pensamentos e análise custo benefício.
09	TOC.	Ajudar o paciente a superar suas obsessões.	Exposição.	Ajudar o paciente a superar suas obsessões.	Bonecos e “provas”.	Diário de TOC.
10	TOC.	Ajudar o paciente a superar suas obsessões.	Exposição.	Ajudar o paciente a superar suas obsessões.	Bonecos e “provas”.	Diário de TOC.
11	TOC.	Ajudar o paciente a superar suas obsessões.	Exposição.	Ajudar o paciente a superar suas obsessões.	Bonecos e “provas”.	Diário de TOC.
12	TOC.	Ajudar o paciente a superar suas obsessões.	Exposição.	Ajudar o paciente a superar suas obsessões.	Bonecos e “provas”.	Diário de TOC.
13	TOC.	Ajudar o paciente a superar suas obsessões.	Exposição.	Ajudar o paciente a superar suas obsessões.	Bonecos e “provas”.	Diário de TOC.

Sessão	Tema	Objeto	Técnica	Procedimento	Material	Tarefa de Casa
14	TOC.	Ajudar o paciente a superar suas obsessões.	Exposição.	Ajudar o paciente a superar suas obsessões.	Bonecos e “provas”.	Diário de TOC.
15	TOC.	Ajudar o paciente a superar suas obsessões.	Exposição.	Ajudar o paciente a superar suas obsessões.	Bonecos e “provas”.	Diário de TOC.

5) DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO:

Mariana apresenta sintomas como pensamentos intrusivos que causam sofrimento a paciente, comportamentos repetitivos como lavar as mãos, estudar novamente, ler estampas de blusas, dentre outros sintomas que indicam um Transtorno Obsessivo compulsivo. A paciente ainda tem um histórico anterior de TOC.

No teste Wisconsin nos itens número total de erros, percentual de erros, erros perseverativos, percentual de erros perseverativos, erros não perseverativos, percentual de erros não perseverativos e percentual de respostas de nível conceitual a paciente obteve escore padrão variando de 92 a 106 ou escores T entre 45 e 54 indicando que está na faixa média da população de sua idade. Já nos itens respostas perseverativas e percentual de respostas perseverativas a paciente obteve escore padrão variando de 77 a 91 o que indica que a paciente está na faixa abaixo da média, levemente comprometida. Indicando um leve comprometimento das funções executivas que são afetadas no TOC.

Nos sub-testes semelhanças, arranjo de figuras, aritmética e cubos a paciente obteve pontos ponderados variando entre 06 e 13 o que também indica uma variação na média com leve comprometimento das funções visuoespaciais que também são afetadas no TOC.

No HTP os desenhos da paciente demonstraram timidez e problemas somáticos, que podem ser explicados pelo fato dos sintomas de TOC da paciente serem sentidos e vivenciados no próprio corpo.

Os resultados da avaliação confirmam o TOC, baseados nas observações clínicas da psicoterapeuta, na história pregressa da paciente, nos resultados da avaliação que demonstram que a paciente possui um leve comprometimento do Lobo Frontal, característica que pode aparecer no TOC e no próprio relato da paciente. Sendo assim, o diagnóstico da paciente foi fechado como Transtorno Obsessivo Compulsivo.

A partir deste diagnóstico a paciente foi tratada com as técnicas da Terapia Cognitivo Comportamental que vem demonstrando ser mais eficiente no tratamento do TOC.

Durante o tratamento na fase da psicoeducação a paciente pôde tomar consciência de seu problema e chegou a relatar que se sentiu aliviada por saber o que tinha e que teria tratamento. Nas técnicas de análise de custo benefício e examinando as evidências, a paciente obteve insight como: “meu irmão tira notas ruins e eu converso com ele e não tiro notas ruins, então posso conversar com as pessoas que não tiro notas ruins” (sic paciente).

Este fato colaborou para seu tratamento da paciente pois, possibilitou o início da reestruturação cognitiva dos seus pensamentos disfuncionais e o questionamento de suas crenças centrais, que se consolidaram no decorrer do tratamento.

Com as técnicas de análise de benefício e exame das evidências a paciente conseguiu ressignificar seu pensamento automático que previa que ela tiraria notas ruins se falasse com a pessoa que tira notas ruins e, conseqüentemente, voltou a conversar com as colegas que tiram notas ruins. Já através da Técnica de Exposição a sua compulsão por lavar as mãos foi diminuindo, e podem ser observadas no registro de TOC.

6) CONCLUSÃO:

Mariana é uma menina de 12 anos que já apresenta sintomas de TOC como lavar as mãos frequentemente, não conversar com os colegas que tiram notas ruins, entre outros, que atrapalham sua vida escolar e familiar.

Com o trabalho psicoterápico utilizando a TCC a paciente pode ressignificar seus pensamentos disfuncionais e reestabelecer seu equilíbrio psíquico o que demonstrou a eficiência da TCC num caso de TOC infantil.

Durante o trabalho a psicoterapeuta encontrou dificuldades como ter de adaptar técnicas para a criança e poucos estudos publicados com o TOC Infantil, o que não

impossibilitou o trabalho com a paciente que obteve melhoras com o tratamento. Porém, observou-se a necessidade de aprofundamento destes dos estudos para saber as causas e possíveis curas para o TOC principalmente no que se refere aos estudos com crianças que requerem uma adaptação das técnicas utilizadas para efetuar-se o tratamento de modo mais satisfatório.

REFERÊNCIAS:

AOIZERATE, B., GUEHL, D., CUNY, E., ROUGIER, A., BIOULAC, B., TIGNOL, J., et al. (2004 Feb). **Pathophysiology obsessive-compulsive disorder: A necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology.** Progress in Neurobiology, 72 (3), 195-221.

BECK, A.T.; FREEMAN, A. & ASSOCIATES. **Cognitive therapy of personality disorders.** _ New York: Guilford Press, 1990

BECK, Judith S. **Terapia cognitiva: teoria e prática.** Trad. Sandra Costa. _ Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CHADWICK, P.D.J.; LOWE, C.F. **Measurement and modification of delusional beliefs.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, p.225-232, 1990

CLARK, David A., BECK, Aaron T., **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática;** tradução: Maria Cristina Monteiro; revisão técnica: Elisabeth Meyer. _ Porto Alegre: Artmed, 2012. 640 p.; 25 cm.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo.** _ 2.ed_ Porto Alegre: Artmed, 2008. 256 p.; 28 cm

DANCU, C.V.; FOA, E.B. Posttraumatic stress disorder. In: FREEMAN, A.; DATTILLO, F.M. (eds.). **Comprehensive casebook of cognitive therapy.** New York: Plenum Press, 1992. p.79-88.

FALCONE, Eliane. Psicoterapia cognitiva. In: RANGÉ, Bernard(org.), **Psicoterapias cognitivo- comportamentais: um diálogo com a psiquiatria** _ Porto Alegre: Artmed, 2001, p.49-61.

HEATON, ROBERT K. **Teste Wisconsin de Classificação de Cartas: manual/ Robert K. Heaton...**[et al.]; adaptação e padronização brasileira Jurema Alcides Cunha...[et al.]. _ _ ver. e amp. _ _ São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

KINGDON, D. G.; TURKINGTON, D. **Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia.** New York: Guilford Press, 1994.

LAYDEN, M. A.; NEWMAN, C. F.; FREEMAN, A.; MORSE, S. B. **Cognitive therapy of borderline personality disorder.** Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1993.

MILLER, P. The application of cognitive therapy to chronic pain. In: VALLIS, T. M.; HOWES, J. L.; MILLER, P. C. (eds.). **The Challenge of cognitive therapy: Application to nontraditional populations**, p. 159-182. New York: Plenum Press, 1991.

PARROT, C. A.; HOWES, J. L. The application of cognitive therapy to post-traumatic stress disorder. In: VALLS, T. M.; HOWES, J. L.; MILLER, P. C. (eds.). **The challenge of cognitive therapy: Applications to nontraditional population**, p.85-109. New York: Plenum Press, 1991.

PERRIS, C.; INGELSON, U.; JOHNSON, D. Cognitive therapy as a general framework in the treatment of psychotic patients. IN: KUEHLWEIN, K. T.; ROSEN, H. (eds.). **Cognitive therapy in action: Evolving innovative practice.**San Francisco: Jossey- Bass, 1993. p. 379-402.

RANGÉ, Bernard et al. Transtorno obsessivo-compulsivo. In:RANGÉ, Bernard(org.), **Psicoterapias cognitivo- comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.**_ Porto Alegre: Artmed, 2001, p.230-246.

TAUB, Anita et al. A Neuropsicologia do transtorno obsessivo-compulsivo. IN: FLUENTES, Daniel [et al.], **Neuropsicologia: teoria e prática.** _ Porto Alegre: Artmed, 2008. p.301-311. 432p.; 25 cm.

TURK, D. C.; MEICHENBAUM, D.; GENEST, M. **Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective.** New York: Guilford Press, 1983.

WARWICK, H. M. C.; SALKOVSKIS, P. M. Hypochondriasis. In: SCOOT, J.; WILLIAMS, M. G.; BECK, A. T. (eds.). **Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook**, p. 50-77. Londo: Routledge, 1989.

WECHSLER, DAVID. **WISC-III: Escala de Inteligência Weschsler para Criança:** Manual/ David Wechsler, 3^a. Ed.; Adaptação e Padronização de uma Amostra Brasileira, 1^a. Ed.; Vera Lúcia Marques de Figueiredo _ São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

YOUNG, J. E. **Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach.** Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, 1990.

APÊNDICE A_ TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Nós _____
estamos cientes que o caso da nossa filha _____ está sendo estudado por um profissional formado e inscrito em seu conselho profissional com o número CRP 04/17724, sendo habilitado para esta função. Fomos informados que o sigilo de identidade de nossa filha será mantido e, se nós autorizarmos gravações das sessões estas só serão utilizadas para finalidades científicas, sendo destruídas até no máximo dois anos após o término da psicoterapia.

Sabemos que não obteremos nenhum benefício extra, além daqueles decorrentes da psicoterapia e, que somos livre para abandonar os trabalhos terapêuticos na hora em que desejar sem sofrer prejuízo algum a não ser aqueles vindos do término precoce de uma terapia.

Autorizamos gravação: ____ sim ____ não.

Pais ou responsáveis pela criança: _____

Terapeuta: Giovana Carla de Souza Bernardino CRP 04/17724 _____

APÊNDICE B_ DIÁRIO DE TOC

Escolha dois ou mais dias da semana que você considera os piores, e preencha o diário com as datas, os horários, os locais ou situações que desencadeou a obsessão ou compulsão, quanto tempo gastou realizando o ritual ou quanto tempo o pensamento permaneceu na sua cabeça e quantas vezes realizou o ritual.

Dia	Horário	Situação (ou local)	Sintoma (obsessão ou compulsão)	Tempo	Número de vezes
23/11/11	+ou- 09:20	Menino que tira notas ruins encostou em mim	Obsessão: vou tirar nota ruim Compulsão: lavei as mãos	+ ou - 03 minutos	10 vezes

Dia	Horário	Situação (ou local)	Sintoma (obsessão ou compulsão)	Tempo	Número de vezes
23/11/11	+ ou – 10:40	Encostei numa pessoa que tira nota ruim em Geografia	Obsessão: Vou tirar nota ruim em Geografia Compulsão: Pedi a Deus para não tirar nota ruim igual à dele.	+ ou – 05 minuto s	15 vezes
24/11/11	+ ou – 07:15	Estava falando com Luma e ela tira nota ruim em Inglês.	Obsessão: Vou tirar nota ruim em Inglês. Compulsão: Pedi a Deus para não tirar nota ruim igual a dela	+ ou – 05 minuto s	15 vezes
24/11/11	+ ou – 08:40	Fiquei com medo de jogar peteca pois um menino que tira notas ruins estava jogando	Obsessão: Vou tirar nota ruim igual a dele em Geografia e Espanhol Compulsão: Não joguei peteca e fiquei esfregando as mãos.	50 minuto s (horário inteiro de Educação Física)	Não contei, fiquei a aula toda assim.

Dia	Horário	Situação (ou local)	Sintoma (obsessão ou compulsão)	Tempo	Número de vezes
07/12/11	Início da aula	Eu evito falar e encostar no menino que tira nota ruim em Geografia.	Obsessão: Vou tirar nota ruim em Geografia. Compulsão: Não olhei e nem conversei com ele.	Os três primeiros horários	O tempo todo até terminar a prova no terceiro horário.
07/12/11	+ ou _ 08:00	Menino que tira nota ruim em Geografia encostou em mim.	Obsessão: Vou tirar nota ruim na prova igual à dele. Compulsão: Lavei as mãos	+ ou – 10 minutos	Fiquei os 10 minutos lavando as mãos
09/12/11	+ ou – 14:00	Encontrei com menina que tira nota ruim.	Obsessão: Vou tirar nota ruim. Compulsão: Consegui parar e conversar com ela	+ ou – 05 minutos	+ ou – 05 minutos.
15/12/11	+ ou – 09:00	Pensei em uma pessoa que tira nota ruim no 7º ano.	Obsessão: Vou tirar nota ruim no 7º ano. Compulsão: lavei as mãos	+ ou – 03 minutos	05 vezes.
17/12/11	+ ou – 13:00	Pensei em pessoa que tomou bomba	Obsessão: vou tomar bomba também. Compulsão: lavei as mãos	+ ou – 03 minutos.	03 vezes.

Observação: Esta atividade foi explicada no consultório, preenchido uma linha de exemplo e as demais foram realizadas no caderno da paciente como tarefa de casa.

**ANEXO A_ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO MANUAL DIAGNÓSTICO E
ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 4ª EDIÇÃO (DSM-IV-TR).**

**CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE
TRANSTORNOS MENTAIS, 4ª EDIÇÃO (DSM-IV-TR)**

A) Presença de obsessões ou compulsões.

As obsessões são definidas conforme 1, 2, 3 e 4:

- 1) Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou desconforto.
- 2) Os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real.
- 3) A pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação.
- 4) A pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto de sua mente e não impostos a partir de fora, como na inserção de pensamentos.

As compulsões são definidas por 1, 2:

- 1) Comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (rezar, contar, repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas.
- 2) Comportamentos ou atos mentais que visam a prevenir ou a reduzir o desconforto ou buscam evitar algum evento ou situação temida. Entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm conexão realística com o que buscam neutralizar ou evitar e são claramente excessivos.

B) Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que suas obsessões ou compulsões são excessivas e irracionais. Isso não se aplica a crianças.

C) As obsessões ou compulsões causam sofrimento acentuado, consomem tempo (mais de uma hora por dia) ou interferem significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional (ou acadêmico) e em atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 4ª EDIÇÃO (DSM-IV-TR)

D) Se outro transtorno do eixo 1 estiver presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não está restrito a ele (p. ex., preocupação com alimentos na presença de um transtorno da alimentação; arrancar cabelos na presença de tricotilomania; preocupação com aparência na presença de transtorno dismórfico corporal; preocupação com drogas na presença de um transtorno por uso de substâncias; preocupação com doenças graves na presença de hipocondria; preocupação com anseios sexuais ou fantasias sexuais na presença de uma parafilia; ruminções de culpa na presença de um transtorno depressivo maior)

E) A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso ou medicamento) ou condição médica geral.

*Fonte: CORDIOLI, Aristedes Volpato. Vencendo o transtorno Obsessivo-Compulsivo_p.25_2. ed _ Porto Alegre: Artmed, 2008.