

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO INFANTIL: APRESENTAÇÃO DE UM ESTUDO DE
CASO

FERNANDA TABASNIK SCHWARTZ
CAROLINA SARAIVA DE MACEDO LISBOA

RESUMO

O presente relato de caso trata sobre o tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) na abordagem Cognitivo-Comportamental de uma menina de oito anos. Neste sentido, este artigo teve como objetivo apresentar a história da paciente, assim como as técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas ao longo do tratamento. Por fim, foram apontadas características do TOC infantil, assim como da terapia cognitiva com crianças.

Palavras-Chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Terapia Cognitivo-Comportamental; Transtorno Obsessivo-Compulsivo na infância.

ABSTRACT

The present report is about the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) in the Cognitive-Behavioral approach of an eight-year-old girl. Thus, this paper aims to present the history of the patient, as well as cognitive and behavioral techniques used throughout the treatment. Finally, characteristics of childhood OCD were identified, as well as characteristics of the cognitive therapy in children.

Key-Words: Obsessive-Compulsive Disorder; Cognitive Behavioral Therapy; Obsessive Compulsive Disorder in Childhood.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um quadro clínico caracterizado por obsessões ou compulsões. Obsessões são pensamentos, ideias, frases, palavras ou imagens mentais persistentes e intrusivas, que podem provocar ansiedade. Já as compulsões são comportamentos ou atos mentais repetitivos que o indivíduo utiliza na tentativa de diminuir e neutralizar as obsessões (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2002). Algumas das obsessões mais comuns no TOC são: preocupações excessivas com sujeira e contaminação; preocupação com simetria e alinhamento; pensamentos violentos; pensamentos indesejáveis relacionadas a sexo e preocupação excessiva com doenças. Já algumas das compulsões mais comuns são: comportamentos de limpeza, checagens, repetições, contagens, armazenamento de itens sem utilidade, alinhamento, compulsões mentais (repetir frases, contar números, marcar datas, entre outros) (CORDIOLI, 2008).

No CID-10, o TOC se encontra no grupo dos “transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes”, enquanto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) esta psicopatologia encontra-se dentre os transtornos de ansiedade (SMAIRA; TORRES, 2001). No DSM V, ocorreram algumas modificações. O TOC já não se encontra incluso nos Transtornos de Ansiedade, mas sim, em uma seção individual nomeada por “Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Afins”. Além destas modificações, O DSM V inclui um item novo na seção do TOC, titulado por “Risco de Suicídio”, em que é referido que, de acordo com pesquisas, cerca de metade dos indivíduos que foram diagnosticados com TOC manifestaram pensamentos suicidas em algum momento. As taxas de prevalência de tentativa de suicídio são de até um quarto dos portadores do transtorno.

Resultados de um estudo multicêntrico brasileiro apontam que a média de idade do início dos sintomas do TOC encontra-se entre 13,2 e 13,6 anos. Porém, identificam-se, mesmo que em menor frequência, casos de TOC ainda na infância. Algumas pesquisas apontam que os sintomas de mais de 50% dos pacientes diagnosticados com TOC tiveram o início dos sintomas na infância (MIGUEL *et al.*, 2008; DILER & AVCI, 2002). O TOC causa intenso sofrimento às crianças, pois atividades rotineiras como se vestir, realizar atividades e participar de brincadeiras e

esportes podem tornar-se muito difíceis, fazendo com que a criança sinta vergonha e estranhamento ao notar que é diferente em determinados aspectos em relação a crianças da mesma idade (CORDIOLLI, 2007).

Uma modalidade terapêutica muito utilizada para o tratamento do TOC tem sido a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). O surgimento da Terapia Cognitiva (TC) se deu ao final dos anos 60, em um momento de insatisfação com os modelos comportamentais e psicanalíticos, que não atribuíam devida importância aos processos cognitivos como mediadores do comportamento (DOBSON & BLOCK, 1988; DOBSON & SCHERRER, 2004; FALCONE, 2006). Neste período em que surgiram insatisfações com o modelo estritamente comportamental, passou a dar-se mais atenção aos aspectos cognitivos que mediam a expressão do comportamento (DOBSON & BLOCK, 1988; DOBSON E SCHERRER, 2004).

Assim, pode-se afirmar que a abordagem cognitivo-comportamental leva em conta que um processo interno de cognição influencia o comportamento dos indivíduos. Ou seja, uma mesma situação pode ser agradável para uma pessoa e desagradável para outra. Partindo deste pressuposto, pode-se concluir que o que gera emoções e comportamentos não é a situação, e sim a interpretação que a pessoa realiza em relação ao evento ocorrido (KNAPP, 2004). Além disso, as abordagens cognitivas possuem diversas características em comum, porém, existem algumas diferenças em relação aos princípios (DOBSON & SCHERRER, 2004). A terapia cognitiva de Beck e a terapia racional emotivo-comportamental de Ellis têm como objetivo a ocorrência de modificações emocionais e comportamentais, possuindo como foco as cognições. Já os autores de enfoque cognitivo-construtivistas consideram as emoções imprescindíveis na influência do comportamento (ELLIOTT, GREENBERG & RICE, 1993; GUIDANO & LIOTTI, 1983; MAHONEY, 1998; NEIMEYER, 1997).

É possível classificar as terapias cognitivas em três modelos distintos. O primeiro modelo é o de reestruturação cognitiva, que se identifica com as terapias cognitivas de Beck e Ellis. Estas terapias são focadas no problema e possuem como finalidade avaliar a validade das crenças, buscando modificá-las (GABALDA, 1997). O segundo modelo é o cognitivo-comportamental, que foi desenvolvido por teóricos do treinamento comportamental. Um de seus principais objetivos é ensinar habilidades cognitivas (BECK & HOLLON, 1994). O terceiro modelo é o construtivista, que

pressupõe que o indivíduo é proativo em suas experiências. Considera que o conhecimento humano é proativo e evolutivo. Apesar das diferenças entre os modelos, o autor afirma que é possível haver uma integração entre eles (GABALDA, 1997).

A terapia cognitivo-comportamental com crianças passou a ser realizada com mais frequência a partir da década de 1980. Anteriormente, a TCC estava mais voltada para o trabalho com adultos, devido ao fato de que as crianças não possuem determinado nível de maturação cognitiva para compreender algumas técnicas muito utilizadas nessa abordagem (LISBOA; PUREZA & PUREZA; RIBEIRO, 2014). Ao longo de anos ocorreram discussões em torno da terapia infantil, em relação à efetividade das técnicas aplicadas a estas faixas etárias (DATILLIO, FREEMAN & REINECKE, 1998). Entretanto, conclui-se que a terapia com crianças possui algumas diferenças da terapia com adultos, principalmente devido ao fato de que ocorre de forma lúdica com a maioria das crianças. É essencial estar atento para o fato de que as crianças encontram-se em desenvolvimento (CAMINHA & CAMINHA, 2007; PAPALIA & OLDS, 2000; REINECKE *et al.*, 1998). Outra diferença é que poucas crianças chegam à terapia por vontade própria, sendo geralmente levadas por algum responsável (LEVE, 1995).

Alguns fatores são muito importantes no tratamento com crianças, como por exemplo, uma avaliação da família para verificar qual é a abordagem ideal de terapia: individual ou familiar. O fato de a criança ser trazida à terapia não significa que ela realmente necessite de tratamento individual. Além disto, se a criança não percebe a importância de fazer terapia, provavelmente será difícil seu engajamento no tratamento. Por esta razão, é importante o terapeuta estabelecer uma relação colaborativa com a criança, pautar objetivos com ela, a fim de construir o vínculo (DIGIUSSEPE, 1981).

Considera-se importante utilizar materiais ou recursos lúdicos na psicoterapia infantil, como fantoches, brinquedos e histórias. Uma das razões pelas quais materiais e brinquedos facilitam a terapia é que a grande maioria das crianças necessita de estímulos concretos e uma linguagem adequada à faixa etária para compreender determinados conceitos, como por exemplo, sentimentos, pensamentos e emoções. É importante que o terapeuta infantil, assim como na terapia de adultos, seja ativo, e utilize um número maior de técnicas comportamentais do que cognitivas (BAILEY, 2001; CAMINHA & CAMINHA, 2007; REINECKE, 1998). Para a terapia

infantil ser efetiva, é necessária a colaboração dos pais ou responsáveis, além de realizar entrevistas na escola e com outros possíveis profissionais que têm contato com a criança. Deste modo, o terapeuta encontra a possibilidade de conhecer diversos contextos da vida da criança (OLIVEIRA; SOARES, 2011).

No tratamento do TOC na abordagem cognitivo-comportamental são frequentemente utilizadas técnicas comportamentais e cognitivas. A Terapia Comportamental está baseada na teoria da aprendizagem, pressupondo que os rituais são formas que o indivíduo encontra para aliviar o desconforto advindo das obsessões. Ao perceber que está aliviando o desconforto, o indivíduo passa a repetir estes rituais (BORTONCELLO; CORDIOLI; GOMES; SOUZA, 2011). No tratamento infantil, algumas técnicas comportamentais, como a Exposição e Prevenção de Resposta (EPR), mostraram-se efetivas ao reduzir sintomas do TOC (CARPENTER, KAHN, MARCH, 1997; STEWART *et al.*, 2004; GOTESTAM, LARSSON, PIACENTINI, VALEDRHAUG, 2007). No modelo comportamental, estimula-se o paciente a se expor às situações temidas, entrando em contato com objetos ou situações para ele consideradas perigosas, e a diminuir até extinguir a execução dos rituais. Primeiramente, esta exposição pode gerar ansiedade, porém, com o decorrer do tempo, o indivíduo irá se habituar, ou seja, a ansiedade será aliviada de forma espontânea à medida que o paciente realizar a exposição (BORTONCELLO; CORDIOLI; GOMES; SOUZA, 2011). A prevenção de resposta refere-se a deixar de realizar os rituais, podendo causar, assim como na técnica da exposição, uma ansiedade inicial (RACHMAN; SILVA & ROPER, 1976).

Outra intervenção muito utilizada no tratamento do TOC é a cognitiva. As técnicas cognitivas pressupõem que as obsessões de alguns indivíduos derivam de interpretações distorcidas a respeito de pensamentos. Esta interpretação distorcida é a causa de pensamentos “normais” tornarem-se obsessões (RACHMAN, 1997). Algumas das principais técnicas cognitivas são o questionamento socrático e a técnica das duas alternativas. O questionamento socrático possui como finalidade a modificação dos pensamentos irracionais por um pensamento mais lógico, de modo que as crenças do paciente não sejam mais vistas como verdade absoluta, mas sim, colocadas em dúvida (BORTONCELLO; CORDIOLI; GOMES; SOUZA, 2011). A técnica das duas alternativas tem como objetivo que o paciente crie uma explicação alternativa para as suas obsessões, para em seguida, testá-la. O paciente deve pensar a respeito de duas

teorias criadas, refletindo acerca de qual é mais realista e provável de ocorrer, como por exemplo: “Estou contaminado, razão pela qual necessito realizar os rituais” e “Sinto que estou contaminado em razão dos sintomas do TOC”. Esta técnica pode ser ensinada aos pais, para que eles realizem com a criança em casa quando for necessário.

RELATO DO CASO

Apresentar-se-á um relato de caso de uma menina de oito anos com sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo atendida em uma instituição de ensino, pesquisa, atendimento e consultoria na área da saúde mental *. Objetiva-se propor uma discussão sobre o transtorno obsessivo-compulsivo na infância e o tratamento cognitivo-comportamental.

Marina¹ tem oito anos e reside na grande Porto Alegre junto com os seus pais, o irmão e cunhada.

A paciente foi trazida para a clínica por seus pais com sete anos. A queixa dos pais era de que Marina estaria apresentando alguns comportamentos “estranhos”, como passar creme no corpo todo antes de dormir- inclusive no cabelo-, trocar de pijama duas vezes à noite e proibir qualquer pessoa de encostar em sua boneca preferida, - e se isto ocorria, Marina lavava a roupa da boneca. A paciente relatava que passava creme em todo o corpo e trocava de pijama duas vezes antes de dormir para evitar que surgissem aranhas e baratas no seu quarto durante a noite. De acordo com os pais, estes comportamentos iniciaram quando ela tinha cinco anos de idade, sendo que o tempo desde o início dos sintomas até a procura do tratamento foi de dois anos. Eles relatam que a demora pela busca de tratamento se deu por acreditarem que seria apenas uma fase passageira. Devido aos comportamentos repetitivos da paciente e a interferência que causavam em sua rotina, foi levantada uma hipótese diagnóstica de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).

* Convém salientar que os familiares da paciente assinaram um termo de consentimento de que tratava-se de uma clínica-escola e que, por este fato, os atendimentos realizados poderiam contribuir para atividades de ensino e pesquisa, respeitando-se todos os cuidados éticos.

Nas sessões iniciais, os pais relataram que Marina possui um primo em primeiro grau que recebeu o diagnóstico de TOC. Este primo atualmente tem vinte e dois anos e seus sintomas obsessivos tiveram início durante a infância. De acordo com estudos realizados, pacientes que possuem histórico familiar de TOC podem levar mais tempo para buscar tratamento do que pacientes sem histórico familiar deste transtorno. Além deste dado, pesquisas com familiares de crianças com TOC apontam a existência desta patologia em até 35% dos parentes em primeiro grau (LENANE E COL., 1990; LEONARD E COL., 1992; PAULS E COL., 1995).

Apesar do significativo espaço de tempo para a procura de atendimento psicológico, os pais da paciente já haviam consultado uma psiquiatra, que receitou o medicamento Fluoxetina. Quando Marina iniciou a terapia, já estava tomando esta medicação. A Fluoxetina faz parte de um grupo de medicamentos chamados de “Inibidores Seletivos da Receptação da Serotonina” (ISRS), que, de acordo com pesquisas realizadas, possuem muita efetividade no tratamento do TOC. Esse grupo aumenta os níveis de serotonina nas sinapses nervosas, e conseqüentemente, auxilia na redução dos sintomas (CORDIOLI; LOVATO, 2014). Considera-se que nos casos infantis de TOC leve a moderado a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é a abordagem mais utilizada. Já nos níveis de gravidade moderados a grave, na maioria dos casos utiliza-se farmacoterapia associada à TCC (MANCUSO *et al.*, 2010; PRACTICE PARAMETERS, 2012).

Sessões Iniciais

No início do tratamento foi realizada a psicoeducação sobre o modelo da TCC e sobre TOC com a paciente e com os seus pais separadamente, que se mostravam um pouco confusos e com muitas dúvidas a respeito do transtorno, como por exemplo, se é normal o TOC ocorrer em crianças. No caso da paciente, foi feita uma explicação clara e adequada para a faixa etária dela.

A psicoeducação é muito importante na fase inicial da terapia, uma vez que explica o modelo da TCC por ser uma abordagem que trabalha muito com o aqui-e-agora, concentrando-se no problema (BASCO; THASE; WRIGHT, 2008), além de ter

como um dos principais objetivos modificar pensamentos ou crenças distorcidas (CORDIOLI, 2008). A psicoeducação também é o momento em que o terapeuta explica para o paciente e seus familiares sobre o transtorno- TOC-, como ocorrem suas manifestações, o que são obsessões e compulsões, como se dá o tratamento para este transtorno, além de esclarecer possíveis dúvidas (BRAGA; BORTONCELLO; CORDIOLI; GOMES; ISOLAN, 2014). Este momento caracteriza um espaço importante para que o paciente e seus responsáveis compreendam a respeito do transtorno, além de ter como um dos objetivos motivar o paciente para aderir ao tratamento (BICCA; CORDIOLI; VIVAN, 2011).

Logo após, com o propósito de, aos poucos, diminuir os sintomas, foi proposta a técnica de Prevenção de Resposta, que se trata de o paciente deixar de executar as compulsões, e conseqüentemente, quebrar as associações entre estímulos e respostas (ANTONY, 2011). À medida que o paciente abstém-se da realização dos rituais, passa a se expor a riscos e conviver com a incerteza, podendo modificar crenças irracionais, substituindo-as por novas (CORDIOLI, 2014). Foi combinado que, se Marina conseguisse não passar creme em nenhuma parte do corpo durante a semana toda e não trocar de pijama após o banho ganharia uma “varinha mágica” e uma tiara, com a finalidade de lhe reforçar positivamente.

Foi criado também, juntamente com a paciente, um calendário, onde Marina deveria anotar todas as noites, junto com os seus pais, se realizou os rituais naquele dia ou não. O calendário continha todos os dias da semana e Marina marcava um X nos dias em que realizou algum dos rituais. Além disso, Marina desenhou e escreveu o combinado em um cartaz, com o objetivo de ser colocado em seu quarto para que ela não se esquecesse do desafio. Este desafio proposto possui semelhanças com a técnica chamada Economia de Fichas, que é um sistema de reforçamento em que são utilizadas fichas como reforço imediato. A técnica possui como uma das principais finalidades inserir no paciente comportamentos almejados e mantê-los (FANTINO; LOGAN, 1979).

Sessões Intermediárias

Nas sessões intermediárias, o objetivo na abordagem cognitivo-comportamental é a ressignificação cognitiva. Neste momento do tratamento, o terapeuta já realizou a conceitualização cognitiva e os pacientes e seus pais também já estão psicoeducados em relação ao transtorno. Durante as sessões intermediárias, técnicas cognitivas e comportamentais são utilizadas a fim de ressignificar as crenças distorcidas e aliviar o sofrimento do paciente. Assim, com o propósito de facilitar o entendimento da paciente com relação ao transtorno, foi solicitado que Marina fizesse um desenho ilustrando o seu personagem do TOC. Esta atividade pode auxiliar no tratamento, visto que as crianças até determinada idade ainda estão em uma etapa na qual seu pensamento é essencialmente concreto. O objetivo de criar esse personagem é explicar ao paciente, em uma linguagem adequada para a faixa etária, que é este personagem do TOC quem está “mandando” a criança fazer estes rituais e que é importante lutar contra ele para o TOC não vencer. O objetivo é que a criança entenda que sua luta é contra esse personagem (BRAGA, BORTONCELLO, CORDIOLI, GOMES, ISOLAN, 2014). Ao ser solicitado que Marina criasse o seu personagem, ela desenhou as “Donas Chatas” (aranhas e baratas que ela tem medo de que apareçam em seu quarto).

Após esta atividade, a fim de verificar quais perspectivas Marina possuía da terapia e do seu transtorno, ela escreveu, em primeira pessoa, a história da sua vida em relação às Donas Chatas, sendo lhe solicitado que a história possuísse início, meio e final. A paciente iniciou a história escrevendo quando iniciaram os sintomas, quais são eles, e criou um final feliz, em que os sintomas desapareceram com a ajuda da terapia. Marina relatou no final da história que conseguiu vencer as Donas Chatas e se sentiu muito feliz.

Nos encontros seguintes, sempre no início da sessão era verificado com Marina e seus pais o calendário, sendo a menina reforçada positivamente quando conseguia ficar sem realizar os rituais. Os reforços eram verbais, parabenizando-a por já ter tido progressos em pouco tempo de terapia e lhe lembrando do combinado: quando ficasse sete dias sem realizar nenhum ritual iria ganhar os dois prêmios.

Durante o tratamento, também foi utilizado o Baralho das Emoções (Caminha & Caminha, 2008), instrumento que facilita o acesso às emoções das crianças. O baralho possui 21 cartas para meninos e 21 para meninas com desenhos de

diferentes emoções, além das cartas “termômetro”, utilizadas para a criança medir o quanto sente essa emoção (Opções: Muito fraco, fraco, médio, forte ou muito forte). Marina respondia a perguntas, como por exemplo: “O que tu sentes quando passa o creme?”, escolhendo a carta que melhor explicava sua emoção para a situação em questão, e medindo no termômetro o quanto sentia a emoção escolhida.

A cada semana que se passava, resultando em um total de seis semanas, sendo uma sessão semanal, Marina apresentava significativas melhoras, diminuindo cada vez mais os rituais. Cerca de um mês e meio após a primeira sessão, ganhou os seus prêmios (varinha mágica e tiara) por ter permanecido uma semana inteira sem passar o creme em nenhuma parte do corpo e não ter trocado de pijama antes de dormir. Após o período de um mês e meio de terapia, a paciente não apresentava mais os sintomas que manifestava quando iniciou tratamento, de modo que deixou de realizar os rituais. Neste período, Marina foi reforçada positivamente devido a sua grande melhora, parabenizando-a por ter conseguido cumprir o desafio e vencer as Donas Chatas. Também foi explicado para ela a possibilidade de haver lapsos ou recaída em alguns momentos.

Sessões finais

Nesta fase foi explicado para a paciente e seus pais sobre a Prevenção a Recaída, que é um modo de auto manejo que busca melhorar o estágio de manutenção atingido pelo paciente e ensiná-lo formas de lidar com possíveis recaídas (GORDON; MARLATT, 1993). Também foram realizadas sessões apenas com os seus pais, nas quais foi explicado que Marina está na fase de manutenção, sendo que momentos de recaída podem ocorrer.

É importante que o paciente e seus pais compreendam que lapsos são comuns, para não correr o risco de associar a um fracasso da terapia. Algumas técnicas para serem utilizadas neste período de prevenção de recaída são: a identificação, junto com o paciente, de situações que podem ser gatilho para a recaída; pensar em maneiras de lidar com a vontade de realizar um ritual, como por exemplo, focar no autocontrole para não realizar automaticamente os rituais com os quais estava acostumado, distrair-

se, pensando em outros assuntos durante os momentos de risco e utilizar cartões de enfrentamento; esclarecer que lapso não é o mesmo que recaída, e que cometer um lapso não implica no fracasso da terapia e da capacidade do paciente (CORDIOLI, 2004). Pode-se utilizar, nos momentos de risco, a estratégia de conversar consigo mesmo e dar ordens, como por exemplo, “você pode se controlar!”. Outra técnica de prevenção de recaída é revisar a lista de sintomas que o paciente apresentava, e se tiver ocorrido recaída, pensar, junto com o paciente, o que provocou e qual foi o pensamento automático no momento (KNAPP, 2004).

Com o propósito de criar outras opções alternativas para não realizar os rituais, foi proposto que Marina realizasse um desenho de um lugar seguro para ela. Deste modo, quando sentisse vontade de fazer os rituais, iria se “retirar” para este local seguro. Marina realizou um desenho dela com sua família (os pais, o irmão e a sobrinha).

Uma vez que os sintomas haviam cessado, foi questionado aos pais que outros focos para a terapia existiam, visto que as metas iniciais foram atingidas. Os pais de Marina relataram que gostariam que ela continuasse em terapia para trabalhar situações como o ciúme da sobrinha mais nova e dificuldade em respeitar limites impostos pelos pais. Portanto, durante os quatro meses e meio que se seguiram, o foco da terapia foi o manejo das emoções, como o ciúme, e frustração de maneira mais adequada, pois Marina não aceitava receber “não” dos pais, segundo relato dos mesmos. Quando isto ocorria, Marina gritava e chorava tanto até que os pais cediam a sua vontade.

Após estes quatro meses e meio, os sintomas do TOC retornaram. Ao investigar se houve algum fator precipitante para tal, Carla, mãe da paciente, relatou uma situação. Na semana anterior, o pai de Marina havia caído do telhado. A filha foi a única pessoa que viu a queda, e, ao ver o pai caído no chão, desesperou-se. A partir desse episódio, os sintomas retornaram. Porém, a paciente refere não haver nenhuma relação entre o episódio ocorrido e o retorno dos sintomas. Houve um agravamento dos comportamentos em relação aos do início do tratamento. Além do retorno dos sintomas anteriores (trocar de pijama antes de dormir e passar creme no corpo), Marina estava cuspidando no chão constantemente, esfregando muito o sabonete em todo o corpo durante o banho, rezando antes de dormir para aranhas e baratas não entrarem em seu

quarto durante a noite, além de sentir a necessidade de, juntamente com a sua mãe, contar até 100 antes de dormir, de modo intercalado (cada uma contava um número), de mãos dadas. Segundo o relato de Carla, quando a contagem chega ao número 98, Marina joga uma partida de um jogo em seu celular e retoma a contagem a partir do número 99. Os pais relataram um episódio em que Marina cheirou todos os pijamas do armário antes de escolher um para vestir, e neste dia, além de passar creme no corpo, passou no pijama também.

Foi realizado, igualmente ao início da terapia, psicoeducação com os pais sobre como lidar com a filha, visto que a mãe estava reforçando os sintomas e auxiliando a realizar os rituais. Quando Marina sentia necessidade de lavar sua boneca, após alguém ter encostado nela, a mãe realizava a lavagem para a filha. Carla também relatou que frequentemente Marina pedia para ela lavar as mãos, ao que a mãe respondia que não iria lavar, pois não havia necessidade. Com a insistência da filha, Carla cedia e fazia o que a Marina estava solicitando, pois se não esta iria “chorar e gritar”. Foi conversado com a mãe sobre limites e frustrações, e que auxiliar nos rituais tornaria muito mais difícil o tratamento. Além disto, quando Marina rezava antes de dormir para as aranhas e baratas não entrarem no quarto, solicitava à mãe que rezasse também, citando as mesmas palavras de Marina: “Papai do Céu, faz com que não apareçam bichos no quarto”. Foi combinado com Carla e com Marina que a mãe não iria mais rezar com a filha, visto que Carla não possui essas preocupações em relação a insetos citadas na reza e que devia mostrar a Marina que não reforçava estes comportamentos. Inicialmente, a paciente resistiu ao combinado, mas após conversarmos sobre a importância deste, ela aceitou, dizendo que iria tentar rezar sem a mãe.

Na sessão seguinte, foi realizada novamente a criação, por Marina, do seu personagem do TOC. Desta vez, a paciente criou um personagem diferente, chamado “Toque- Bóque”. Após o desenho, foi explicado para ela o que é um cartão de enfrentamento e qual é a sua importância. Este cartão é utilizado para encorajar o paciente a enfrentar determinadas situações. Marina optou por fazer o cartão em forma de desenho. Desenhou quatro situações comuns para ela, como por exemplo, abrir o armário para pegar um novo pijama antes de dormir, e desenhou algumas flechas apontando que quando isso acontecesse, deveria ir para outra peça da casa. O

combinado foi de que, sempre que sentisse vontade de realizar os rituais, iria olhar o cartão.

Com o propósito de realizar novamente a técnica da Prevenção de Resposta, que objetiva que o paciente deixe de realizar as compulsões, foram criados alguns desafios (ANTONY, 2011). Foram selecionados três sintomas principais, e, junto com a paciente, colocados em uma ordem de quais ela considera os mais fáceis de deixar de realizar até o mais difícil. Os desafios estabelecidos foram “não cuspir”, “não trocar de pijama” e “não passar creme”, sendo que o último é considerado o mais difícil. Para cada um destes desafios há um prêmio. Criou-se uma tabela e estabeleceu-se quantos pontos ela deveria juntar para ganhar as premiações.

Também foi utilizada a técnica do questionamento socrático, com o objetivo de criar um momento de reflexão da paciente a respeito do problema e de soluções alternativas. Esta técnica é formada por diversas questões que auxiliam a pensar em uma nova direção para as futuras condutas e a levar o paciente a pensar em conclusões coerentes (MIYAZAKI, 2004). A paciente foi questionada com questões como “Nas vezes que tu deixaste de passar creme no corpo, o que aconteceu?”, “E dessa vez, o que tu achas que poderia acontecer?”, “O que de pior poderia acontecer se tu deixasses de realizar os rituais?”. Percebeu-se que Marina tentava se esquivar dos questionamentos, respondendo de maneira curta e tentando mudar de assunto. Foi realizada psicoeducação com os pais a respeito do questionamento socrático, sendo explicada qual a importância da técnica. Eles foram orientados a realizar questionamentos com Marina em casa em momentos de ansiedade.

Percebe-se que quando Marina tenta deixar de fazer um ritual, demonstra ansiedade. Por essa razão, foram realizadas técnicas de relaxamento. A técnica utilizada foi o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (1938), que orienta os pacientes a tensionar e relaxar grupos musculares. Inicialmente, ensina-se às crianças a tensionar diversos grupos musculares, e após cinco a oito segundos ela libera a tensão e relaxa os músculos. Trabalha-se um grupo muscular por vez (MCCLURE, JESSICA; GARCIA, JOLENE; FRIEDBERG, ROBERT, 2009). A paciente foi instruída a realizar esse relaxamento em casa em momentos de ansiedade. Além do relaxamento muscular, também foi ensinado para Marina um exercício de respiração profunda de maneira criativa, para aumentar a motivação da paciente em realizar a técnica. Pistas visuais

beneficiam muitas crianças, pois faz com que elas compreendam melhor o objetivo da técnica, além de ser uma maneira de poder monitorar sua respiração. Com Marina foram utilizadas bolinhas de sabão, pois para formar as bolinhas a criança deve soprar lentamente (WARFIELD, 1999).

Após seis meses de terapia, os pais retiraram Marina do tratamento referindo dificuldade para levá-la as sessões. Em relação ao abandono da terapia, foi realizada uma pesquisa em um centro comunitário de saúde que indicou a incidência de 39,2% de abandono (MELO; GUIMARÃES, 2005). Há muitos fatores envolvidos no abandono da terapia por parte do paciente, como características sociodemográficas, variáveis específicas do paciente, do tratamento, do terapeuta e institucionais (LHULLIER, 2004).

¹ Todos os nomes apresentados no presente trabalho são fictícios.

DISCUSSÃO

Percebe-se, a partir do relato deste caso, que embora os pais tenham abandonado o trabalho psicoterápico, a abordagem cognitivo-comportamental é eficaz para o tratamento do TOC na infância. As técnicas de psicoeducação, prevenção de resposta, questionamento socrático e o desenho do personagem do TOC mostraram-se efetivas no trabalho psicoterápico com a paciente. Na Prevenção de Recaída, foi importante a utilização do cartão de enfrentamento e o desenho do lugar seguro.

Destaca-se o trabalho com os pais no atendimento infantil, sendo que os familiares podem ser aliados do terapeuta ou dificultar a terapia (KNAPP, 2004). Estudos mostram que, quando os pais se envolvem e auxiliam no tratamento, procurando ouvir orientações a respeito do manejo com a criança, são maiores as chances de melhora (BORTONCELLO; CORDIOLI; GOMES; SOUZA, 2011). No relato de caso apresentado, muitas vezes os pais reforçavam os comportamentos da menina, ocorrendo o processo de acomodação familiar (AF). Acerca deste processo, algumas das ações que são comuns de os familiares executarem são auxiliar a criança a obter objetos necessários para realizar os rituais ou aceitar pedidos, como por exemplo, não tocar em determinados objetos (BRAGA; BORTONCELLO; CORDIOLI; GOMES; ISOLAN, 2014). No caso da paciente, um exemplo de AF ocorreu quando Marina iniciou os sintomas do TOC. Relatava aos pais que sentia muito medo de que surgissem aranhas e baratas em seu quarto durante a noite, e por essa razão, sentia a necessidade de passar talco por todo o corpo antes de dormir. Como Carla, mãe da paciente, sentia-se desconfortável com o fato de o talco sujar a roupa de cama, deu a sugestão (a qual foi aceita) de a filha trocar o talco por creme. Carla também reforçava os comportamentos da filha quando ajudava ela no banho e passava o sabonete muito forte no corpo da Marina, da maneira como ela pedia.

Ao longo da terapia foram realizadas sessões apenas com os pais de Marina com o objetivo de conversar a respeito da importância do reforço positivo, sobre como eles estavam se sentindo e orientá-los sobre como agir em determinadas situações. Um exemplo de situação relatada pelo pai da paciente foi quando Marina sentou em seu colo, e o pai lhe disse que estava muito suado, razão pela qual a filha deveria sair do

colo dele. Foi explicado para o pai os motivos pelos quais ele não deveria falar isto, visto que Marina estava progredindo no tratamento e esta atitude é uma forma de reforçá-la negativamente.

Ao conversar sobre como os pais da paciente estavam se sentindo, eles relataram que estavam muito cansados e irritados. Acerca destes sentimentos negativos, é importante que o terapeuta oriente para que não sejam expressos em frente à criança, pois pode aumentar a ansiedade e, conseqüentemente, dificultar a melhora dos sintomas (BORTONCELLO; CORDIOLI; GOMES; SOUZA, 2011).

O TOC na infância e adolescência pode causar interferência significativa na rotina da família, principalmente em razão de regras impostas pela criança relacionadas ao TOC, o que é muito comum. Os pais podem ficar confusos e com dificuldade de lidar com as situações geradas pelos sintomas do transtorno (CORDIOLI, 2014). Por não saber como lidar, muitas vezes os pais auxiliam na realização dos rituais e atendem a exigências feitas pela criança. Assim, instala-se o processo de Acomodação Familiar. Considera-se que os pais ou responsáveis que reforçam os comportamentos da criança estão no polo de acomodação, enquanto os que se opõem e não participam dos rituais estão no polo antagonístico. Também há a existência dos dois polos em uma mesma família, quando alguns membros comportam-se de determinada maneira, e outros não (FERRÃO; FLORÃO, 2010).

A eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental do TOC na infância e adolescência tem se tornado, cada vez mais, alvo de estudos e pesquisas (HODGSON; MARKS; RACHMAN, 1975; FOA; GODSTEIN, 1978). Considera-se muito importante estar atento a alguns sinais do TOC na infância, como por exemplo, o aumento do tempo para a realização de atividades rotineiras, muitas lavagens do corpo e arrumação excessiva de objetos (RANGÉ, 2003). Destaca-se a importância de diagnosticar e tratar o TOC na infância, visto que é um transtorno crônico que, se não for tratado, geralmente permanece durante toda a vida (BORTONCELLO; GOMES; MATTE; SALUM; VIANA; VIVAN; ZOTTIS, 2011).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Rosa Maria; COMIS, Thiago; GOMES, Cema. Transtorno obsessivo-compulsivo nas diferentes faixas etárias. **Aletheia**, Canoas , n. 33, dez. 2010.
- ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- ANTONY, Martin; BIELING, Peter; MCCABE, Randi. **Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BASCO, Monica; THASE, Michael; WRIGHT, Jesse. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BENETTI, Silvia P. C.; CUNHA, Tatiane R. S.. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, jun. 2008.
- CAMINHA, Marina; CAMINHA, Renato. **Intervenções e Treinamento de Pais na Clínica Infantil**. Porto Alegre: Sinopsys Editora, 2011.
- CAMINHA, Renato; OLIVEIRA, Margareth; PICCOLOTO, Neri; WAINER, Ricardo. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- CANALS, A., FIGUEIREDO, KUHN, R., ARGIMON, I. Terapia Cognitivo-Comportamental nos transtornos alimentares: uma abordagem familiar para intervenção em crise. **Revista de Psicologia da IMED**, Porto Alegre, 1, fev. 2011.
- CORDIOLI, Aristides. **TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- DATTILIO, Frank; FREEMAN, Arthur; REINECKE, Mark. **Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes: Manual para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- D'EL REY, Gustavo J. Fonseca; PACINI, Carla Alessandra. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, Aug. 2006.

FERRAO, Ygor; FLORAO, Marcelo. Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro , v. 59, n. 1, 2010.

FRIEDBERG, Robert; GARCIA, Jolene; MCCLURE, Jessica. **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes: Ferramentas para aprimorar a prática**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FRIEDBERG, Robert; MCCLURE, Jessica. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GOMES, Juliana Braga et. al. Terapia cognitivo-comportamental com intervenção familiar para crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre , v. 33, n. 2, 2011.

KNAPP, Paulo. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TOMANARI, Gerson Yukio. Reforçamento condicionado. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva.**, São Paulo , v. 2, n. 1, jun. 2000.

TORRES, Albina R; SMAIRA, Sumaia I. Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo , v. 23, supl. 2, Oct. 2001.

ULLOA FLORES, Rosa Elena; PALACIOS CRUZ, Lino; SAUER VERA, Tizbé del Rosario. Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión del tratamiento. **Salud Ment**, México , v. 34, n. 5, oct. 2011.