

Intervenções cognitivo-comportamentais no atendimento infantil: relato de uma experiência

Cognitive-behavioral Intervention with a Child with Tourette Syndrome: An Experience Report

<http://dx.doi.org/10.18316/2317-8582.15.12>

Ludiane Scopel ¹

Tânia Rudnicki ¹

¹ Faculdade da serra gaúcha - FSG.

E-mail: ludi_scopel@hotmail.com

Recebido : 15/08/2015

Aprovado : 20/10/2015

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo apresentar um relato de experiência em psicologia clínica, atendido por uma estagiária de Psicologia em Clínica/Escola de uma Instituição de ensino. Trata de um menino, de sete anos, que apresentou sintomatologia direcionada à Síndrome de Tourette, mostrando intensa ansiedade em relação aos tiques motores e/ou vocais. A avó paterna foi quem o trouxe para atendimento, em função dos movimentos involuntários que apresentava, percebendo o quanto isso o incomodava. Foram realizadas intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental, tais como: psicoeducação, com o menino e a avó; bem como a técnica de distração, buscando melhora na qualidade de vida. A partir das intervenções realizadas, foi possível observar melhora gradual nos sintomas e o paciente conseguiu obter maior controle sobre os tiques, bem como diminuir a ansiedade frente a eles.

Palavras-Chave: Terapia Comportamental Cognitiva; Desenvolvimento infantil; Síndrome de Tourette; Psicologia Clínica.

Abstract

This paper aims to present an experience in clinical practice, attended by a trainee in Clinical Psychology of Educational institution. It is about a boy, who is seven years old and with complaints directed to *Tourette's* syndrome, showing intense anxiety about the motor and/or vocal tics. The paternal grandmother brought the boy to the service because she observed that these involuntary movements bothered. Interventions based on cognitive behavioral therapy have been performed such as psycho education, with the child and grandmother, as well as the distraction technique, seeking improvement quality of life. From the interventions, it observed gradual improvement in symptoms, where the patient was able to gain greater control over tics, as well as, decrease anxiety front of them.

Keywords: Child development; Tourette Syndrome; Cognitive Therapy; Psychology Clinical.

Introdução

A infância, como fase do desenvolvimento humano, possui grande importância, pois é a partir dela que as outras fases serão norteadas. O vínculo que é criado com os pais e suas primeiras experiências irão influenciar no desenvolvimento cognitivo, afetivo e social¹. Entretanto, ao longo do desenvolvimento, eventualmente poderá ocorrer algum transtorno de ordem psíquica, sendo relevante o paciente ser diagnosticado precocemente para uma maior efetividade do tratamento.

A Síndrome de la Tourette (ST) é uma patologia caracterizada pelo comprometimento psicológico e social dos pacientes, causando impacto na vida dos portadores e de seus familiares². Geralmente, é associada a uma variedade de problemas comportamentais e emocionais. A Síndrome de Gilles la Tourette é um distúrbio genético, de natureza neuropsiquiátrica, caracterizado por fenômenos compulsivos, que, muitas vezes, resultam em uma série repentina de múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais².

Geralmente, os pacientes apresentam, de início, tiques simples, evoluindo para os mais complexos, variando o quadro clínico de paciente para paciente. É descrito comprometimento psicológico e social na vida do paciente e da família, além de relacionarem o transtorno com o estresse. Nesse caso, os tiques passam a ser muito mais frequentes diante de eventos estressores e também podem estar relacionados com os fatores neurobiológicos². Como característica da Síndrome, os tiques acometem a pessoa durante pelo menos um ano, tendo início antes dos 18 anos de idade, podendo ser classificados como motores e vocais, subdividindo-se, ainda, em simples e complexos³.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC), considerada educativa e focal⁴, é indicada para crianças, de modo que elas possam identificar seu problema, juntamente com o terapeuta, e, a partir disso, o terapeuta irá ajudá-la a identificar suas emoções, crenças e seus comportamentos frente a situações adversas. Dessa forma, busca promover bem-estar para a criança em seu ambiente, minimizando a ansiedade gerada e o sofrimento emocional através de diversas intervenções.

O presente trabalho apresenta um relato de experiência de uma estagiária de Psicologia Clínica no atendimento a um menino. Através da relação terapêutica e do uso de técnicas cognitivas e/ou comportamentais, buscou-se oferecer uma melhor qualidade de vida ao paciente, juntamente com a minimização da ansiedade frente aos sintomas da síndrome⁵. Parte-se do princípio de que, antes de tudo, é fundamental que o terapeuta conheça as peculiaridades e as características que apresentam a ST e possua o domínio das técnicas aplicadas, para que assim sejam alcançados os objetivos traçados com o paciente e com a família.

Relato de experiência

O paciente, que iremos chamar de Pedro, tem sete anos, em atendimento clínico psicoterápico por onze meses, uma vez por semana em uma Clínica Escola de uma Instituição de Ensino, em Caxias do Sul/RS. Trazido pela avó paterna, que possui a guarda da criança, a queixa inicial era de que o menino “*apresentava alguns movimentos sem ele querer*”, o que o deixava muito ansioso (sic). Tais movimentos já estavam presentes há três meses antes de buscar

atendimento, entre estes destacam-se: piscar os olhos, virar constantemente o pescoço, abrir a boca, e, ao andar, dobrar o joelho e/ou bater a ponta do pé no chão (tiques motores complexos).

Iniciou atendimento apresentando os tiques de piscar os olhos e bater a ponta do pé. Com relação a tiques vocais, no início dos atendimentos apresentava tique vocal simples, como som de limpar a garganta em alguns momentos. Ao longo do período, foi desenvolvendo outros tiques, como virar constantemente o pescoço, abrir a boca e dobrar o joelho em concomitância com a batida da ponta dos pés. Foi observado que, após o período de três meses de tratamento, Pedro não apresentava mais o tique vocal. Vale ressaltar que, embora alguns tiques tenham se modificado, durante o período que permaneceu em atendimento, ele apresentou pelo menos um tique recorrente.

Como dado relevante de sua história, a avó relata sofrimento pelo abandono materno aos quatro meses de vida. A partir dessa época, os avôs paternos ficaram como responsáveis legais pela criança. A mãe fazia uso abusivo de drogas, tendo usado substâncias psicoativas durante toda a gestação. Atualmente, Pedro reside com os avôs e com o pai, não tendo mais contato com sua mãe desde então.

Tendo em vista a elevada ansiedade que a criança apresentava em relação aos sintomas de tiques sofridos, após o levantamento da hipótese diagnóstica de ST, indicou-se reavaliação neurológica para que, além da definição do diagnóstico, o neurologista pudesse reavaliar a medicação da criança. Ele fazia uso de Ritalina® há dois meses antes de iniciar o atendimento psicoterapêutico. Apesar da insistência e trabalho com a avó para levá-lo novamente à avaliação médica, somente nos meses finais do atendimento psicoterápico ela o levou para reavaliação neurológica, na qual foi comprovado o diagnóstico de ST.

Método de trabalho

A psicoeducação sobre o modelo cognitivo é o primeiro passo para uma conceituação cognitiva eficaz. Antes de iniciar o processo de conceituação, é necessário verificar se esse processo compreendeu o modelo e a inter-relação entre pensamento, emoção e comportamento, para que se possa dar início ao processo de compreensão da conceituação de seu sistema de crenças.

A explicação do modelo cognitivo é realizada utilizando-se a parte inferior do Diagrama de conceituação cognitiva⁶, que inclui a identificação de situação, pensamento automático, emoção, reação fisiológica e comportamento. No caso, Pedro relata que “os colegas da escola mexem comigo... eu sei que preciso parar, mas não consigo” (sic). Assim, sente-se incapaz, fica triste e ansioso, intensificando os tiques.

A conceituação cognitiva faz parte do enquadramento necessário para compreender o paciente, que começa a ser construído já no primeiro contato. Irá nortear o plano terapêutico e ao longo do tratamento será modificado, conforme o processo for evoluindo.

Já na infância, as crenças de si, das pessoas e do mundo vão se concretizando, e com isso formam-se as crenças centrais, que são definidas por compreensões duradouras fundamentais e profundas⁶. Embora na síndrome de Tourette as crenças centrais não estejam

diretamente relacionadas aos comportamentos de tiques, acredita-se que as mesmas podem interferir na frequência e intensidade dos mesmos, pois sabe-se que a ansiedade ligada a eles é intensa.

É possível perceber que Pedro apresenta os tiques com maior frequência quando ocorre algum evento estressor, ou quando há situações nas quais suas crenças centrais são ativadas. Com relação às crenças de desamparo⁶ que Pedro apresenta, supõe-se que são reforçadas por não conseguir controlar os tiques, tendo como base o quanto inicialmente a avó desaprovava seus comportamentos.

Nas primeiras sessões, buscou-se a compreensão da história de vida do menino, procurando, nesta, fatores que colaboraram para o desencadeamento do transtorno. Além disso, buscou-se identificar os sintomas, pensamentos e sentimentos relacionados à queixa inicial, com os familiares, e, posteriormente, a percepção que o próprio paciente tinha de si mesmo e da situação como um todo.

A primeira e segunda sessão foi dedicada à coleta de informações, entrevista inicial com a avó. Buscou-se verificar as atitudes de cada membro da família frente às queixas apresentadas pelo menino na visão da avó. Ela relata *'Meu marido até tenta corrigir essas coisas (tiques), às vezes chama a atenção do Pedro, mas não dá muita bola para isso, já eu acho que ele pode parar eu brigo com ele, digo para parar e ele só fala que não consegue (...). Ai, o pai dele prefere não se envolver com esse assunto, na verdade ele não se mete em nada da educação do Pedro'* (sic).

Inicialmente, e ao longo de todo o tratamento, após a hipótese diagnóstica de Transtorno de Tourette, foi utilizada a psicoeducação com o paciente focada nos sintomas da ST e a ansiedade que o mesmo sentia frente a eles. Também foi explicado o funcionamento da TCC. Foi utilizada a psicoeducação com a avó para que ela pudesse ter melhor compreensão, contribuindo para o entendimento de que os tiques eram movimentos involuntários.

Ao longo de todo o processo, trabalhou-se para que o avô e o pai viessem à terapia, porém, não foi possível. A partir desse fato, buscou-se então uma maior vinculação por parte da avó no que se refere ao tratamento, para que a mesma também pudesse repassar as informações para o marido e o filho. As orientações para a avó ocorriam ao final da sessão com o paciente, sendo que algumas vezes Pedro também participava.

Outro método de intervenção utilizado com o intuito de monitorar os tiques foi o uso da escala analógica, técnica proposta conforme a demanda do paciente. Chamamos de *termômetro da semana* um espaço no qual ele pontuava, de 0 a 100%, quais tiques foram mais recorrentes e mais atrapalharam a sua rotina durante a semana e, conseqüentemente, causaram maior ansiedade, sendo utilizado 0 para nada recorrente ou incômodo e 100 para extremamente recorrente e incômodo. A técnica foi utilizada durante o período de três meses, compreendidos entre os meses de março e junho de 2015.

A técnica da distração foi utilizada buscando tirar de cena o que está causando ansiedade e sofrimento. Esta pode ser utilizada em variadas situações e pode tomar inúmeras formas, como o dedicar-se a outra atividade⁷ e, a partir disso, foi pensado junto com o paciente uma distração que ele acreditasse ser prazerosa, para que houvesse a eficácia desejada.

Dessa forma, Pedro passou a pintar desenhos infantis, fazendo essa atividade principalmente como tarefa de casa. Assim, quando ele se sentia muito ansioso e agitado, o que acabava agravando os sintomas, ele pintava desenhos já pré-elaborados, para desfocar ou mesmo distrair o pensamento que o deixava ansioso, sendo estimulado a pensar em outras coisas.

No décimo mês de atendimento, o paciente iniciou reavaliação e acompanhamento neurológico no qual, pelo neurologista, foi confirmada a hipótese diagnóstica de Síndrome de Tourette. Porém, antes da consulta neurológica, já não estava fazendo uso de nenhuma medicação há seis meses, pois a avó resolveu “*interromper o uso*” por conta própria. Ele acabou não aderindo à medicação indicada pelo neurologista para a ST (Haloperidol®). Dessa forma, no que seria o último mês de atendimento, foi iniciado trabalho para a adesão da medicação.

Descrição dos resultados

Com relação ao impacto dos tiques na vida do paciente, pode-se afirmar que o mesmo apresentava grande sofrimento, mostrando-se ansioso frente às situações em que não conseguia controlar seu tique, afetando significativamente sua rotina diária. Ao total, foram realizadas 20 sessões com o paciente, tendo duração de onze meses. Por se tratar de atendimento com estagiária em Clínica Escola, a previsão de tratamento é de um ano. Após isso, se avaliado em supervisão, conforme necessário, o paciente é encaminhado a outro estagiário da mesma linha teórica para seguir os atendimentos. Foi esse o encaminhamento do caso. Porém, não houve continuidade por abandono.

A partir das intervenções realizadas, é possível afirmar uma melhora gradual nos sintomas através da Escala utilizada para medir a recorrência dos tiques, utilizada entre os meses de março e junho (Figura 1). O gráfico permite observar que alguns sintomas diminuíram gradualmente, como o tique de piscar os olhos e de abrir a boca, que eram sintomas relativamente novos para o paciente. Porém, alguns sintomas oscilaram bastante, como o tique do pescoço, que teve recorrência de 0 a 90 no período de um mês e, após treze dias, retornou para um grau baixo de recorrência (20) neste último mês.

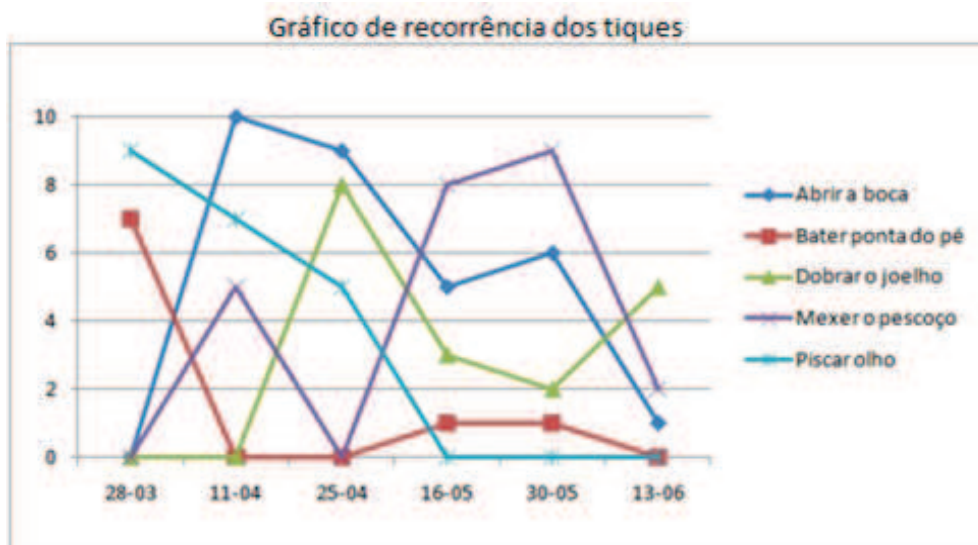


Figura 1

O tique que apareceu por último foi o de dobrar o joelho, tendo início no mês de abril, mostrando-se oscilante. Através do gráfico, também pode-se dizer que a batida com a ponta do pé ao caminhar está se mantendo estável em grau baixo de recorrência e conseqüentemente, trazendo menos sofrimento ao menino. Não foi contemplado no gráfico o tique vocal do paciente, em função de ter sido uma das queixas apresentadas antes do tratamento, percebido durante as sessões iniciais, mas que não teve mais recorrência após a terceira sessão.

Acredita-se que, além das outras técnicas aplicadas, esse resultado está sendo alcançado em função da técnica da psicoeducação realizada durante todo o processo terapêutico. É percebido grande empenho por parte de Pedro para desenvolver as tarefas. Ele mostra participação efetiva nas sessões, além de apresentar maior compreensão sobre o transtorno. Do mesmo modo, a psicoeducação foi efetiva com a avó, pois ela também passou a compreender os tiques do neto, transmitindo as informações para o pai do paciente e avô.

Dessa forma, pode-se dizer que a psicoeducação contribuiu para que o paciente e, neste caso a família, pudessem compreender as diferenças que existem em suas características pessoais e as características do transtorno. Foi possível compreender a dinâmica do processo terapêutico e, a partir disso, passar a conhecer e entender os fatores desencadeantes e toda sintomatologia que apresenta⁸, para que, no caso de Pedro, com o tempo, ele passe a ter cada vez maior controle sobre os tiques que apresenta.

Ao final do tratamento, foi feito fechamento com o paciente e avó, realizando as devidas devoluções, ressaltando a importância de o mesmo continuar em tratamento psicoterápico e reforçando a importância do tratamento farmacológico. Porém, a partir do momento em que é feito o encaminhamento, a avó decide tirá-lo do atendimento, por acreditar não haver mais necessidade.

Conclusão

Através dos resultados, acredita-se que as intervenções cognitivo-comportamentais foram decisivas para a demanda do paciente. Com relação aos tiques, pode-se relacionar a oscilação dos sintomas com a ansiedade e eventos estressores que o menino passou durante a semana, o que também pode estar ligado à ativação de crenças centrais disfuncionais. É possível concluir que alguns tiques não diminuíram de fato. Porém, o sofrimento emocional que os mesmos causam, e a ansiedade que o paciente tinha em relação a estes, estão diminuindo gradualmente. Através da técnica de distração, ele já consegue controlar sua ansiedade e, com a psicoeducação, compreender seu transtorno.

Vale ressaltar que, além de tratar a sintomatologia da síndrome, também é de grande importância dar atenção às demandas alheias a ela, visando a efetividade do processo terapêutico como um todo. Ou seja, considerar com a mesma relevância os outros conteúdos que o paciente traz, tratando o sujeito como um todo e não apenas o que é da ordem do transtorno.

Sendo assim, é importante que paciente e família possam compreender o transtorno e quais aspectos a psicoterapia poderá auxiliar, como a diminuição da ansiedade e sofrimento emocional, melhorando a qualidade de vida. Porém, acredita-se ser importante que a família de fato possa ser ativa nesse processo. Neste caso, houve grande resistência por parte do pai e do avô do paciente em participarem de fato do tratamento. Poderia ter havido maior engajamento por parte da família como um todo, evitando o abandono do atendimento do menino.

Por acreditar-se que, através do vínculo obtido com paciente e avó, os mesmos iriam seguir com a psicoterapia após encaminhamento, supõe-se que este ponto poderia ter sido trabalhado de outra forma, a fim de que os mesmos retomassem o tratamento. Dessa forma, obteria-se acompanhamento não só neurológico, mas também psicológico para trabalhar questões de adesão ao tratamento farmacológico.

De forma geral, as intervenções e manejos realizados obtiveram êxito, pois ao longo do processo pôde-se perceber a evolução do paciente frente aos problemas e as situações a que era exposto pelo tique. Ele passou a aceitar os tiques de forma a diminuir a ansiedade e o impacto causado em sua vida. Tal fato reforça à estagiária a importância da continuidade de seus estudos na área clínica.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento LR, Pratti RCB. Pedagogia da afetividade no processo de ensino aprendizagem. Monografia, Escola de Ensino Superior Anísio Teixeira, curso de Pedagogia, 2011.
2. Teixeira LLC, Pantoja Júnior JMS, Neto FXP, Targino MN, Palheta ACP, Silva FA. Síndrome de La Tourette: revisão de literatura. *Arquivos Int. Otorrinolaringol.* 2011; 15(4): 492-500.
3. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5. [Tradução Maria Inês Correa Nascimento et al], 5 ed. Porto Alegre : Artmed; 2014.
4. Cordioli AV (org.) Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo. 2 ed, Porto Alegre:Artmed; 2014.
5. Amaral AP, Vaz Serra A. Vulnerabilidade ao Stress, Circunstâncias Adversas e Estado de Saúde – Um estudo prospectivo. *Psiquiatria Clínica*; 2010; 31(2): 93-104.
6. Beck J. Terapia cognitiva: Teoria e prática. Porto Alegre:Artmed; 1997.
7. Caballo VE. Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. [Tradução Marta Donila Claudino], 1ed. São Paulo: Santos Editora; 1996.
8. Caminha R, Wainer R, Oliveira M, Piccoloto N. Psicoterapias Cognitivo- Comportamentais – Teoria e Prática. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.