



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS – FBTC
CERTIFICAÇÃO DE TERAPEUTAS COGNITIVOS NO BRASIL
EDIÇÃO 2019

Nº do candidato _____

Caso clínico (adulto)

Identificação

L., do sexo masculino, 43 anos, economista, buscou terapia por indicação do seu médico psiquiatra. Demonstra ausência de cuidados com a aparência, relata às vezes nem tomar banho, sente-se muito abatido, com apatia e indiferença à possibilidade de iniciar o tratamento. Faria a terapia porque era necessário e uma condição imposta pelo médico que o acompanha. Faz uso combinado de medicação antidepressiva e estabilizadora do humor. Não havia frequentado psicoterapia anteriormente. Na ocasião da primeira entrevista estava iniciando o processo de divórcio após o término de um casamento de 10 anos, com dois filhos do mesmo relacionamento.

Relata que o início do acompanhamento com o psiquiatra se deu após sua terceira tentativa de suicídio, sendo esta última no ambiente de trabalho, o que culminou em seu desligamento do mesmo. Após esta crise, L. precisou passar por uma internação de 10 dias em uma clínica psiquiátrica. Para L. este episódio significou a derrota total. Um atestado de que havia perdido tudo na vida. Sempre foi um excelente profissional em sua área de atuação, com ótimo currículo, tendo alcançado posição de destaque no trabalho. Mas era possível perceber em sua fala que nunca houve satisfação no que fazia. Tinha uma rotina muito intensa, demonstrando clara sobrecarga, e experiências de assédio moral ao longo de sua trajetória profissional. Paralelamente, sua vida conjugal também não caminhava bem. L. citou traições por parte dele e da esposa. Neste momento compartilhou o sentimento de rejeição que sentia, como se não existisse para a companheira, e que por isso buscava valorização em relacionamentos extraconjugais. Sua primeira tentativa de suicídio estava associada a vida conjugal, e a segunda quando se questionou quanto à sua posição de pai, sentindo-se incompetente também neste campo.

História de Vida

Sua história de vida foi cercada de episódios estressores. Uma família com mais 5 irmãos, aonde L. é o caçula. Seus pais parecem ter adotado uma educação muito rígida e punitiva. Desde cedo os filhos eram ensinados a não depender de ninguém e suprirem sozinhos suas necessidades, inclusive as afetivas. Logo, além de não ter experimentado afeto por parte dos pais, L. ainda não pôde contar com os irmãos, que também estavam lutando cada qual por sua sobrevivência. Tal compreensão pode ser apoiada pela configuração atual da família: cada irmão vive em uma cidade diferente, sem muitos laços e vínculos. De acordo com o paciente, alguns também apresentam dificuldades emocionais.

Dentro desse contexto, L. aprendeu desde cedo a batalhar por seu espaço. Após muitas restrições e frustrações, conseguiu encontrar uma saída e conquistar uma estrutura mais segura de vida. A partir daí demonstra ter vivenciado algumas situações de descontrole nas áreas financeira e sexual. De acordo com seus relatos, apresentava comportamentos impulsivos em momentos de muita tensão, sem avaliar previamente as consequências. Quando se dava conta, já havia feito. Segundo

L., desde a infância ele já se via como bastante irritado e hostil, mas tinha a impressão de repetir a postura dos pais. Era explosivo e pouco amigável. Mas as experiências de descontrole financeiro e sexual só se manifestaram na vida adulta, de forma que sua percepção quanto à inadequação das mesmas só se dava quando a família intervinha. Após receber críticas, se arrependia de tais comportamentos.

L. começou a frequentar o psiquiatra e a fazer uso de medicações há 3 anos, após a segunda tentativa de suicídio. Mas não aderiu à psicoterapia nem conseguiu implementar um estilo de vida mais saudável. Continuou em sua rotina exaustiva e pouco prazerosa. Com a ocorrência do terceiro e último episódio no qual tentou novamente o suicídio, experimentou também o término do casamento e a perda do emprego.

História Atual

Atualmente voltou a morar com os pais e pode ver os filhos, que estão morando com a ex companheira, de 15 em 15 dias. Relata não ter esperança quanto ao futuro, pois jamais terá condições de recuperar tudo que perdeu. Sente-se um fracasso como homem, como pai e como filho. Afastou-se socialmente, pois não suporta a possibilidade de ser avaliado negativamente pelas pessoas ao seu redor. Ao mesmo tempo experimenta forte arrependimento de suas condutas passadas, e a ideia de que jogou fora uma vida perfeita, que jamais voltará a ter.

QUESTÃO 1 (2,5)

- **Qual o diagnóstico? Que critérios você usou para chegar a esta conclusão? (2,5)**

Resposta:

Transtorno Bipolar, Transtorno Bipolar Tipo II ou Transtorno Depressivo Maior

No caso apresentado observa-se o atendimento aos critérios quando ocorre:

- Vários episódios depressivos maiores: Depressão severa com três tentativas de suicídio
- Desesperança quanto ao futuro
- Comportamentos impulsivos (descontrole financeiro e sexual)
- Irritabilidade e hostilidade, com postura explosiva
- Outros indicadores podem ser o histórico de tratamentos, tais como o tipo da medicação prescrita (estabilizador de humor) e o episódio de internação psiquiátrica.

QUESTÃO 2 (2,5)

- **Quais os prováveis fatores de predisposição, precipitadores e mantenedores do quadro da paciente?**

FATORES DE PREDISPOSIÇÃO:

Resposta:

- **Aspectos genéticos**
- **Histórico familiar:**
 - Pais parecem ter adotado uma educação muito rígida e punitiva. Desde cedo os filhos eram ensinados a não depender de ninguém e suprirem sozinhos suas necessidades, inclusive as afetivas. Logo, além de não ter experimentado afeto por parte dos pais,

L. ainda não pôde contar com os irmãos, que também estavam lutando cada qual por sua sobrevivência.

- Alguns irmãos também apresentam dificuldades emocionais.
- Muitos estressores durante a infância
- Muitas restrições e frustrações
- Vivência de algumas situações de descontrole nas áreas financeira e sexual. Comportamentos impulsivos em momentos de muita tensão, sem avaliar previamente as consequências.
- Desde a infância já se via como bastante irritado e hostil, mas tinha a impressão de repetir a postura dos pais.

FATORES PRECIPITADORES:

- Vida conjugal desgastada com traições.
- Insatisfação no trabalho, com sobrecarga e assédio moral.
- Ausência de suporte social.
- Estilo de vida pouco saudável.

FATORES MANTENEDORES:

- Ausência de atividade laborativa.
- Ausência de um estilo de vida saudável.
- Afastamento dos filhos.
- Ausência de suporte social.
- Altos níveis de cobrança e exigência.
- Necessidade de ser aprovado por todos.

QUESTÃO 3 (2,5)

- **Quais as técnicas ou procedimentos essenciais para o tratamento?**

Resposta:

- Psicoeducação sobre o TB ou sobre Transtorno Depressivo Maior (de acordo com o diagnóstico identificado) e sobre o tratamento para o paciente e sua família.
- Auto monitoramento do humor e das atividades diárias.
- Métodos cognitivos e comportamentais para alívio dos sintomas
- Estratégias de prevenção de recaídas
- Desenvolvimento de plano para o controle de longo prazo do TB ou Transtorno Depressivo Maior (de acordo com o diagnóstico identificado)
- Tarefas comportamentais para adesão a um estilo de vida saudável com incentivo de atividades físicas e lúdicas que sejam da preferência do paciente, para enfrentar e lidar com o estigma, e manejar maneira mais eficaz os problemas estressantes da vida, tais como treino de controle do stress e técnicas de respiração e relaxamento.

OUTROS:

- Treino cognitivo de controle da raiva
- Treino em Habilidades Sociais
- Treino em Resolução de Problemas
- Estratégias comportamentais para tratar a insônia (higiene do sono)

QUESTÃO 4 (2,5)

- **Quais as principais crenças a serem trabalhadas com o cliente?**

Resposta:

“Sou um fracasso total”

“Sou um derrotado”

“Não sou amado pelas pessoas”

“Os erros que cometi arruinaram a minha vida”

“Tenho que ser extremamente competente em tudo o que faço”

“Preciso ser aprovado por todos”

“Nunca mais vou ter aquela vida perfeita que tinha”



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS – FBTC
CERTIFICAÇÃO DE TERAPEUTAS COGNITIVOS NO BRASIL
EDIÇÃO 2019

Nº do candidato _____

Caso clínico (criança/adolescente)

CONTEXTUALIZAÇÃO DO CASO

Laura tem 10 anos e, desde os seis, quando iniciou no primeiro ano da escola, começou a piscar os olhos de forma repetida e incontrolável. Fazia diversas vezes ao dia, uma sequência de aproximadamente 10 piscadas, sendo a última piscada, acompanhada de maior pressão das pálpebras. Os pais identificaram esse comportamento e pediam para ela parar, pois ficaria mal falada e apontada como a menina do pisca-pisca. Por mais que tentasse, Laura sentia que era incontrolável. Na escola, os colegas e professores começaram a perceber, mas isso não era um incômodo para ela ou para outros. O problema passou a se tornar maior, quando uns meses após o início do piscar de olhos, Laura iniciou também, uma vocalização estranha e outros movimentos involuntários nos braços e ombros, comportamentos esses que aconteciam todos juntos. Somado a esses sintomas, a menina, que desde a primeira infância foi envergonhada, teve essa sua característica exacerbada de forma a lhe causar muitos prejuízos.

HISTÓRIA PREGRESSA E ATUAL

Os pais de Laura são casados há 15 anos e ela é fruto de uma gravidez planejada, tendo nascido sem qualquer intercorrência durante gravidez da mãe ou parto. Seu Apgar foi 9,5 e 10 e seu desenvolvimento físico, motor e cognitivo seguiu conforme o esperado. Laura foi para creche desde os 6 meses de idade e teve uma adaptação pré-escolar tranquila. No entanto, a partir dos três anos de idade, começou a manifestar comportamentos de esquiva em algumas situações, tais como reagir passivamente quando algum colega lhe tomava um brinquedo, ou quando precisava incluir-se em um grupo durante na hora do pátio. As professoras relatavam em seus relatórios semestrais que Laura apesar de ser uma menina envergonhada, era esperta, ativa e acompanhava as atividades pedagógicas e recreativas sem maior dificuldade. Aos seis anos iniciou o ensino fundamental e permanece em tempo integral, seguindo as atividades oferecidas no contraturno da escola, tais como atividades esportivas e de apoio a tarefa de casa. Ao longo do primeiro ano da escola, passou a sentir vergonha de forma mais intensa, preferindo passar os intervalos sozinha.

Tinha uma amiga, a Valentina, com a qual se sentia mais à vontade e gostava de dividir o tempo. Ainda, passou a ter vergonha de pedir ajuda, de fazer pequenas compras na cantina da escola, de comer na frente das pessoas. Ficava vermelha, tremia e acabava por sair de perto de grupos de pessoas. Só conseguia usar o banheiro se não tivesse ninguém no recinto, pois temia que ouvissem o barulho do xixi e rissem dela. Na volta da escola, com os pais, não gostava de contar sobre seu dia, só dizia que tinha vergonha de ir pra escola e de que não gostava dos seus cacoetes. Seus pais costumavam aliviar o mal-estar da filha dizendo coisas como “isso é bobagem, ninguém vai rir de ti”, ou “esforce-se e controle essas suas manias estranhas”, ou “não dê bola, dois dos seus tios e seu primo também tem esses cacoetes e são ótimas pessoas”.

No segundo ano do ensino fundamental, quando começou a ter mais trabalhos escolares, começou a ter uma preocupação com seu desempenho nos trabalhos em grupos e nas apresentações nas feiras da escola. Hoje no quinto ano, esforça-se muito para manter a organização dos materiais escolares e pessoais, e mantém um desempenho médio na escola.

Laura não têm problemas de disciplina. Os pais relatam que ela se comporta mal às vezes, mas que em geral é obediente. Precisa de incentivo para estudar e fazer as tarefas. A mãe acaba sentando ao lado dela para acompanhar quase todas as lições de casa. Laura resiste a ouvir “não” quando quer muito adquirir alguma coisa, e segundo os pais, “a Laura sempre quer que compremos alguma coisinha, mas como já estamos acostumados, dizemos não, e a insistência em breve passa”.

HISTÓRIA FAMILIAR

A mãe de Laura trabalha em uma empresa de telemarketing e o pai em uma empresa de tecnologia de informação. Ambos em horário comercial. Deixam a filha na escola as 7:30h, seguem para o trabalho e buscam a filha às 18:00h, sempre juntos. A menina tem uma rotina equilibrada e tranquila. Aos finais de semana, visitam familiares, vão para a casa de praia, ou fazem pequenos passeios, eventualmente, incluindo a melhor amiga de Laura.

O pai de Laura vem de uma família muito crítica e também exerce um papel crítico e autoritário com a filha. Cobra excessivamente as tarefas de casa, solicita notas exemplares na escola, cobra mais do que elogia qualquer comportamento, tais como “coma direito”, “não faça esse barulho”, “segura o pisca-pisca”, “seja educada”, “cumprimente direitinho as pessoas”, etc. A mãe, sabendo das dificuldades de Laura e da alta exigência do pai, tenta amenizar as situações em que ela sentiria vergonha fazendo as coisas por ela para que ela não seja criticada pelo pai.

Nos momentos de lazer, eles têm troca de carinho e afeto. Apesar do pai ser mais exigente, sempre lhe dá beijo e abraço antes de dormir, e a acorda carinhosamente. Gostam de jogos de tabuleiro e como moram em casa com pátio, Laura costuma passar tempo ao ar livre, brincando com os cachorros e na árvore da casa com seus brinquedos, enquanto os pais fazem as tarefas domésticas ou descansam após o trabalho também no mesmo ambiente.

MOTIVO DA BUSCA DO ATENDIMENTO

Nas últimas quatro semanas, Laura apresentou muita ansiedade de ir para a escola e sair com seus pais de casa. Dizia que desde a última mostra de criatividade da escola, as pessoas estavam achando-a uma idiota, pois, de fato, um grupo de crianças debochou de seu trabalho. Sentia como se todos fossem rir dela e por isso, entrava e saía da escola sem interagir. A professora começou a incentivá-la mais a falar e responder questionamentos em público e Laura pedia para sair para enfermaria. Lá, com o rosto corado, tremendo e com olhos cabisbaixos, dizia estar com dor de barriga e não queria falar mais nada.

Neste último mês, os cacoetes de Laura pioraram significativamente fazendo com que ela não consiga fazer as tarefas escolares e permaneça quieta na classe. Seus ombros parecem saltar de seu corpo fazendo um movimento circular para cima e para baixo e seus braços esticam logo na sequência. Seus olhos piscam tanto que parece não haver intervalos entre as piscadas. Refere não aguentar mais o seu corpo.

Laura está se sentindo muito triste e sem vontade de ir para a escola em função do que foi descrito, manifestando choro antes de sair de casa até o momento de chegar na aula. Está mantendo seu padrão de sono, alimentação, higiene e autocuidado normalmente. Dentro de casa, segue com suas atividades de lazer.

PRIMEIRAS SESSÕES COM A PSICOTERAPEUTA

Jade, a mãe de Laura, trouxe a menina para uma avaliação. Jade e Laura entraram juntas na primeira sessão. A mãe monopolizou a conversa, respondendo todos os questionamentos da psicoterapeuta, antes mesmo que Laura pudesse responder. Laura não levantou a cabeça em quase nenhum momento. A profissional percebeu os movimentos involuntários e um esforço frenético de Laura em tentar controlá-los. Laura se pôs a segurar seus ombros com as próprias mãos cruzando os braços sobre seu peito. Apesar de deixar sua boca entre os joelhos que estavam dobrados com os pés sobre a cadeira, a psicoterapeuta ainda podia ver seus olhos piscando e ouvir ruídos como se fossem apitos saindo de sua boca. Quando lhe dirigia a palavra, Laura corava seu rosto e olhava para mãe, esperando que ela respondesse.

Nas sessões seguintes, aos poucos, a profissional conseguiu maior confiança de Laura e pôde ouvir dela colocações importantes tais como Laura pensar ser “burra e errada”, que só tira notas boas porque estuda muito com ajuda dos pais, que é “errada” perto de outras crianças, pois “não controla” o próprio corpo. Laura refere ficar sozinha pois, nas suas palavras, “sabe” que se tiver intimidade com algum colega, eles diriam algo sobre os cacoetes, ou ainda, descobririam que ela é burra e não ajudaria em nada em um grupo. Gosta muito da amiga Valentina, mas acha que ela é amiga dela porque também não é tão boa assim, porque se fosse boa, acabaria criticando-a. Valentina não se dá com outros colegas da turma, pois é frequentemente chamada de gorda e quatro olhos por eles.

Ao longo das sessões, a psicoterapeuta e Laura foram construindo o vínculo terapêutico e então, após Laura ter entendido o motivo de fazer psicoterapia, iniciou-se a condução do plano psicoterapêutico estabelecido.

QUESTÃO 1– Qual o diagnóstico do caso apresentado? Justifique indicando quais critérios você utilizou para chegar na(s) sua(s) hipótese(s) (2,5)

Hipótese Diagnóstica: Transtorno de Ansiedade Social e Transtorno de Tourette.

- **JUSTIFICATIVA PARA O TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL:**

- Os critérios para o diagnóstico podem ser observados nos aspectos relatados:

- Desde a primeira infância foi envergonhada, já tendo aos três anos comportamentos de esquiva. Ao longo do primeiro ano da escola, passou a sentir vergonha de forma mais intensa, preferindo passar os intervalos sozinha. Tinha vergonha de pedir ajuda, de fazer pequenas compras na cantina da escola, de comer na frente das pessoas. Ficava vermelha, tremia e acabava por sair de perto de grupos. Só usar o banheiro se não tivesse ninguém no recinto. Temer que ouvissem o barulho do xixi e rissem dela. Vergonha de ir pra escola.
- Tinha preocupação com seu desempenho nos trabalhos em grupos e nas apresentações. Muita ansiedade de ir para a escola e sair com seus pais de casa. Sentia como se todos fossem rir dela. Entrava e saía da escola sem interagir.
- A professora começou a incentivá-la mais a falar e responder questionamentos em público e Laura pedia para sair para enfermaria. Lá, com o rosto corado, tremendo e com olhos cabisbaixos, dizia estar com dor de barriga e não queria falar mais nada.

- **JUSTIFICATIVA PARA O TRANSTORNO DE TOURETTE**

- Os critérios que podem ser observados nos aspectos relatados:

- >Laura tem 10 anos e, desde os seis, quando iniciou no primeiro ano da escola, começou a piscar os olhos de forma repetida e incontrolável. Fazia diversas vezes ao dia, uma sequência de aproximadamente 10 piscadas.

>Uns meses após o início do piscar de olhos, Laura iniciou também, uma vocalização estranha e outros movimentos involuntários nos braços e ombros, comportamentos esses que aconteciam todos juntos.

>Neste último mês, os cacoetes de Laura pioraram significativamente fazendo com que ela não consiga fazer as tarefas escolares e permaneça quieta na classe. Seus ombros parecem saltar de seu corpo fazendo um movimento circular para cima e para baixo e seus braços esticam logo na sequência. Seus olhos piscam tanto que parece não haver intervalos entre as piscadas. Refere não aguentar mais o seu corpo.

>Os cacoetes de Laura pioraram significativamente fazendo com que ela não consiga fazer as tarefas escolares e permaneça quieta na classe. Seus ombros parecem saltar de seu corpo fazendo um movimento circular para cima e para baixo e seus braços esticam logo na sequência. Seus olhos piscam tanto que parece não haver intervalos entre as piscadas. Refere não aguentar mais o seu corpo.

>A profissional percebeu os movimentos involuntários e um esforço frenético de Laura em tentar controlá-los. Laura se pôs a segurar seus ombros com as próprias mãos cruzando os braços sobre seu peito. Apesar de deixar sua boca entre os joelhos que estavam dobrados com os pés sobre a cadeira, a psicoterapeuta ainda podia ver seus olhos piscando e ouvir ruídos como se fossem apitos saindo de sua boca.

QUESTÃO 2 - Quais as crenças da paciente, bem como suas crenças intermediárias (suposições/regras), pensamentos automáticos e estratégias de enfrentamento que contribuem para seu funcionamento? (2,5)

- CRENÇA CENTRAL – “burra e errada”
- CRENÇAS INTERMEDIÁRIAS – “se ficar perto dos colegas, então eles verão meus defeitos”, “se Valentina é minha amiga, então é porque não consegue outros amigos”, “se tiro notas boas, então é porque meus pais me ajudam a estudar”.
- PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS – não consigo ser boa nos estudos; não controlo meu corpo; vou ser criticada.

- ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS – permanecer a maior parte do tempo sozinha, evita falar e posicionar-se, tenta esconder seus cacoetes.

OBSERVAÇÃO: AS RESPOSTAS DA QUESTÃO 2 SE ENCONTRAM NO TEXTO E ESTÃO DESCRITAS ABAIXO:

Laura pensar ser “burra e errada”, que só tira notas boas porque estuda muito com ajuda dos pais, que é “errada” perto de outras crianças, pois “não controla” o próprio corpo. Laura refere ficar sozinha pois, nas suas palavras, sabe que se tiver intimidade com algum colega, eles diriam algo sobre os cacoetes, ou ainda, descobririam que ela é burra e não ajudaria em nada em um grupo. Gosta muito da amiga Valentina, mas acha que ela é amiga dela porque também não é tão boa assim, porque se fosse boa, acabaria criticando-a.

QUESTÃO 3– Identifique os dados das experiências (fatores mantenedores) e os fatores precipitantes da paciente que contribuíram para formar e fortalecer as suas crenças e suas estratégias de enfrentamento ao longo do seu desenvolvimento. (2,5)

FATORES PRECIPITANTES

- **Transtorno de Tourette:**
Observa-se que quanto aos tiques, Laura tem predisposição genética, uma vez que o Transtorno de Tourette tem base hereditária importante. Seus tios e um de seus primos apresentam também. O que auxilia na explicação do diagnóstico.
- **Transtorno de Ansiedade Social:**
Quanto aos sintomas do Transtorno de Ansiedade Social, o padrão crítico do pai contribui para origem (O pai de Laura vem de uma família muito crítica e também exerce um papel crítico e autoritário com a filha).
 - É possível também haver componente genético no Transtorno de Ansiedade Social, pois Laura desde a primeira infância foi envergonhada, já tendo aos três anos comportamentos de esquiva.
 - Os tiques também parecem fatores precipitantes, pois chamavam a atenção dos demais e Laura não conseguia controlá-los, ficando envergonhada.

FATORES MANTENEDORES

- **Transtorno de Tourette no texto:**
 - Os pais identificaram esse comportamento (piscar) e pediam para ela parar, pois ficaria mal falada e apontada como a menina do pisca-pisca.

- Seus pais costumavam aliviar o mal-estar da filha dizendo coisas como “isso é bobagem, ninguém vai rir de ti”, ou “esforce-se e controle essas suas manias estranhas”, ou “não dê bola, dois dos seus tios e seu primo também tem esses cacoetes e são ótimas pessoas”.
 - O fato de os pais não terem instrução sobre os comportamentos involuntários dos tiques, acabam pressionando a filha como se a interrupção dos tiques dependesse exclusivamente do seu esforço, caracterizando em mais uma cobrança. Desde pequena, já diziam que ela ficaria mal falada, como a menina do pisca-pisca.
 - O deboche que sofreu de colegas enquanto apresentava seu trabalho na feira de criatividade pode ter exacerbado os sintomas de ansiedade social e, também, pela intensa alteração emocional, os tiques também foram influenciados, uma vez que o Transtorno de Tourette tem curso crônico e variável e depende bastante de estabilização emocional para a diminuição dos sintomas.
 - O pai cobra excessivamente quanto às tarefas de casa, solicita notas exemplares na escola, cobra mais do que elogia qualquer comportamento, tais como “coma direito”, “não faça esse barulho”, “segura o pisca-pisca”, “seja educada”, “cumprimente direitinho as pessoas”, etc.
 - A mãe, sabendo das dificuldades de Laura e da alta exigência do pai, tenta amenizar as situações em que ela sentiria vergonha fazendo as coisas por ela para que ela não seja criticada pelo pai.
- **Transtorno de Ansiedade Social no texto:**
- O pai cobra excessivamente as tarefas de casa, solicita notas exemplares na escola, cobra mais do que elogia qualquer comportamento, tais como “coma direito”, “não faça esse barulho”, “segura o pisca-pisca”, “seja educada”, “cumprimente direitinho as pessoas”, etc. A mãe, sabendo das dificuldades de Laura e da alta exigência do pai, tenta amenizar as situações em que ela sentiria vergonha fazendo as coisas por ela para que ela não seja criticada pelo pai.
 - Laura dizia que desde a última mostra de criatividade da escola, as pessoas estavam achando-a uma idiota, pois, de fato, um grupo de crianças debochou de seu trabalho.
 - O deboche que sofreu de colegas enquanto apresentava seu trabalho na feira de criatividade pode ter exacerbado os sintomas de ansiedade social e, também, pela intensa alteração emocional, os tiques também foram influenciados, uma vez que o Transtorno de Tourette tem curso crônico e variável e depende bastante de estabilização emocional para a diminuição dos sintomas.

- Padrão crítico do pai
- Além das altas cobranças do pai, a mãe acaba fortalecendo essa manutenção, quando faz as coisas pela filha a fim de que ela não seja criticada. Esse padrão parental contribui para as crenças de defectividade da filha.
- A ansiedade social foi exacerbada de forma a lhe causar muitos prejuízos devido aos movimentos involuntários apresentados (piscar olhos, vocalizações estranhas, movimentos involuntários de braços e ombros).
- A mãe parece ter reforçado a ansiedade social, o que se revelou no fato de que na primeira sessão, monopolizou a conversa, respondendo todos os questionamentos da psicoterapeuta, antes mesmo que Laura pudesse responder. Laura não levantou a cabeça em quase nenhum momento. Laura corava seu rosto e olhava para mãe, esperando que ela respondesse.

QUESTÃO 4– Quais as principais técnicas e procedimentos essenciais para o tratamento da paciente? (2,5)

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

- A **psicoeducação** de ambos os transtornos é fundamental para o plano de tratamento.
- Técnicas cognitivas como o **auto monitoramento** (registro de pensamentos),
- **Identificação das distorções cognitivas.**
- **Análise racional, disputa racional emotiva (ou disputa da crença irracional),**
- **Elaboração de pensamento alternativos.**
- **Diminuição do auto processamento (ou técnicas de distração ou diminuição do autofoco)** são essenciais para a reestruturação cognitiva no que diz respeito a ansiedade social.
- Técnicas comportamentais de **exposição gradual**, e manejo da ansiedade por meio de técnicas de relaxamento (**respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo**), auxiliarão o tratamento da ansiedade.
- O **Treino de Habilidades Sociais** é uma estratégia de tratamento indicada para o Transtorno de Ansiedade Social, que contempla técnicas cognitivas e comportamentais que visam a melhora da interação social e redução da ansiedade.

TRANSTORNO DE TOURETTE

- A estratégia de escolha para tratar o Transtorno do Tourette consiste na técnica de **“Reversão de Hábito”** para identificação dos tiques, gatilhos e estabelecimento de comportamentos incompatíveis.

- Outro ponto é a **regulação emocional**, uma vez que esses fatores internos e **também os externos** (rotina, hábitos de sono, alimentação) influenciam nos sintomas.

O uso de **rotinas e de estabelecimento de expectativas** pode ser construído ao longo das primeiras sessões.

OBS.: É importante a disponibilidade do terapeuta para **entrar em contato com a escola**, com o objetivo de **psicoeducar os professores** quanto aos sintomas da Laura, e de **poder incentivar o trabalho da escola sobre o respeito as diferenças**, uma vez que as situações de deboche já aconteceram. O Tourette é um transtorno crônico e por isso é importante que as pessoas que convivam com o paciente possam receber informações e entendam o que fazer e o que não fazer com relação aos cacoetes, que muitas vezes podem se tornar incômodos e perturbar o ambiente escolar.

- Como a paciente tem apenas 10 anos, é fundamental que os **pais também participem de diversas sessões**, pois serão coadjuvantes no tratamento uma vez que por meio das sessões com a psicoterapeuta de Laura, **aprenderão a como validar assertivamente as emoções da filha**, contribuindo para o não agravamento e para a melhora dos sintomas além de auxiliar a filha nas feitura das tarefas de casa da psicoterapia.