

Estágio no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do centro Hospitalar Cova da Beira

História Clínica

Cognitivo-Comportamental

Caso da “Maria”

9 de Maio de 2008

Joana Gonçalves

I. Dados Biográficos

Nome: Maria

Idade: 44 anos

Localidade: Covilhã

Estado Civil: Solteira

Profissão: Professora de Ensino Básico e Secundário

Constituição do agregado familiar: a M.N. vive sozinha (passa contudo muito tempo em casa dos pais).

II. Motivo da consulta

A M.N. chega à consulta de Psicologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira encaminhado pela consulta de Psiquiatria deste mesmo departamento.

Dificuldades actuais

- ✓ Vem à consulta sozinha;
- ✓ Aparência cuidada e vestuário fora dos padrões habituais para a idade;
- ✓ Orientada no tempo e no espaço auto e alo psiquicamente;
- ✓ Sem alterações de humor, do comportamento motor, da percepção, do pensamento, da memória e da linguagem;
- ✓ Apresenta *insight*.



Dificuldades actuais (cont.)

✓ A Maria é professora da área das artes. Gosta do que faz mas as últimas alterações no ensino fazem-na sentir-se mais sobrecarregada. Recentemente teve problemas de disciplina com uma das suas turmas. É uma turma do 7º ano, com 23 alunos, 5 dos quais com necessidades educativas especiais.

✓ Nas palavras da Maria quase toda a turma tem comportamentos disruptivos, contudo considera que existe um grupo de 3 alunos que funcionam como líderes, e que acabam por “arrastar” todos os restantes alunos.

✓ Lecciona há quase 18 anos e considera que nunca se sentiu como actualmente se sente, *“com o tapete a fugir-me dos pés”* (sic). Sente que perdeu o controlo da situação, *“os miúdos são muito agressivos, quase que me querem bater”* (sic), e refere ainda *“eu não tolero a indisciplina deles”* (sic).



Dificuldades actuais (cont.)

- ✓ Numa 6ª feira recente, a Maria teve aula com esta turma. Nesta originou-se uma grande discussão com a turma, mas principalmente com um aluno, que *“funciona como uma espécie de líder”* (sic). Este aluno foi muito provocador dizendo coisas como “nem a minha mãe me dá ordens”. No desenvolver de toda a discussão a paciente acabou por dizer aos alunos *“ou saem vocês ou saio eu”* (sic), e acabou por abandonar a sala de aula. Com esta situação sentiu-se impotente, frustrada.
- ✓ Depois deste episódio na aula de 6ª feira a Maria passou bem o fim-de-semana contudo, nesse domingo passou em frente ao hospital e começou a sentir-se mal.
- ✓ *“comecei a sentir um aperto na garganta (...) pensei que ia sufocar (...) pensei que ia morrer”* (sic) e decidiu então dirigir-se à farmácia de serviço. Aí a Maria começou a ter outros sintomas, *“a língua começou a enrolar (...) não conseguia falar (...) sentia um nó na garganta (...) tinha a sensação de asfixia e tremores”* (sic). Refere ainda *“estava quase a desmaiar”* (sic).

Dificuldades actuais (cont.)

✓ “*não gosto de espaços fechados*” (sic)

Quando vai, por exemplo, ao cinema verifica sempre as portas, para que lado é que estas abrem, se para dentro se para fora.

Este comportamento é, segundo a paciente para estar preparada e saber o que fazer caso haja uma emergência. Por este mesmo motivo está sempre atenta, em qualquer local novo onde vá, por exemplo, a portas de emergência, para saber por onde pode fugir caso aconteça alguma coisa.

Tem medo de voltar a ter alguma crise

Nestas alturas tem medo de asfixiar e pensa “*vai-me faltar o ar e vou morrer*” (sic). Não gosta de se estar em espaços fechados e desconhecidos. Quando se encontra em locais destes a paciente tem cognições como “*eu não consigo sair daqui*” (sic), “*o ar não circula*” (sic), começa a sentir falta de ar e a pensar “*posso morrer*” (sic).



Entrevista Psicossocial de Avaliação

“Pensar acerca dos meus medos
Aquilo que me perturba/preocupa e interfere comigo nos meus dias”

Ordenado arbitrariamente

- A impossibilidade da fuga de espaços fechados desconhecidos;
- Permanência em espaços fechados com acesso distante ao exterior;
- Desconforto crescente na permanência em espaços fechados, sem visibilidade para o exterior;
- Solidão em espaços desconhecidos;
- Espaços sem arejamento natural, sem aberturas para o exterior;
- Discussões entre cidadãos, nomeadamente familiar ou outros;
- Impotência face a injustiças presenciadas ou simplesmente do conhecimento pessoal;
- Clausura accidental em pequenos espaços ou apertados, sem comunicação com o exterior;
- Falta de ar/dificuldade em respirar;
- Amputação de algum membro ou órgão;
- Discriminação por Classe Social;
- Aplicação contraditória das Atitudes e Valores Institucionalizados;
- Exigência de Rigor e Qualidade;
- Interpretação errada do pensamento;
- Juízos de valor precipitados e errados;
- Incumprimento do dever por factores externos e alheios à minha pessoa;
- Desautorização;
- Envelhecimento;
- Doença;
- Sofrimento;
- Degradação humana;
- Senilidade;
- Morte.

Início e desenvolvimento das dificuldades

- ✓ A formação da Maria é na área da Arquitectura de Interiores. Segundo a paciente este tipo de formação lava-a a estar mais atenta a estes aspectos, nomeadamente à arquitectura dos edifícios, à forma com estes são construídos, à organização dos espaços. Assim a paciente está sempre atenta a, por exemplo, à existência ou não de janelas, de ligações com o exterior, entre outros aspectos.
- ✓ Há cerca de 8 anos a paciente refere ter tido uma crise semelhante à que teve mais recentemente. Refere que foi quando estava a passar por umas escadas que serviam para de ligação para andares subterrâneos, não tendo assim qualquer tipo de ligação para o exterior.

História do desenvolvimento e aprendizagens prévias

- ✓ Tem uma irmã gêmea, com quem se compara constantemente e de forma inferior, *“gostava de ser como ela (...) eu sempre fui muito mais preocupada e ansiosa (...) ela leva sempre tudo mais descontraidamente”* (sic).
- ✓ Sempre foi muito preocupada com o peso. A paciente refere *“na adolescência aumentei de peso e não gostava de mim, tinha vergonha do meu corpo”* (sic).
- ✓ Foi quando começou a leccionar que perdeu muito peso, cerca de 10kg. Refere que nesta altura começou a ter mais cuidados com a alimentação *“comecei a cortar nas gorduras todas, e em algumas carnes”* (sic). Frequentou também consultas de nutrição que a ajudaram nesta tarefa de perder peso.

Formulação

- ✓ De acordo com os dados recolhidos até ao momento a paciente parece apresentar um quadro clínico de **Perturbação de Pânico com Agorafobia**.
- ✓ Ataques de pânico inesperados e recorrentes, onde existe um desconforto intenso e onde estão sintomas como:

- dificuldades em respirar,
- sensação de sufoco, “*comecei a sentir um aperto na garganta (...) sentia um nó na garganta (...) tinha a sensação de asfixia*” (sic);
- tremores,
- medo de morrer “*pensei que ia morrer*” (sic);
- sensação de desmaio, “*estava quase a desmaiar*” (sic).

Formulação (cont.)

✓ Está ainda presente uma elevada ansiedade por se encontrar em locais onde a fuga possa ser difícil (espaços fechados, sem aberturas ou ligação com o exterior).

✓ Estas situações são evitadas ou enfrentadas com intenso mau estar, onde surgem cognições como:

“vai-me faltar o ar e vou morrer” (sic),

“eu não consigo sair daqui” (sic),

“o ar não circula” (sic).



Formulação (cont.)

Predisponentes

- ✓ Vulnerabilidade ao stress e ansiedade
- ✓ Atenção dirigida para aspectos arquitectónicos

Precipitantes

- ✓ Espaços fechados e sem ligação com o exterior
- ✓ Antecipação de um acontecimento stressante

Formulação (cont.)

Factores de Manutenção

✓ Comportamentos de segurança

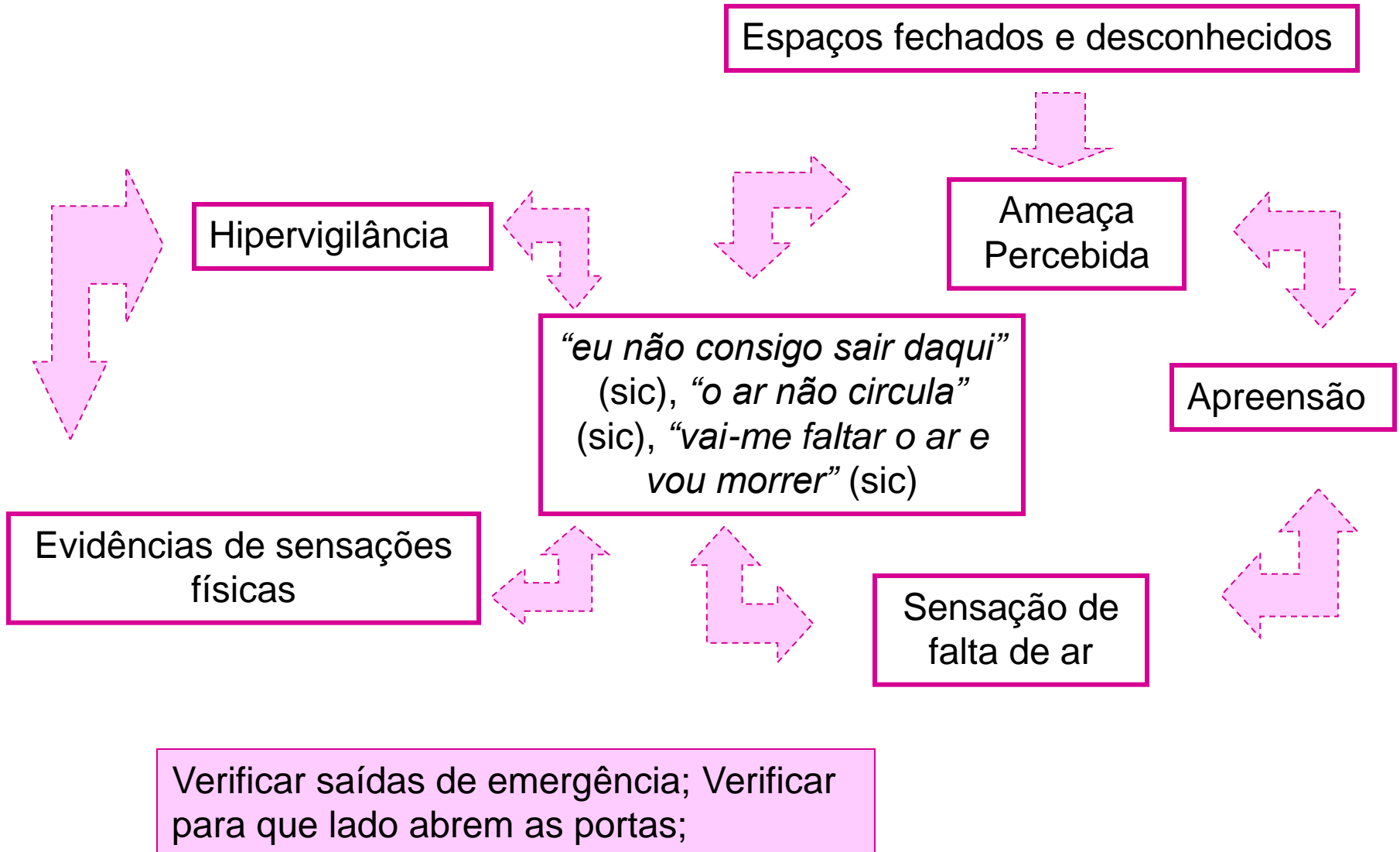
Verificar sempre as portas, para que lado é que estas abrem; procurar onde se encontram as saídas de emergência.

✓ Erros de processamento de Informação

- catastrofização, “*vai-me faltar o ar e vou morrer*” (sic)
- inferência arbitrária, “*o ar não circula*” (sic)
- magnificação, “*eu não consigo sair daqui*” (sic)

✓ Evitamentos

Modelo Cognitivo de Clark



Protocolo de Intervenção

1) Estabelecimento de uma relação terapêutica empática e que facilite o envolvimento e participação da paciente no processo terapêutico.

2) Avaliação das dificuldades da paciente.

- Entrevista clínica;
- Aplicação de escala e questionários;
- Trabalhos de casa (lista de medos e preocupações).

3) Psicoeducação: esclarecer acerca da natureza das dificuldades e de possíveis formas de tratamento.

- Informar e educar acerca dos sintomas de ansiedade, dando o racional da ansiedade;
- Esclarecer acerca dos ataques de pânico;
- Ajudar a compreender os sinais e sintomas da agorafobia.

Protocolo de Intervenção (cont.)

- 4) Promover a compreensão e identificação de situações ou locais desencadeadores de ansiedade, assim como as sensações corporais e pensamentos subjacentes a essas situações ou locais.
- Registos de Auto-monitorização.
- 5) Ajudar na aquisição de competências para lidar com os sintomas de ansiedade.
- Exposição situacional ou *in vivo*;
 - Exercícios Respiratórios (e.g. respiração diafragmática);
 - Técnicas de distração
 - Exercícios de relaxamento (slide de paz)

Protocolo de Intervenção (cont.)

6) Reestruturação cognitiva: Ajudar na reestruturação de crenças disfuncionais relacionadas com o medo das sensações corporais e de determinadas situações.

- Identificação dos Pensamentos Automáticos Negativos (PAN);
- Análise dos PAN no que se refere à sua validade e probabilidade do acontecimento temido;
- Debate dos PAN (descatastrofização, questionamento socrático)

7) Preparar a alta terapêutica e trabalhar a prevenção de recaídas.

- Alertar para a possibilidade de, no futuro, ter novas crises de pânico;
- Ajudar na identificação dos factores que podem desencadear futuras crises de pânico;
- Informar acerca do que pode ser feito no caso de ter uma nova crise.

A pink starburst shape with a dark pink outline and a lighter pink fill. The word "Fim" is written in a dark pink, sans-serif font in the center of the starburst.

Fim