

Maria Claudia Rodrigues¹
Mariana Fortunata Donadon²
Sabrina Kerr Bullamah Correia³
Aline Gerbasi Balestra⁴
Êdela Aparecida Nicoletti⁵

Descontinuação de benzodiazepínico no transtorno de pânico: estudo de caso

Discontinuation of benzodiazepine in panic disorder: case study

RESUMO

Apesar da eficácia do uso de benzodiazepínicos (BZD) no tratamento do Transtorno do Pânico (TP), seu processo de descontinuação pode ser difícil. Pacientes ansiosos podem associar o medicamento a um método de diminuição dos sintomas de ansiedade, percebendo como uma segurança que os protegem de possíveis ameaças. Este estudo de caso teve por objetivo relatar o processo de descontinuação do uso de BZD como comportamento de segurança em um paciente com TP, através da TCC. No atendimento a um paciente, 28 anos, solteiro, foram utilizados os inventários Beck para depressão (BDI), ansiedade (BAI) e desesperança (BHS). Procedeu-se 30 sessões estruturadas na abordagem cognitivo-comportamental. O tratamento seguiu através da reestruturação cognitiva, por meio da busca de evidências, e exposição gradual em situações temidas. Como resultado, durante o processo de tratamento, o paciente apresentou a descontinuação do uso do BZD e melhora significativa em sua funcionalidade, quebrando o ciclo de comportamento de segurança, ampliando seu repertório social e reduzindo os sintomas de ansiedade, sendo que os escores de todos os inventários reduziu-se a zero. A utilização da TCC possibilitou um tratamento importante para a quebra do ciclo de manutenção do comportamento de segurança e na descontinuação do uso de BZD.

Palavras-chave: Terapia Cognitiva; Transtorno de Pânico; Benzodiazepina.

ABSTRACT

Despite the effectiveness of the use of benzodiazepines (BZD) in the treatment of Panic Disorder (PD), its discontinuation process can be difficult. Anxious patients may associate the drug with a method of decreasing anxiety symptoms, perceiving it as a safeguard that protects them from possible threats. This case study aimed to report the discontinuation of the use of BZD as safety behavior in a patient with PD, through CBT. In the care of a patient, 28 years old, single, the Beck inventories for depression (BDI), anxiety (BAI) and hopelessness (BHS) were used. We conducted 30 structured sessions in the cognitive-behavioral approach. Treatment followed through cognitive restructuring, through the search for evidence, and gradual exposure in feared situations. As a result, during the treatment process, the patient presented discontinuation of BZD use and a significant improvement in its functionality, breaking the cycle of safety behavior, expanding its social repertoire and reducing anxiety symptoms, with the scores of all inventories have been reduced to zero. The use of CBT provided an important treatment for breaking the cycle of maintaining safety behavior and discontinuing the use of BZD.

Keywords: Cognitive Therapy; Panic Disorder; Benzodiazepine.

¹ Doutorado pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. - (Psicóloga; Especialista em Terapia Cognitiva; Mestre e Doutoranda em Ciências Médicas/Saúde Mental, FMRP-USP; Docente de Cursos de Especialização em Terapia Cognitiva.) - Ribeirão Preto - SP - Brasil.

² Doutorado pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. - (Psicóloga; Especialista em Terapia Cognitiva; Mestre e Doutoranda em Ciências Médicas/Saúde Mental, FMRP-USP; Docente de Cursos de Especialização em Terapia Cognitiva).

³ Mestre - (Psicóloga; Especialista e Proficiente em Terapia Cognitiva; Mestre em Psicologia Clínica; Coordenadora do Centro de Terapia Cognitiva Veda, sede Ribeirão Preto).

⁴ Especialista em Terapia Cognitiva; Mestre em Ciências e proficiente em Terapia cognitiva. - (Psicóloga; Especialista e Proficiente em Terapia Cognitiva; Mestre em Ciências Médicas, FMRP-USP; Docente de Cursos de Especialização em Terapia Cognitiva).

⁵ Especialista - (Psicóloga; Especialista em Terapia Cognitiva; Coordenadora Geral do Centro de Terapia Cognitiva Veda, São Paulo; Docente do Programa de Proficiência em TCC do CTC Veda).

Correspondência:

Maria Claudia Rodrigues.
Instituição: Centro de Terapia Cognitiva Veda de Ribeirão Preto (CTC VEDA-RP)
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).
Rua Florêncio de Abreu, 681.
Ribeirão Preto - SP.
CEP: 14015-060.
E-mail: mariac_rodrigues@yahoo.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 01 de Dezembro de 2017. cod. 558.
Artigo aceito em 01 de Maio de 2018.

DOI: 10.5935/1808-5687.20170020

INTRODUÇÃO

Benzodiazepínicos (BZD) são uma classe de fármacos, depressores do Sistema Nervoso Central, indicados principalmente para tratamentos de transtornos do sono, como a insônia, de transtornos de ansiedade. Entretanto, apesar de grandes benefícios, esses são atenuados, por vezes, diante da grande dificuldade em sua descontinuação do uso (Baandrup *et al.*, 2018).

Essa dificuldade aparece tanto diante de características farmacológicas dos BZDs, por ser esse um fármaco com tempo de meia-vida menor e com alta lipossolubilidade, o que confere uma maior probabilidade de causar dependência e sintomas de abstinência, além de quadros de tolerância; como também diante de características psicológicas associadas à medicação, por exemplo, percepções distorcidas: “*Não posso viver sem meu remédio*”. Sendo assim, a recomendação é que sua retirada aconteça de forma gradual, pois sua retirada abrupta pode manifestar sintomas físicos, como queixas de agitação motora, dores no corpo, caibras musculares; e psicológicos, com oscilação de humor, irritabilidade, aumento de ansiedade, despersonalização. (Nunes & Bastos, 2016).

Essa dificuldade pode se tornar ainda maior diante de um uso indevido e/ou prolongado desses medicamentos. O desenvolvimento de dependência a medicação, e a falta de conhecimento de alternativas não-farmacológicas para lidar com ansiedade, insônia e outros sintomas semelhantes podem levar ao uso de BZD de maneira prolongada. Porém, essa escolha pode levar o paciente a uma série de comprometimentos a longo prazo, como o risco de deficiências psicomotoras, sensação de tortura, desrealização, sedação diurna, prejuízo cognitivo ligados a atenção e memória, além do aumento do risco de demência (Baandrup *et al.*, 2018; Billioti *et al.*, 2012).

Um dos transtornos com grande prescrição de BZD é o Transtorno de Pânico (TP), sendo essa uma das opções farmacológicas mais eficazes para esses casos (Mitte, 2005). Fujii, Uchida, Suzuki e Mimura (2015), em um estudo transversal realizado no Japão, avaliaram a dependência psicológica de BZD por pacientes diagnosticados com TP. Em seus resultados, 60,8% apresentavam dependência psicológica de BZD, além de averiguarem uma correlação positiva entre a dependência de BZD e TP grave, apontando para necessidade de uma maior atenção à dependência psicológica de BZD, além da farmacológica em pacientes com TP, e principalmente, às alternativas não-farmacológicas para esse tratamento.

Diante desse quadro, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode ser uma importante intervenção no processo de descontinuação do BDZ. Otto *et al.* (2010), em estudo realizado na Universidade de Boston, buscaram verificar a influência da TCC para diminuir os sintomas de abstinência do BZD e de ansiedade na retirada de BZD. Nesse estudo, os pacientes que receberam o tratamento em TCC tiveram taxas significativamente maiores na descontinuação do uso

de BZD, bem como diminuição dos sintomas de abstinência e ansiedade, quando comparados àqueles que não receberam o tratamento em TCC.

A TCC para TP é uma alternativa terapêutica que possui boa resposta de curto, médio e longo prazo para os sintomas. Em um estudo de revisão, avaliando a eficácia e as aplicações da TCC para TP, Otto e Deveney (2005) afirmaram que a TCC pode alterar o curso do TP não só para prevenir recaídas, mas também para prolongar o intervalo entre crises, estando associada a altos índices (75%) de pacientes livres de pânico.

Uma linha de base para o tratamento de TP através da TCC são intervenções focadas na reestruturação de percepções distorcidas e catastróficas das possíveis sensações físicas de ansiedade, bem como das crenças de desesperança e incapacidade em administrar a ansiedade e o pânico. Essa visão distorcida, pode levar o paciente a ver, por exemplo, o BZD, como sendo a única solução possível para manter o seu controle e evitar as situações desagradáveis e sofríveis de um ataque de pânico. Nesse caso, um dos objetivos da TCC é buscar a reestruturação dessas percepções, além de modificar as percepções dos pacientes sobre a ansiedade e o próprio ataque de pânico, visto que, segundo o modelo cognitivo, podem ser consequências de interpretações distorcidas das sensações físicas e da maximização de ameaças e minimização de recursos possíveis para lidar com a situação vivenciada (Beck & Dazois, 2011; Manfro, *et al.*, 2008). Nesse sentido, um ataque de pânico pode ocorrer em resposta de luta/fuga ativada por um chamado “alarme falso” (por exemplo, perceber sensações corporais como prejudiciais para o organismo).

Outro foco importante para a avaliação e a formulação do tratamento de TP em TCC está ligado à identificação dos ciclos de manutenção da dificuldade que seriam os processos psicológicos que funcionam como ciclos “viciosos”, onde o pensamento, emoção, comportamento ou resposta fisiológica dão origem a efeitos que acabam por confirmar o pensamento original, podendo manter ou intensificar os sintomas (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007).

Um exemplo destes ciclos de manutenção é o chamado comportamento de segurança. O conceito de comportamento de busca de segurança assumiu um lugar central em muitas teorias sobre os transtornos de ansiedade (Salkovskis, 1991). Pacientes ansiosos frequentemente tomam atitudes para fazer algo que eles acreditam que os protegem de qualquer ameaça temida. Por exemplo, alguém que tem medo de desmaiar em um supermercado pode agarrar-se firmemente no carrinho de compras buscando segurança para não cair (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Desta maneira, a situação ou evento temido continua a provocar ansiedade, pois é ainda avaliado como uma ameaça, principalmente quando o comportamento de segurança não está disponível, por exemplo, o uso de um medicamento (Helbig-Lang, Silke, & Tania, 2015).

O estudo de Helbig-Lang, Silke, e Tania (2015) aponta ainda o comportamento de segurança como um possível

fator prejudicial para o tratamento de exposição para TP. Embora comportamentos de segurança possam ser altamente idiossincráticos, a sua função não é. Em contraste com estratégias de enfrentamento adaptativas, os comportamentos de segurança são direcionados a prevenir consequências temidas irrealistas ou superestimadas de ansiedade. Assim, comportamentos de segurança podem ser uma resposta comportamental inadaptada à ansiedade e que é mantido por reforço negativo (Helbig-Lang & Petermann, 2010).

Esse comportamento de segurança é um importante fator que pode dificultar na descontinuação do uso de BZD, pois o paciente pode associar a medicação com a possível diminuição da ansiedade e dos ataques de pânico, desconsiderando outras formas de enfrentamento tornando-se pouco tolerante ao mal-estar da ansiedade. Sendo assim, a TCC se mostra uma importante ferramenta para o paciente conhecer seu funcionamento e buscar outras formas de enfrentamento a situações temidas, evitando o estabelecimento da dependência medicamentosa ou quebrando um ciclo já estabelecido. Desta maneira, o objetivo deste estudo de caso foi relatar o processo de tratamento, através da TCC, da descontinuação do uso de benzodiazepínico como comportamento de segurança em um paciente com transtorno de pânico.

HISTÓRIA DO CASO

Miguel, 28 anos, solteiro, morava com os pais, sua irmã mais nova e sua noiva. Tinha ensino superior completo e trabalhava como responsável técnico de uma empresa. Buscou tratamento psicológico, encaminhado por seu psiquiatra, após um episódio de pânico e intensificação de sintomas de ansiedade – *“Estava no shopping e comecei a sentir muita tontura, frio na barriga, falta de ar, dor de cabeça, uma sensação muito forte de desrealização, fiquei desesperado, achei que iria morrer”*. A partir deste episódio, passou a evitar sair de casa e começou a apresentar medo diante de pensamentos intrusivos ligados as suas sensações fisiológicas de ansiedade - *“Será que estou louco?”; “E se eu passar mal na frente dos outros de novo?”*.

No momento de sua admissão ao tratamento, seus principais sintomas eram:

Sintomas Emocionais: Ansiedade, medo, preocupação, desânimo.

Sintomas Cognitivos: Acreditava estar enlouquecendo e não ser capaz de se livrar dos sintomas. Tinha medo de sair de casa e passar mal em público *“seria muito vergonhoso”*.

Sintomas Comportamentais: Evitava sair de casa e frequentar locais com muitas pessoas, saindo apenas com o BZD sublingual no bolso *“sem o sublingual não vou à lugar nenhum”*.

Sintomas Fisiológicos: Desrealização, taquicardia, sufocamento, tremores, tontura, dor de cabeça e frio na barriga.

O paciente relatou ser ansioso desde a infância, porém, buscou avaliação psiquiátrica apenas após o encaminhamento

do clínico geral, sendo diagnosticado com Transtorno do Pânico, segundo critérios diagnósticos do DSM-5 (APA, 2013). Estava medicado no início da terapia com antidepressivo (Clomipramina-175 mg) e benzodiazepínico (Clonazepam-12 gotas/dia e sublingual quando em crise).

Miguel era filho de uma gravidez não planejada - *“Minha mãe fala que perdeu a adolescência por minha culpa”*. Apresentava conflitos com a mãe e bom relacionamento com o pai. Relatou que sua mãe sempre foi muito ansiosa e controladora e que, constantemente, invalidava os seus sintomas - *“Ela sempre diz que o que eu tenho é frescura”*.

Relatou que a primeira vez que sentiu-se muito ansioso foi durante a adolescência na escola, onde afirmou ter sofrido *bullying* por seus colegas de sala que o colocavam apelidos vexatórios por conta da presença de acne no seu rosto. Também descreveu ter apresentado sintomas de ansiedade quando precisou trancar a faculdade por motivos financeiros - *“Tinha muita vergonha de olhar para as pessoas com padrão bem melhor do que o meu”*.

Após esse momento, Miguel voltou a frequentar a faculdade onde, no último ano, começou seu relacionamento com sua noiva - *“Foi um período muito bom”*. Relatou ser esta uma fase onde tinha muitos amigos. Afirmou ser muito exigente e perfeccionista em seu trabalho, apresentava bom convívio e interação com colegas do trabalho, mas estava esquivando-se dos amigos - *“o sublingual é meu atual melhor amigo”*.

FORMULAÇÃO DE CASO

Após o primeiro episódio de ansiedade, Miguel adotou comportamentos de hipervigilância somática e de esquiva frente a locais com aglomeração de pessoas, tais como shoppings e bares. Evitava esses locais sociais, aversivos para ele, e pensava ser diferente quando se comparava aos amigos, usando posteriormente a medicação para sentir-se melhor. Seu quadro de ansiedade apresentava piora diante destes pensamentos ou quando amigos ou familiares faziam qualquer referência ao seu problema. Mesmo em diferentes ambientes, Miguel só conseguia estar se tomasse o BZD sublingual e o mantivesse consigo em seu bolso - *“meu único alívio é bater a mão no bolso e sentir o sublingual ali”*.

VISÃO TRANSVERSAL DAS COGNIÇÕES E COMPORTAMENTOS ATUAIS

Miguel apresentava, na admissão do tratamento, muito medo de estar enlouquecendo e de não haver cura para as sensações físicas relatadas. Uma situação comum e muito desagradável para ele era quando sua namorada o convidava para sair no final de semana: diante do pensamento *“E se eu passar mal no barzinho?”*, ficava bastante ansioso, apresentando reações físicas como tontura e frio na barriga, e buscava o sublingual e evitava sair de casa. Apesar do alívio imediato, o uso do BZD levava-o a pensar *“Minha namorada deve achar que sou louco”*, ficando bastante desanimado.

Quando Miguel conseguia sair para algum evento ou situação social, apresentava os seguintes pensamentos: *“Sou o único aqui que não bebe, sou diferente dos outros”*, aumentando sua ansiedade no ambiente e buscando segurança no sublingual - *“preciso do sublingual, senão vou passar mal aqui no meio de todo mundo”*. Em outra situação, diante do convite de seus amigos para sair, apresentava o seguinte pensamento: *“Não posso mais sair com eles assim, precisando de remédio e sem beber, vão pensar que sou louco”*, ficando muito ansioso, com tontura, sudorese e frio na barriga, recorrendo ao sublingual para aliviar seus sintomas físicos e evitando as situações sociais.

VISÃO LONGITUDINAL DAS COGNIÇÕES E COMPORTAMENTOS

Do ponto de vista longitudinal, Miguel sempre se apresentou preocupado com a opinião e o julgamento dos outros. Relatou que a mãe sempre foi ansiosa e preocupada com sua “imagem” diante dos outros, lembrando que, em diferentes situações, ela repetia a frase: *“O que os outros vão pensar?”*, o que ajudou na formação de um importante pressuposto: *“Se não sou igual aos outros, então, sou inadequado”*. Desde a adolescência, apresentava crenças de desamparo e pensamentos de incapacidade, sentindo-se diferente de seus colegas - *“não sou capaz”*; *“sou diferente dos outros”*; *“sou inadequado”*.

Diante das situações de bullying sofridas na adolescência, Miguel aumentou sua preocupação quanto aos julgamentos dos outros, inferindo ser ruim e vergonhoso ser diferente. Suas estratégias comportamentais compensatórias incluíram evitar exposições e atividades sociais e evitar conflitos.

HIPÓTESES DE TRABALHO

Diante de tais relatos, foi possível direcionar como hipótese a ser trabalhada que Miguel percebia a si mesmo como uma pessoa em desamparo, vulnerável às situações externas e internas, sem recursos para enfrentar julgamentos ou críticas. O paciente apresentava pensamentos catastróficos maximizando as situações a serem enfrentadas e os seus sintomas físicos, o que levava a uma piora de seu quadro de ansiedade - *“E se eu perder o controle e tiver um surto? O que os outros vão pensar?”*. Sendo assim, Miguel, ao se perceber desamparado, encontrou no BZD sublingual, uma fonte de segurança para minimizar seus sintomas, os quais não via possibilidade de controle - *“Não tenho mais uma vida normal, ansiedade é algo terrível que não posso controlar sem remédio”*. Além disso, para funcionar diante destas inferências, Miguel passou a evitar exposições e situações que, hipoteticamente, poderiam o levar a ativação de sintomas físicos - *“se eu passar mal em público, então, vão achar que sou louco, logo, isso será terrível de suportar”*.

PLANO DE TRATAMENTO

Durante os três primeiros encontros, após a avaliação inicial, foi levantado uma lista de dificuldades e metas atuais de Miguel, buscando minimizar seus sintomas físicos e elevar o seu humor através da percepção da possibilidade de mudança, o motivando em relação a terapia, organizando seus problemas e especificando as metas de maneira funcional.

As principais dificuldades traçadas por Miguel foram:

- Dependência do benzodiazepínico sublingual;
- Evitar sair com amigos;
- Evitar sair com a namorada no cinema/bares;
- Evitar ir a shoppings;
- Evitar andar no centro da cidade, quando movimentado;
- Ser muito ansioso
- Ter dificuldades em se relacionar

De acordo com as metas do paciente e os dados da formulação de caso e conceituação cognitiva, a terapeuta considerou alguns objetivos para a terapia de Miguel, dentre eles:

- Retirada do Benzodiazepínico sublingual que funcionava como comportamento de segurança;
- Reestruturação dos pensamentos automáticos disfuncionais (julgamento, leitura mental, tudo ou nada e catastrofismo);
- Redução da ansiedade e seus sintomas fisiológicos;
- Redução de comportamentos disfuncionais (hipervigilância e passividade);
- Aumento de atividades de prazer;
- Modificação de crenças disfuncionais (*“não sou capaz”*; *“sou diferente dos outros”*; *“estou enlouquecendo”*).

Na fase inicial da terapia foi foco de intervenção a redução dos respondentes físicos de ansiedade, visando reduzir o sofrimento e elevar o humor do paciente para um bom desenvolvimento do tratamento e adesão a este, melhorando sua funcionalidade. Especificamente, foi estabelecida a retirada gradual, junto com o psiquiatra, do BZD sublingual, através do uso da técnica de resolução de problemas, a psicoeducação sobre ansiedade e transtorno de pânico, cartões de enfrentamento, inventário de custo/benefício, identificação e registro de pensamento automático disfuncional e técnicas de relaxamento (respiração diafragmática e relaxamento muscular).

Na fase intermediária, foi proposto o trabalho sob as distorções cognitivas discriminadas, tais como *“tudo ou nada”*, *“catastrofização”* e *“leitura mental”*, buscando sua flexibilização e funcionalidade. Além disso, nesta fase foi proposto o treino de habilidades sociais direcionados para treino de assertividade. Houve a retirada total do BZD sublingual, com a quebra do ciclo de manutenção do comportamento de segurança, através de experimentos comportamentais e exposição a situações aversivas, técnicas para controle de ansiedade e redução de seus sintomas físicos, questionamento e flexibilização dos pensamentos automáticos disfuncionais, e a identificação das crenças disfuncionais e seu questionamento, através de busca de evidências e inventário de vantagens /desvantagens.

Na fase final foram enfatizados a manutenção dos ganhos com a terapia, finalização das metas e prevenção de recaída, buscando o acompanhamento em follow up, através da diminuição do número de sessões e revisando as técnicas aprendidas. Houve a revisão da queixa inicial e levantamento dos próximos passos “pós-terapia,” visando a manutenção da flexibilização de crenças e minimização de possíveis erros cognitivos após o término da terapia, principalmente diante do enfrentamento da possível presença de sintomas de ansiedade, enfrentamento de críticas e julgamentos, e na evitação do uso do BZD sublingual como comportamento de segurança.

CURSO DO TRATAMENTO

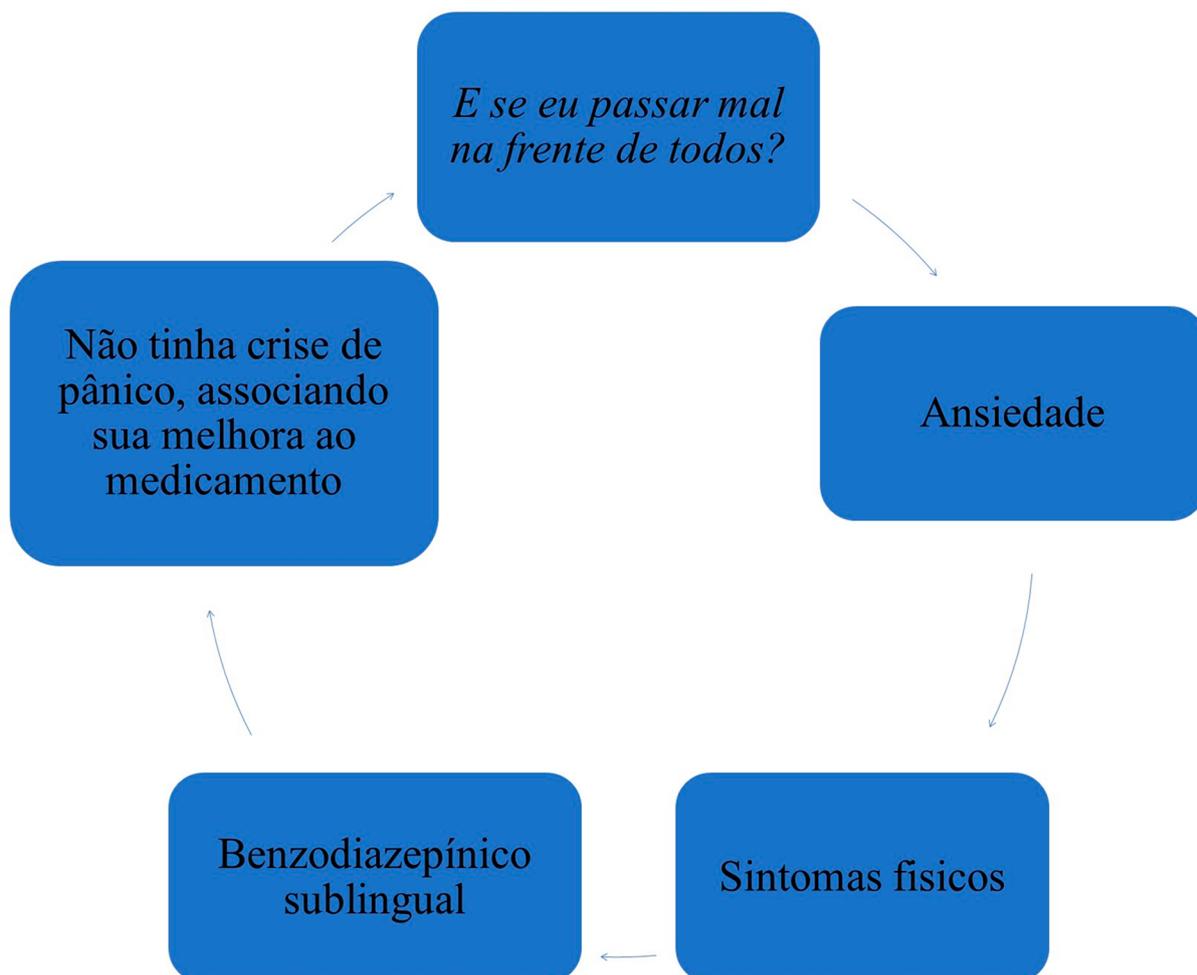
Realizaram-se intervenções de psicoeducação quanto ao modelo cognitivo da ansiedade (mecanismo luta/fuga,

reações fisiológicas e comportamentos que mantêm as crenças) e sobre o ciclo do comportamento de segurança através da utilização do BZD sublingual. Na figura 1, a seguir, é possível observar um exemplo desse ciclo de manutenção de comportamento de segurança, relatado pelo paciente:

Buscou-se a normalização da presença dos sinais de ansiedade diante da necessidade desta para preservação da vida de qualquer indivíduo; identificação dos pensamentos automáticos disfuncionais e emoções e o desenvolvimento de estratégias mais funcionais e assertiva. Foram realizados experimentos comportamentais relacionados a ideia de não saber controlar sua ansiedade sem a presença do BZD.

Também foram realizadas análise de evidências e exposição gradual em situações aversivas, objetivando a reestruturação de crenças disfuncionais ligadas a essa

Figura 1. Exemplo do ciclo de manutenção de comportamento de segurança.



percepção de incapacidade do controle de seus sintomas ansiosos sem o medicamento: “Ansiedade é algo terrível que não posso controlar sem remédio”. Além disso, levantou-se uma lista de atividades prazerosas, visando a ativação comportamental e ampliação de repertório social, para que voltasse a frequentar situações sociais com amigos e com a namorada. Miguel passou a identificar seus erros cognitivos ligados ao catastrofismo (“vou enlouquecer”), tudo ou nada (“sem o sublingual não vou a lugar nenhum”) e leitura mental (“meus amigos acham que sou louco”), buscando flexibilizar estes pensamentos através da busca de evidências e de cartões de enfrentamento, tais como:

- “Estou ansioso e não louco, devo buscar evidências para meus pensamentos”

- “O sublingual diminui os sintomas imediatos, mas não muda meus pensamentos e comportamentos, mas eu sim”

- “Ansiedade é necessário para sobrevivência e todos sentem”

Houve dois momentos durante o processo terapêutico que desencadearam pensamentos catastróficos intensos e o aumento de sintomas ansiosos no paciente. Durante a 4ª sessão, o paciente relatou a elevação de seus sintomas de ansiedade em uma situação em que foi padrinho de casamento: “E se eu passar mal aqui na frente de todos? Será terrível!”. Nesta ocasião, Miguel usou sete BZD sublingual como comportamento de segurança. Nesta sessão, através de busca de evidências, houve a percepção de seus erros cognitivos e sua flexibilização. Apesar do sofrimento da crise, nesta sessão ficou evidente para Miguel o ciclo de manutenção do comportamento de segurança através do uso do BZD, e a partir deste momento, a busca pelo medicamento começou a decair.

Uma outra situação ocorreu na 13ª sessão quando Miguel relatou o aumento da sua ansiedade após a namorada ter sofrido um assalto no trabalho, deixando o emprego e cogitando a ideia de mudar para casa da irmã em outra cidade. Frente a essa situação, a mãe de Miguel sinalizou: “Mulher nenhuma aguenta suas loucuras” levando-o ao seguinte pensamento: “Minha mãe está certa, ela vai me deixar porque não aguenta minhas crises.” Estas situações elevaram os sintomas de desrealização, tontura e frio na barriga, porém não chegou a fazer uso de BZD. A superação desta crise se deu nas sessões posteriores, com o levantamento de evidências, cartão de enfrentamento e normalização da ansiedade.

RESULTADOS

Em poucas sessões os comportamentos de esquiva de situações sociais diminuíram consideravelmente. Miguel voltou a sair com a namorada para bares e cinemas e, através de exposição gradual, buscou enfrentar os locais tidos como aversivos, como por exemplo, a praça de alimentação do shopping que foi o local do incidente inicial de ataque de pânico. Em todas estas situações, houve uma diminuição gradual do

uso do BZD, até a sua retirada total já na 11ª sessão, através da quebra de seu ciclo do comportamento de segurança, por meio de flexibilização e reestruturação cognitiva – “O uso do sublingual virou hábito, se tornando apenas um placebo, não é ele que controla a minha ansiedade, mas os meus pensamentos”.

A exposição gradual para que Miguel deixasse de usar o BZD como comportamento de segurança procedeu da seguinte maneira: chegar ao trabalho e tirar o BZD do bolso e colocar na gaveta; ir almoçar sem levar o medicamento; sair – sucessivamente de acordo com a gradação aversiva relatada - em barzinho/cinema/praca de alimentação dos shoppings/praca de alimentação do shopping onde ocorreu o episódio de pânico, com a namorada e deixar o medicamento com ela; deixar o medicamento no carro; sair sem o medicamento.

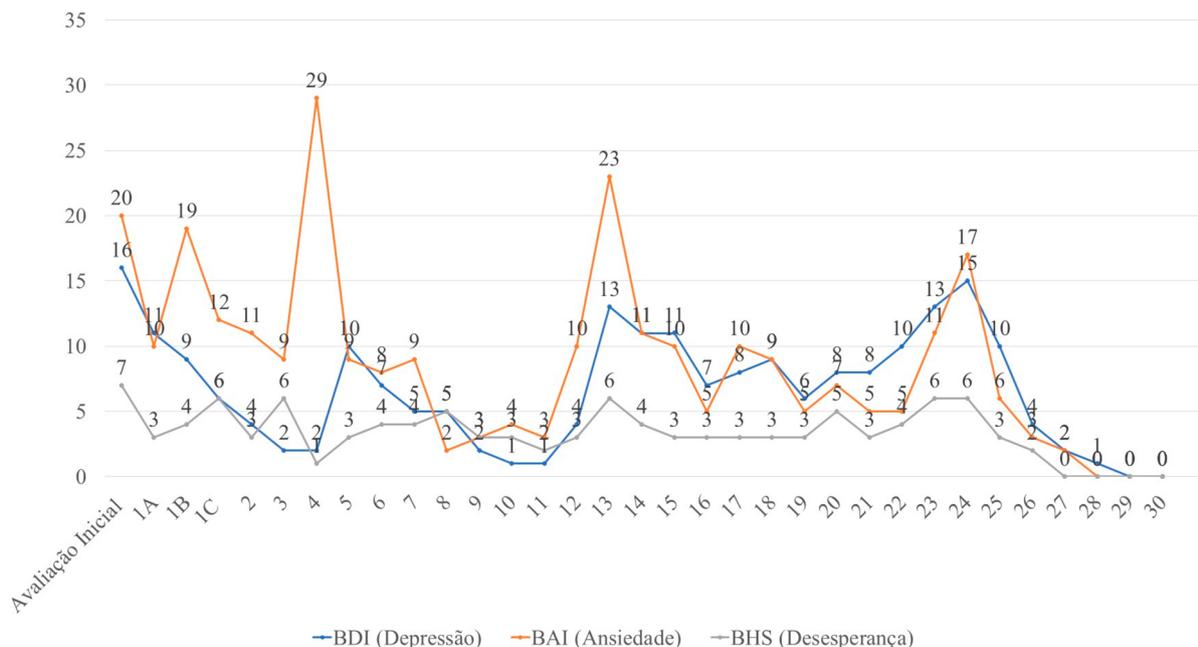
Após as exposições, Miguel passou a se perceber com recursos para lidar com os sintomas de ansiedade e a perceber que seus erros cognitivos intensificavam seus sintomas fisiológicos, bem como passou a perceber que a ansiedade é algo normal e necessário, o que o ajudou na modificação de suas crenças disfuncionais: “Todos sentem ansiedade, o que eu fazia era maximizar meus sintomas e pensar muita coisa achando que iria enlouquecer, e sem tentar nenhuma técnica, já corria tomar o sublingual”. A seguir, na figura 2, é possível observar os escores referentes as escalas Beck das 30 sessões realizadas:

Na avaliação inicial, Miguel apresentou os seguintes escores: BDI: 16, BAI: 20, BHS: 07, chegando na trigésima sessão com os escores zerados nas três escalas. Durante o processo, apresentou três picos de ansiedade, com elevação dos seus escores, diante de crises pontuais. Com os manejos realizados nas sessões seguintes, conseguiu flexibilizar e reestruturar seus erros cognitivos, obtendo uma diminuição dos escores apresentados. Miguel apontou para uma melhora efetiva de sua qualidade de vida com a retirada do BZD sublingual e seu retorno às atividades sociais e de lazer – “Sei que vou ter sintomas de ansiedade, mas agora sei o que fazer para lidar com eles se acontecer, sem precisar recorrer direto ao sublingual e evitar fazer coisas que gosto”. Após a 26ª sessão, as sessões passaram a ser quinzenais, como prevenção de recaída, e mensal a partir da 30ª sessão.

DISCUSSÃO

Este estudo de caso buscou relatar intervenções da TCC para o tratamento de um paciente com TP e a descontinuação do uso de BZD, usado como comportamento de segurança. Foi possível observar uma melhora importante no quadro da ansiedade do paciente quando as intervenções focaram o comportamento de segurança. Diferentes intervenções como a análise de evidências, estratégias de resolução de problemas, a elaboração de experimentos comportamentais e a exposição contribuíram para a modificação desse ciclo de manutenção, confirmando a necessidade de intervenção nesse ciclo conforme aponta a literatura (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007).

Figura 2. Escores dos Inventários Beck (BDI, BAI, BHS) das 30 sessões realizadas.



Também foi possível observar a melhora no quadro sintomatológico do paciente que apresentou apenas três crises de maior magnitude durante o processo terapêutico, com diminuição gradual de intensidade até a sua remissão mostrando resultados na mesma direção de Otto e Deveney (2005), que apontam a TCC como uma intervenção eficaz no processo de alteração do curso do TP por auxiliar no processo de prolongamento gradual do intervalo entre crises através do manejo da ansiedade até sua possível remissão total.

Quanto à reestruturação dos pensamentos distorcidos ligados ao uso do BZD, Miguel não se via com recursos para enfrentar situações aversivas sem recorrer ao uso do sublingual. Aprendendo a identificar seus pensamentos automáticos disfuncionais, buscou responder a eles de maneira mais funcional, diminuindo a percepção catastrófica ligada às situações. Em um estudo de revisão de literatura, Stock, Barbosa e Kristensen (2014) buscaram descrever os possíveis impactos da TCC no funcionamento neurobiológico. Os autores revisaram nove artigos que evidenciavam a utilização da reestruturação cognitiva com a principal estratégia no tratamento de diferentes transtornos de ansiedade, sugerindo que a reestruturação cognitiva ativa regiões do córtex pré-frontal e diminui regiões do sistema límbico, em especial, a amígdala, a qual é ativada durante situações ansiogênicas (Sternberg, 2010).

Para Otto, Hong e Safren (1995) a retirada de uma “segurança condicionada”, no caso, o BZD, é um processo que demanda cuidados específicos, seja por conta da adaptação fisiológica, seja pela possibilidade de novas

crises de pânico diante do processamento cognitivo ligado a pensamentos catastróficos dessa remoção. Para os autores, a associação entre reestruturação cognitiva e técnicas de exposição a situações aversivas é a forma mais eficaz de tratamento no processo de descontinuação do uso de BZD, principalmente, em pacientes com histórico de insucesso na retirada do medicamento, pois, uma vez trabalhado os pensamentos distorcidos associados a situações temidas, o paciente irá examinar diretamente, em situações testes, seus reais recursos para lidar com essa situação aversiva. No caso do Miguel, a exposição se tornou gradual, após o trabalho de reestruturação dos pensamentos catastróficos e crenças de desamparo ligados aos eventos aversivos nos quais só conseguia se expor após o uso do medicamento sublingual ou estando com o medicamento em mãos.

Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells e Gelder (1999) verificaram que comportamentos de exposição em situações ansiogênicas foram associados à mudança de crença negativa e redução dos sintomas de ansiedade quando comparados à exposição onde o comportamento de segurança era mantido. Isto evidencia a hipótese de que o comportamento de segurança desempenha um papel importante na manutenção de crenças e da resposta ansiogênica. Quando “nada acontece”, ou seja, não ocorre uma grave crise de pânico, por exemplo, este fato é atribuído ao sucesso do comportamento de segurança ao invés de resultar em uma diminuição da percepção de ameaça, bloqueando, desta forma, as crenças de ameaça de serem refutadas ((Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007).

Desta maneira, a situação aversiva continua a provocar ansiedade, pois é ainda avaliada como uma ameaça (Helbig-Lang, Silke, & Tania, 2015). Sendo assim, após as exposições graduais, associada à reestruturação cognitiva, Miguel passou a se perceber com recursos para lidar com os sintomas de ansiedade, modificando assim suas crenças de incapacidade diante das situações temidas, quebrando este ciclo de manutenção ao recorrer aos próprios recursos quando ansioso e não mais ao BZD sublingual como único recurso de enfrentamento. Diante disso, este atingiu a percepção de que não é possível se “livrar” da ansiedade, mas que é possível aprender a lidar e manejá-la, o que o auxiliaria na diminuição da ocorrência de futuros ataques de pânico (Wesner, et al., 2014).

CONCLUSÕES

A utilização da TCC possibilitou um tratamento importante para a quebra do ciclo de manutenção do comportamento de segurança e na descontinuação do uso de BZD. Através da reestruturação cognitiva, flexibilização das crenças disfuncionais por meio de busca de evidências e exposição gradual em situações temidas, a qualidade de vida, avaliada pelo paciente, melhorou, diante da ampliação do repertório social, redução dos sintomas de ansiedade, bem como remissão do TP, e a retirada da medicação.

Apesar das evidências clínicas apontadas, por se tratar de um estudo de caso, estas acabam por limitarem uma forte validação empírica e possível generalização de seus dados, bem como a mensuração das possíveis variáveis modificadoras presentes na TCC na descontinuação do BZD. Desta maneira, estudos com um maior controle das variáveis em questão, poderiam ampliar as possibilidades de intervenção em TP e no processo de descontinuação de medicações, sendo este um possível caminho para o crescimento do conhecimento de psicoterapias baseadas em evidências, visando estimular a disseminação de técnicas validadas em pesquisas científicas.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatry Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association.
- Baandrup, L., Ebdrup, B. H., Rasmussen, J. O., Lindschou, J., Gluud, C. & Glenthøj, B. Y. (2018). Pharmacological interventions for benzodiazepine discontinuation in chronic benzodiazepine users. *Cochrane Database of Systematic Review*. Issue 3.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2000). Cognitive-Behavioral Therapy, Imipramine, or Their Combination for Panic Disorder A Randomized Controlled Trial. *The Journal of the American Medical Association*, 283 (19), 2529-2536.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Medicine*. 62, 397-409.
- Billioti, G. S., Begaud, B., Bazin, F., Verdoux, H., Dartigues, J. F., Peres, K., Kurth, T. & Pariente, A. (2012). Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ*, 345 (27): e6231.
- Fujii, K., Uchida, H., Suzuki, T., & Mimura, M. (2015). Dependence on benzodiazepines in patients with panic disorder: A cross-sectional study *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69, 93-99, 2015.
- Helbig-Lang, S., Petermann, F. (2010). Safety behaviors across anxiety dis-orders: tolerate or eliminate? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 218-233.
- Helbig-Lang, S., Silke R., & Tania, M. L. (2015). Emotion Regulation Difficulties in Social Anxiety Disorder and Their Specific Contributions to Anxious Responding. *Journal of Clinical Psychology*, 71(3), 241-249.
- Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V., & Otto, M. W. (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 30 (II), 81-7.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*. 88(1), 27-45.
- Nunes, B. S. & Bastos, F. M. (2016). Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos. *Saúde & ciência em ação, Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde*. 3 (01), 71-82.
- Otto, M. W., Hong, J. J. & Safren, S. A. (1995). Benzodiazepine Discontinuation Difficulties in Panic Disorder: Conceptual Model and Outcome for Cognitive-Behavior Therapy. *Current Pharmaceutical Design*, 8, 75-80.
- Otto, M. W. & Deveney, C. (2005). Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *Journal of Clinical Psychiatry*. 66 (4), 28-32.
- Otto, M. W., Mchugh, R. K., Simon, N. M., Farach, F. J., Worthington, J. J. & Pollack, M. H. (2010). Efficacy of CBT for benzodiazepine discontinuation in patients with panic disorder: Further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*. 48, 720-727.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*. 19, 6-19.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Hackmann, A., Wells, A. & Gelder, M. G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 559-74.
- Sternberg, R. J. (2010). *Psicologia Cognitiva*. 5ª ed. São Paulo: Cengage Learning.
- Stock, T. O., Barbosa, M. E. & Kristensen, C. H. (2014). Evidências de alterações neurais na Terapia Cognitivo-Comportamental: uma revisão da literatura. *Contextos Clínicos*, 7(1):27-36.
- Wesner, A. C., Gomes, J. B., Detzel, T., Blayaa, C., Manfro, G. G., & Heldt, E. (2014). Effect of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in changing coping strategies. *Comprehensive Psychiatry*. 55, 87-92.
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2007). *An introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Application*. Sage Publications Ltd, London.