

Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno explosivo intermitente: relato de caso

Cognitive behavior therapy for intermittent explosive disorder: a review

Tania Maria da Cunha Doutel Barreto^I; Carla Rodrigues Zanin^{II}; Neide Aparecida Micelli Domingos^{III}

^I Psicóloga, Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental

^{II} Psicóloga Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental. Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME)

^{III} Doutora em Psicologia. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

[Endereço para correspondência](#)

RESUMO

O Transtorno Explosivo Intermitente (TEI) é um transtorno mental grave, caracterizado por impulsos agressivos fora de proporção, muitas vezes incapacitante, que afeta não só a vida dos pacientes, mas também a de seus familiares e pessoas de seu convívio. Este relato de caso tem como objetivo verificar o impacto da terapia cognitivo-comportamental como proposta de tratamento para redução de queixas em um paciente do sexo masculino, 46 anos, casado. Para avaliação e intervenção foram utilizados os seguintes instrumentos: Entrevista Semi-dirigida; Inventário Beck de Depressão (BDI); Inventário Beck de Ansiedade (BAI); Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL); Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette). Foram realizadas 33 sessões de abordagem cognitivo-comportamental e o procedimento incluiu avaliação inicial, intervenção, avaliação final e *follow-up*. Foram utilizadas estratégias e técnicas como registro de pensamentos disfuncionais, autorregistro, reestruturação cognitiva, relaxamento, manejo de stress, treino de assertividade, treino em habilidade social, exposição e prevenção de resposta, ensaio comportamental envolvendo role playing, treino em autoinstruções e treino para solução de

REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2009, Volume 5, Número 1

problemas. Os principais resultados indicam diminuição significativa das queixas, redução dos sintomas de inquietação interna, ideação violenta, comportamento agressivo (ataques verbais e físicos) desproporcionais ao ambiente externo, aquisição de novo repertório cognitivo e comportamental e de estratégias de enfrentamento para lidar com situações que ativavam as crenças disfuncionais, além da remissão da sintomatologia orgânica. Conclusão: a intervenção cognitivo-comportamental apresentou um impacto positivo no tratamento do Transtorno Explosivo Intermitente.

Palavras-chave: Intervenção cognitivo-comportamental, Transtorno explosivo intermitente, Comportamento impulsivo agressivo.

ABSTRACT

Intermittent Explosive Disorder is often an incapacitating serious mental disorder characterized by out of proportion aggressive impulses that attack the life of the patients, their relatives and the people around them. This report intends to verify the impact of Cognitive-Behavior Therapy as a treatment for reduction of complaints in a male patient, 46 years old, married. The following instruments were used for evaluation and intervention: Half-Directed Interview; Beck Depression Inventory (BDI); Beck Anxiety Inventory (BAI); Lipp Stress Symptoms Inventory for Adults (ISSL); Social Skills Inventory (ISS-Del-Prette). Until the moment, the patient has completed 33 cognitive-behavior sessions, including an initial evaluation, intervention, final evaluation and follow up. The following strategies and techniques were used: register of dysfunctional thoughts, self monitoring with self register, cognitive restructuring, relaxation, stress administration, assertiveness training, social skill training, exposition and prevention of reply, role playing, self instruction training, problem solution training. The main results indicate a significant reduction of complaints, reduction of internal unrest, violent ideation, aggressive behavior (verbal and physical attacks) disproportionate to the external environmental cues, the acquisition of new cognitive and behavioral repertoires and strategies to face situations that activated the dysfunctional beliefs, in addition to remission of organic symptoms. Conclusion: cognitive-behavioral intervention presented a positive impact in the treatment of Intermittent Explosive Disorder.

Keywords: Cognitive-behavior therapy, Intermittent explosive disorder, Impulsive aggressive behavior.

Introdução

Estudos sobre Transtorno Explosivo Intermitente são escassos, se comparados com a literatura que descreve transtornos de humor ou transtornos de pensamento, e a maioria concentra-se nas intervenções farmacológicas e nas especulações neurológicas como elementos etiológicos (Caballo, 2003). Entretanto estudos recentes propõem validar os critérios diagnósticos e examinar suas características (Coccaro, Postemak & Zimmerman, 2005; Kessler & cols., 2006; McCloskey, Berman, Noblett & Coccaro, 2006).

O Transtorno Explosivo Intermitente (TEI) está classificado no Eixo I, na seção Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local – 321.34 (APA, 2002). Na CID-10 corresponde ao código F63.8 (APA, 2002).

Os Transtornos do Controle dos Impulsos caracterizam-se pela incapacidade do paciente para resistir a um impulso ou tentação que produz um comportamento prejudicial para si próprio ou para terceiros e compreendem o Transtorno Explosivo Intermitente, Cleptomania, Piromania, Jogo Patológico, Tricotilomania e o Transtorno do Controle dos Impulsos Sem Outra Especificação (APA, 2002; Hodgins & Peden, 2008).

Geralmente o impulso é experimentado como um aumento da excitação ou da tensão, culminando no ato que se sente como alívio ou gratificação, ou seja, que é negativamente reforçador. Pode manifestar-se culpa ou remorso depois do comportamento (Caballo, 2003).

De acordo com a APA (2002) a característica essencial do TEI é a ocorrência de “episódios circunscritos em que ocorre fracasso em resistir a impulsos agressivos, acarretando sérios atos agressivos ou destruição de patrimônio (Critério A) e o grau de agressividade expressada durante os episódios está nitidamente fora de proporção com qualquer provocação ou estressor psicossocial desencadeante (Critério B)” (p.623). Os exemplos de atos agressivos sérios incluem espancar, ferir ou ameaçar verbalmente uma pessoa. Esse transtorno pode ter como consequência a perda do emprego, suspensão escolar, divórcio, dificuldades com relacionamentos interpessoais, acidentes (por ex., com veículos), hospitalização (por ex., em virtude de ferimentos sofridos em lutas, socos nas paredes, quebra de vidros, etc.) ou envolvimento policiais. Normalmente o quadro é mais grave quando a pessoa faz uso de bebidas alcoólicas, mesmo em pouca quantidade.

Os sintomas do TEI (impulso agressivo irresistível e fora de proporção, com padrão de comportamento destrutivo, relacionado à “raiva cega”) aparecem em tantos outros transtornos que se pode propor um diagnóstico de exclusão. Os acontecimentos provocadores e as contingências associadas aos comportamentos passam muitas vezes sem serem notados pela observação direta. Pode parecer que não há estímulos precipitantes, mas o próprio comportamento é reforçador, pois a estimulação aversiva (mal-estar, desconforto, forte tensão na cabeça, dores musculares, entre outras) geralmente precede às explosões. O reforço negativo é produzido quando ocorre a resposta de fuga destes estados internos aversivos. A própria conduta (explosão) é o reforço (Caballo, 2003). Ao se pesquisar a natureza de uma agressão real ou de atos agressivos, deve-se organizar uma avaliação sistematizada, no sentido de se encontrar elementos que possam melhor caracterizar estes acontecimentos.

Um diagnóstico de Transtorno Explosivo Intermitente somente é feito depois de excluir outros transtornos mentais que poderiam explicar os episódios de comportamento agressivo, como é o caso do Transtorno da Personalidade Antissocial, Transtorno da Personalidade Borderline, Transtorno Psicótico, Episódio Maníaco, Transtorno da Conduta ou Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (Critério C) (APA, 2002).

Os casos puros de TEI não são tão raros quanto se imagina (APA, 2002; Caballo, 2003). Alguns estudos utilizando avaliações estruturadas relatam ser uma desordem razoavelmente comum (Kessler & cols., 2006; Coccaro & cols., 2005), de início na infância, mais comum em homens, curso variável podendo ser crônico ou episódico, está associado com um substancial prejuízo psicossocial, e tem elevada comorbidade com outros

transtornos como humor, ansiedade e uso de substâncias (APA, 2002; Kessler & cols., 2006).

A partir da década de 80, estudiosos voltam a relacionar fatores biológicos à etiologia do comportamento agressivo impulsivo e do afeto, indicando que o neurotransmissor serotonina pode estar envolvido na regulação da agressão (Bear, Connors & Paradiso, 2002).

Outros estudos também têm demonstrado forte relação entre baixos níveis de 5-HIAA (metabólito da serotonina) no LCR (líquido encéfalo-raquidiano) e personalidade violenta com história de suicídio e agressividade (Stanley & cols., 2000; Vainer, Osorio, Fialho & Machado, 1993).

Por outro lado, levanta-se a possibilidade de que o TEI pode estar mais relacionado à instabilidade afetiva (descontrole dos sentimentos e emoções) do que à falta de regulação do controle de impulsos. Esta possibilidade é consistente com a observação de que a instabilidade afetiva é um fator de risco para a agressividade e comportamento suicida. A impulsividade está associada por si mesma aos aspectos biológicos do comportamento, e é sabido que é um fator de risco para a depressão, sugerindo que efeitos coligados de impulsividade e instabilidade afetiva no TEI sejam possíveis de serem associados (Stanley & cols., 2000; Kessler & cols., 2006).

Alguns esforços estão atualmente a caminho para conceituar a agressão (característica predominante no TEI) como um transtorno de humor. Há similaridades entre agressão e estados afetivos, como a mania ou a depressão. A agressão é frequentemente anunciada como um estado disfórico prodromal, enquanto o comportamento da agressão é em si disfórico. A agressão pode ser associada à depressão por meio das ligações serotoninérgicas estabelecidas entre violência externamente direcionada e suicídio. Ela pode ser associada à mania por meio da estimulação psicomotora e fisiológica que acompanha. Mais pesquisas nesta direção precisam ser realizadas (Kaplan & Sadock, 1999, pp. 362).

Este estudo descreverá o tratamento do controle de impulsos numa perspectiva cognitivo-comportamental. Existem poucos estudos de tratamentos disponíveis para o TEI e estes são estudos de casos (Caballo, 2003). A intervenção baseia-se em protocolos que abordam o controle da Raiva e da Ansiedade em outros transtornos específicos que também apresentam como um dos sintomas o comportamento agressivo/impulsivo.

Será apresentado um protocolo detalhado com o objetivo de demonstrar o impacto da intervenção cognitivo-comportamental associado à farmacoterapia na redução de queixas características do TEI.

Método

Para atingir o objetivo proposto, foi delineado o percurso metodológico como descrito a seguir:

Sujeito: Paciente do sexo masculino, 46 anos, casado há 25 anos, pai de três filhas, profissional autônomo há três anos, superior incompleto, religião evangélica, natural da cidade de São Paulo e residente em uma pequena cidade do interior do mesmo estado.

Queixa Principal: Sintomas de ansiedade e cronicamente inseguro em situação sócio-profissional, baixa produtividade, instabilidade no humor, perda de controle emocional, ideação violenta, dificuldades de comunicação com figuras de autoridade, episódios frequentes de agressividade (ataques verbais a colegas de trabalho), mal estar orgânico (dores de cabeça, pressão na nuca, língua grossa, aperto na mandíbula), mudança de apetite, insônia com despertar abrupto, problemas com a memória e concentração e dificuldades para resolver problemas. Buscou a psicoterapia para livrar-se de seus ataques de fúria e da perda do controle emocional recente (sic).

História de Vida: Nascido de parto natural, a termo, com intercorrências (fórceps, asfíxia devido a circular de cordão) sem história de convulsões neonatais ou durante a infância. Desenvolvimento neuropsicomotor adequado. Aprendeu a ler e escrever sem dificuldades. Aos treze anos apresentou a primeira convulsão tônico-clônico generalizada (CTCG), com diagnóstico Neurológico de Disritmia Cerebral, fez uso de "Comital" 400mg/dia durante quatro anos. Aos 34 anos a segunda convulsão parcial complexa (CPC) com diagnóstico Neurológico de Disfunção Neurovegetativa. Desde então faz uso constante de "Carbamazepina" 400 mg/dia.

Apresentou doenças comuns da infância (varicela, sarampo). Nega doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, doença renal e/ou hepática). Nega alergias, transfusões sanguíneas e cirurgias. Não há história na família de transtornos mentais ou neurológicos.

Filho do meio de uma prole de três. Não completou o terceiro grau e trabalhou desde os 14 anos, exercendo funções operacionais e de chefia, iniciou carreira militar na adolescência e carreira política na idade adulta; não gostava de ir à escola, gostava de trabalhar e ganhar dinheiro (sic); fazia amigos com facilidade, gostava de gente (sic), turmas e esportes.

Na infância, relata comportamento hiperativo impulsivo e agressivo que se mantiveram até a adolescência, sendo que a impulsividade e agressividade estão presentes em sua história atual, relata dois ataques graves de fúria por ano.

Aos 21 anos casou-se, aos 22 anos a esposa abortou espontaneamente gêmeas e, em seguida, um menino. Os pais faleceram neste mesmo ano em acidente automobilístico, deixando a avó, a irmã, a tia e duas crianças aos seus cuidados. No ano seguinte nasceu a primeira filha do casal; a família transferiu-se para o interior, em decorrência de promoção profissional e tiveram mais duas filhas. Nega abuso de álcool ou outras substâncias e não fuma.

História Social: Trabalha como corretor de imóveis e gerente comercial em uma empresa de médio porte, mora com a esposa e três filhas, todos trabalham

Desenvolvimento cognitivo adequado, relacionamentos sociais e familiares satisfatórios, embora relate dificuldades nos relacionamentos interpessoais, caracterizado por um repertório de fuga-esquiva e de frequentes respostas emocionais, como raiva, frustração, medo e ansiedade.

Desde a infância apresentou comportamentos agressivos que se caracterizavam por agressão verbal (gritar raivosamente, ameaças claras de violência em direção aos outros), agressão física contra objetos (atirar objetos no chão, quebrar vidros de janela, paredes e outros objetos), causando destruição, e agressão física contra outras pessoas (gestos ameaçadores, chutes, ataques físicos), causando dano físico entre suave e moderado.

História familiar: Relacionamento conjugal dos pais estável, sendo estes filhos de imigrantes e residentes na periferia pobre da capital de São Paulo; funcionamento biopsicossocial dos três irmãos adequado, embora relate problemas de relacionamento com a irmã mais velha; pai policial militar e armeiro, caracterizado pelo paciente como frio, duro, repressor e violento na educação dos filhos; e mãe afetiva, atenciosa e ativa nos cuidados da vida conjugal e familiar. Aos oito anos perdeu um irmão, de anos, com Leucemia, o que, segundo o paciente, justifica o comportamento excessivamente protetor dos pais quando apresentou a primeira crise convulsiva.

Instrumentos

Para avaliação e intervenção, foram utilizados os seguintes instrumentos: Entrevista Semi-dirigida; Inventário Beck de Depressão (BDI) (Cunha, 2001); Inventário Beck de Ansiedade (BAI) (Cunha, 2001); Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (Lipp, 2000); Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del Prette) (Del Prette & Del Prette, 2001).

Procedimento

O paciente procurou espontaneamente atendimento. Até o momento foram realizadas 27 sessões de abordagem cognitivo-comportamental, semanais, com duração de 50 minutos cada. O procedimento incluiu avaliação inicial, intervenção, avaliação final e *follow-up*. Foram utilizadas estratégias e técnicas como registro de pensamentos disfuncionais, reestruturação cognitiva, relaxamento, manejo de stress, treino de assertividade, treino em habilidade social, exposição e prevenção de resposta, ensaio comportamental envolvendo role playing, treino em autoinstruções e treino para solução de problemas.

Quadro 1. Estruturação das Sessões Terapêuticas

Sessão	Procedimento
1ª a 4ª Avaliação Inicial	Entrevista; BDI; BAI; Inventários de Sintomas de Stress; Inventário de Habilidades Sociais; Critérios para TEI; Vínculo; Histórico de vida e familiar; obtenção de dados médicos; Discussão de queixas específicas e prioritárias; Plano e motivação para o tratamento.
5ª e 6ª Intervenção	Verificação de sintomas de Depressão (BDI), Ansiedade (BAI), Stress (ISSL) e Habilidades Sociais (IHS-Del-Prete). Discussão do diagnóstico de TEI, dos sintomas de ansiedade e stress; encaminhamento para avaliação neurológica e continuidade do tratamento farmacológico. Reestruturação cognitiva: crenças automáticas associadas ao diagnóstico; Importância das tarefas de casa; Autonitoria e autorregistro sistemático do comportamento agressivo, dos sentimentos de raiva e sintomas orgânicos associados; Cooperação do paciente na psicoterapia; Biblioterapia (Greenberger & Padesky, 1999); Psicoeducação.
7ª a 17ª Intervenção	Verificação mensal de sintomas orgânicos, depressão (BDI), ansiedade (BAI) e Stress (ISSL). Registro de pensamentos disfuncionais: identificação de pensamentos automáticos (rejeição e crítica), sentimento (raiva) e comportamentos agressivos (esmurrar, xingar, gritar). Reestruturação Cognitiva: Crença de incapacidade, incompetência e vulnerabilidade. Relaxamento respiratório e muscular e estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E.: reduzir estímulos internos em situação socioprofissionais e desenvolver a autoeficácia (adaptada de Beck, Emery & Greenberg, 1985, por Rangé, 1991). Dessensibilização Sistemática gradual e ao vivo: Identificação dos estímulos estressantes psicossociais e sinais afetivos e dos eventos de cultivo acerca da crença central vulnerabilidade orgânica; manejo de stress no novo emprego. Exposição com prevenção de resposta. Treino de assertividade: comunicação clara e não-manipuladora, adequação de pedidos de novos comportamentos a outrem, solicitação de favores e expressão de concordância e discordância e expressão de sentimentos positivos e negativos, adequadamente. Treino em habilidade social: reestruturação de crenças sobre incapacidade interpessoal e autocontrole das emoções (terminar uma conversa sem exaltar-se) e pensamentos dicotômicos do tipo tudo ou nada; ensaio comportamental (<i>role-play</i>). Treino em Autoinstruções: reestruturação de crenças sobre incompetência funcional (discussão sobre as etapas a serem seguidas no enfrentamento de objeções) e um roteiro para a resolução de problemas. Exposição e prevenção de respostas: realização de atividades do dia-a-dia, monitorando pensamentos antecipatórios geradores de comportamentos agressivos, e discriminação de todos os passos para a solução de problemas; pausa ou <i>time-out</i> . <i>Feedback</i> positivo do terapeuta para o paciente.
18ª a 22ª Intervenção	Checagem do novo repertório cognitivo-comportamental e das metas terapêuticas. <i>Feedback</i> do paciente sobre o processo terapêutico. Treino para a solução de problemas e manutenção do novo repertório aprendido. Resumo final acerca da evolução do tratamento.
23ª a 25ª Avaliação Final	Verificação de queixas características de TEI, por meio dos Critérios Diagnósticos do DSM-IV-TRTM; sintomas de depressão (BDI), sintomas de ansiedade (BAI), sintomas de stress por meio do ISSL, e sintomas orgânicos. <i>Feedback</i> positivo do terapeuta acerca da redução das queixas e sintomas apresentados.
<i>Follow-up</i> 26ª até 33ª	Reestruturação Cognitiva: situações relacionadas aos relacionamentos interpessoais no novo emprego. Checagem dos sintomas orgânicos. Manutenção dos passos para a resolução de problemas e continuidade das atividades físicas e sociais prazerosas. Treino de assertividade e checagem de repertórios cognitivo-comportamental.

Resultados e Discussão

Para uma melhor compreensão, os resultados serão divididos em etapas: Avaliação Inicial; Intervenção; Avaliação Final e *Follow-up*.

Avaliação Inicial

O paciente procurou a terapia por apresentar padrões comportamentais, psicológicos e biológicos clinicamente significativos, persistentes e severos, associados a sofrimentos e moderados problemas funcionais.

Nesta primeira etapa, a fim de formular um plano de tratamento adequado, foi elaborada uma hipótese diagnóstica, que se segue:

Eixo I. Transtorno Explosivo Intermitente (provisório), Histórico prévio. Eixo II. Diagnóstico protelado. Eixo III. Hipótese de Disfunção Neurovegetativa ou Disritmia cerebral. Eixo IV. Problemas ocupacionais – Ameaça de perda de emprego. Eixo V. AGF 51 (atual) Sintomas moderados ou dificuldade moderada no funcionamento ocupacional.

Fez-se necessário obter informações clínicas adicionais dos aspectos neurológicos do paciente, bem como exames complementares (eletroencefalograma e exames laboratoriais) que foram importantes para excluir a possibilidade do transtorno ser devido a efeitos fisiológicos diretos de uma substância química (medicamento de uso contínuo e prolongado), ou uma condição médica geral (epilepsia). Por diagnóstico diferencial, também se excluíram os diagnósticos de Transtorno da Personalidade Antissocial, Transtorno da Personalidade Borderline, Episódio Maníaco e Esquizofrenia.

Neste caso, o paciente satisfaz os critérios para o Transtorno Explosivo Intermitente com características de personalidade emocionalmente instável e traços de personalidade obsessivo, paranóide e narcisista como fatores predisponentes (os critérios já foram descritos nas páginas 3 e 4). No TEI os traços são reativos e transitórios, embora muitas vezes não haja um estímulo eliciador do comportamento, este é imotivado.

A avaliação dos sintomas apresentados nos períodos preintervenção, intervenção e avaliação final não indicaram sinais depressivos significativos no BDI (média de cinco pontos) e ansiosos no BAI (média de sete pontos), sugerindo não haver outros transtornos associados como Transtornos de Humor ou de Ansiedade (Figura 1). O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) também não indicou presença de sintomas de stress. No inventário de habilidades sociais (IHS-Del Prette) os indicadores sugerem, na avaliação inicial, um escore total (116) e percentil (entre 90 e 95) acima da média do grupo amostral de referência, indicando um repertório bem elaborado de habilidades sociais. Apresentou déficits em um item no fator F1 (F1 = enfrentamento e autoafirmação com risco/ habilidade avaliada – cobrar dívida de amigo) e um no F5 (F5 = autocontrole da agressividade/ habilidade avaliada – lidar com críticas). Na avaliação final nenhum déficit foi encontrado.

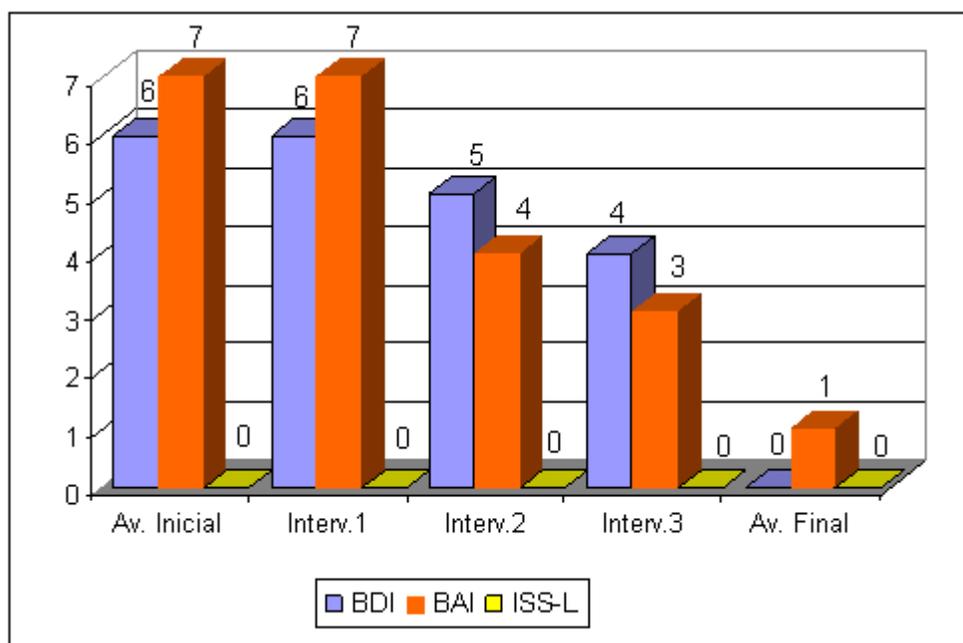


Figura 1: Pontos obtidos no BDI, no BAI e no ISS-L

Durante a avaliação inicial, os aspectos orgânicos do estado atual tiveram maior destaque nas verbalizações do paciente. As verbalizações sobre seu estado psicológico sugerindo autoesquemas e auto-conceitos rígidos e paradoxais são descritas a seguir:

“Eu tenho potencial e não estou produzindo, eu não sou bom o suficiente, estou fora de controle”. “Eu causo ciúmes e inveja em todos”. “Eu tenho que brigar para ser respeitado, sempre fui muito correto, muito justo”. “Eu fico anos em um lugar (trabalho), mas patinando, e então, me decepciono com as pessoas, não consigo me encaixar”. “A minha maneira de agir, de impor, choca e causa frustração nas pessoas”. “Estou me sentindo como um barco à deriva, pra lá e pra cá”.

Os sentimentos associados a estas verbalizações, relatados pelo paciente, descrevem: desvalia, solidão, raiva, ira, frustração e desconfiança; demonstrando sofrimento significativo e prejuízos consideráveis em seu funcionamento biopsicossocial.

Intervenção

Na avaliação psicológica e verbalizações iniciais, ficou evidente que o paciente tinha como foco principal de atenção os aspectos fisiológicos (dores de cabeça, pressão na nuca, aperto da mandíbula, entre outros) do seu funcionamento global, apresentando extrema dificuldade em fornecer dados precisos sobre diagnóstico e tratamentos neurológicos anteriores, atribuindo a estes o comportamento agressivo atual. Ficou estabelecida a importância e continuidade do tratamento farmacológico para a redução dos estímulos internos, uma reavaliação neurológica e exames complementares foram sugeridos, assim, as metas principais do tratamento psicológico teriam como alvo direto o controle da raiva e

da ansiedade para produzir aprendizagem social e facilitar a segurança e o controle da violência.

A primeira etapa buscou acolher o paciente para estabelecer um ambiente de confiança e colaboração, gradualmente. Para facilitar a revelação e minimizar as negações e autodefesas, utilizou-se perguntas estruturadas, inicialmente não confrontativas, porém específicas sobre seu comportamento violento. Em geral, quando o paciente admite o uso da violência física contra terceiros, pode justificar suas ações como autodefesa. Tendo em vista a necessidade de planejar a segurança dele e de terceiros e de assumir a responsabilidade do controle de suas ações, foi tentador para o terapeuta confrontar esse comportamento e prescrever ações de forma a planejar a segurança e o controle do comportamento violento.

Alguns estudos demonstram que uma estratégia extremamente confrontativa e prescritiva, sem a colaboração do paciente, provavelmente seria percebida como um ataque moralista, resultando no abandono da terapia (Dattilio & Freeman, 2004). Foi sugerido que se fizessem inicialmente registros diários deste comportamento e os classificassem em ordem de importância, frequência e intensidade, bem como pensamentos e sentimentos associados. Posteriormente, estabeleceu-se uma hierarquia de situações ou estímulos geradores de ansiedade (estímulos estressantes psicossociais) nos quais estes comportamentos ocorriam.

Este instrumento possibilitou a exploração minuciosa, com o paciente, dos eventos precipitantes do ato agressivo, tanto interno quanto externo, de modo que os estímulos da raiva puderam ser enfraquecidos, concomitantemente com o reforço diferencial de outros comportamentos (RDO) mais adaptativos.

Também nesta fase a atenção recaiu nos eventos de cultivo, supostamente na hipótese diagnóstica de um transtorno neurológico associado. Este evento de cultivo ou operações estabeledoras foi enfraquecido após o resultado do diagnóstico neurológico de stress, EEG (eletro encefalograma de superfície) dentro dos padrões de normalidade, exames complementares dentro dos padrões de normalidade e redução da "carbamazepina"¹ 200mg/dia. O paciente acreditava que uma crise convulsiva estava para acontecer antes do comportamento explosivo (Caballo, 2003).

Outros eventos de cultivo foram identificados no Diagrama de Conceitualização Cognitivo. Os dados observados no diagrama mostram que o paciente apresentou comportamentos inadequados de agressão verbal, brigas e discussões, baseados na sua percepção distorcida acerca de situações de ser avaliado, criticado e injustiçado (operações estabeledoras), antes de perder o controle. Em todas as situações foram percebidos estados internos incômodos (alterações somáticas) antes e depois da perda do controle comportamental que se seguem:

Quadro 2. Diagrama de Conceitualização Cognitiva e Afetiva

HISTÓRIA DE VIDA		
Mãe atenciosa e afetiva com os filhos e marido; pai exigente, repressivo e punitivo; necessidade de independência em situações diárias; medo de ser dominado e avaliado; perda de controle emocional sem aparente estímulo precipitante, acompanhada por alterações somáticas, culpa e vergonha; muito sociável.		
DADOS RELEVANTES NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA		
Nascimento a fórceps com asfixia neonatorum; cianose por circular de cordão; crise convulsiva (CTCG) aos 13 anos e crise convulsiva (CPC) aos 34 anos; com portamento Hiperativo/Impulsivo, explosões agressivas e violência; superproteção dos pais desde a primeira crise convulsiva. Facilidade para fazer e manter relacionamentos interpessoais.		
CRENÇAS CENTRAIS		
Sou incompetente; sou incapaz; sou vulnerável.		
CRENÇAS CONDICIONAIS		
Se eu não fizer tudo pelos outros então não serei respeitado; se eu não for um sucesso então sou um fracasso; se eu ceder e negociar então serei um fraco; se eu não brigar então serei desrespeitado.		
ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS		
Utilizar a violência com o comportamento de fuga; fazer tudo que as pessoas pedem; exigência acerca do desempenho dos outros em todas as atividades diárias; esquivar-se de figuras de autoridade e de avaliação de desempenho; o perdão evangélico.		
SITUAÇÃO 1 Negociar diariamente recebimentos por serviços prestados	SITUAÇÃO 2 Apresentar relatório de atividades profissionais	SITUAÇÃO 3 Relacionamentos Interpessoais
PENSAMENTO AUTOMÁTICO (P.A.) Estou sendo injustiçado, as pessoas são maldosas	PENSAMENTO AUTOMÁTICO (P.A.) Vou ser avaliado, saberão que sou incompetente.	PENSAMENTO AUTOMÁTICO (P.A.) Tenho que me impor mesmo causando frustração nos outros
SIGNIFICADO DO P.A. Frustração e Injustiça	SIGNIFICADO DO P.A. Rejeição e crítica	SIGNIFICADO DO P.A. Controle
REAÇÃO EMOCIONAL Irritação / Exaltação de voz / Ira	REAÇÃO EMOCIONAL Medo / Insegurança / Desvalia	REAÇÃO EMOCIONAL Tristeza / Prazer / Solidão
REAÇÃO COMPORTAMENTAL Agressão Verbal	REAÇÃO COMPORTAMENTAL Agressão Verbal	REAÇÃO COMPORTAMENTAL Agressão Verbal e Física
REAÇÃO FISIOLÓGICA Alívio de tensões internas / Fadiga	REAÇÃO FISIOLÓGICA Palpitações / Pressão na nuca	REAÇÃO FISIOLÓGICA Rubor / Taquicardia / Tontura

Na medida em que, por meio de registro diário, o paciente demonstrou ser capaz de perceber os impulsos agressivos e a relação entre antecedentes e consequentes, passando a corrigir as distorções de pensamento, houve uma sensível diminuição do comportamento

agressivo, o que possibilitou incorporar dentro dos elementos do tratamento uma orientação mais cognitiva.

O treino de assertividade (comunicação clara e não-manipuladora, adequação de pedidos de novos comportamentos a outrem, solicitação de favores e expressão de concordância e discordância, expressão de sentimentos positivos e negativos adequadamente) também contribuiu para desafiar as crenças centrais negativas ("sou injustiçado, as pessoas são maldosas"), fortalecendo as positivas, como melhora da autoestima.

O treino em habilidades sociais com foco nas habilidades de enfrentamento (iniciar uma conversa sem manipulação, terminar uma conversa sem exaltar-se) possibilitou a reestruturação de crenças sobre incapacidade interpessoal ("vou ser avaliado, saberão que sou incompetente") e descontrole emocional ("tenho que brigar para ser respeitado"). Regras rígidas e pensamentos dicotômicos do tipo "tudo ou nada", "ganha-perde" foram desafiados e substituídos por pensamentos mais funcionais, tornando mais fácil a disponibilidade do paciente para o ensaio comportamental (role-play).

O treino em autoinstruções (discussão sobre as etapas a serem seguidas no enfrentamento de problemas) possibilitou a reestruturação de crenças sobre incompetência ("tenho que me impor mesmo causando frustração aos outros") e deu origem a um roteiro para a resolução de problemas.

A exposição e a prevenção de resposta foram utilizadas durante todo o processo de intervenção nas atividades do dia-a-dia, monitorando pensamentos antecipatórios geradores de comportamentos agressivos e discriminando todos os passos para a solução de problemas relacionados a estes. A estratégia de pausa ou *time-out* nas relações interpessoais ansiogênicas apresentou-se como um instrumento positivo no controle do impulso agressivo e na reestruturação cognitiva.

Considerando-se que os pacientes com TEI são resistentes ao tratamento psicoterápico para o controle do comportamento impulsivo agressivo, é importante ressaltar a aplicação das estratégias cognitivo-comportamentais colaborativamente, sem seguir um roteiro estritamente fixo e previamente calculado. Considerou-se o momento, a viabilidade e as necessidades do paciente.

Avaliação Final

Na avaliação final foi observada uma diminuição significativa das queixas características do Transtorno Explosivo Intermitente; redução dos sintomas de inquietação interna, ideação violenta, comportamento agressivo (ataques verbais e físicos) desproporcionais ao ambiente externo; além da remissão da sintomatologia orgânica. Na avaliação mensal de sintomas de depressão, ansiedade e stress, os resultados mantiveram-se estáveis durante todo o tratamento.

Além disso, foram verificadas ainda a aquisição de novo repertório cognitivo e comportamental, e estratégias de enfrentamento apropriadas para lidar com situações que ativavam as crenças disfuncionais de vulnerabilidade orgânica, incompetência funcional e incapacidade interpessoal, conforme observados nas verbalizações:

“Na quinta-feira meu novo patrão pediu para que eu fizesse um relatório semanal de minhas visitas diárias aos clientes da empresa. Mantive-me calmo, não senti “aquela” pressão na nuca, aquele aumento da tensão, veio o sentimento de que estou trabalhando e produzindo. No dia seguinte entreguei-o, porque já estava pronto. (modificação de comportamento). Foi bom, porque me senti aliviado e pude mostrar o que produzi na semana. (modificação da crença disfuncional)”.

“Precisei falar com meu ex-patrão nesta semana, não senti tanto medo de agredi-lo, pensei que poderia colocar um ponto final nesta história. Percebi que se partisse para a ignorância ele não me pagaria. Consegui me controlar e cheguei até o final da conversa, não me senti em desvantagem, recebi parte do pagamento das comissões. Sinto-me aliviado de poder estar em contato com minhas dificuldades e meus acertos (redução dos pensamentos e comportamentos disfuncionais)”.

Follow-up

Nesta etapa foram estabelecidos com o paciente quatro encontros quinzenais e, posteriormente, quatro encontros mensais para verificação e manutenção do humor, redução de estados internos incômodos em situações de desempenho profissional e social, além de acompanhamento da generalização dos novos comportamentos aprendidos.

Para este propósito foram utilizadas técnicas de Reestruturação Cognitiva, a fim de discutir algumas crenças disfuncionais presentes e relacionadas aos relacionamentos interpessoais no novo emprego (chefia, subordinados e clientes); checagem dos sintomas orgânicos; manutenção dos passos para a resolução de problemas; treino de assertividade e checagem de repertórios cognitivo-comportamentais.

Neste mesmo período o paciente participou de concurso, para exercer a função de perito em um órgão público local. Foi aprovado, contratado, e desempenha suas funções satisfatoriamente até o momento.

Foi dada também especial atenção à continuidade das atividades físicas e sociais prazerosas, a fim de manter a qualidade de vida e a redução de stress característicos da nova atividade profissional.

Conclusão

Os estudos sistemáticos para se avaliar a relação entre as experiências de vida e o comportamento agressivo e a interação da biologia com o meio ambiente ainda são insuficientes nas pesquisas empíricas. Entretanto, deixar de valorizar tais aspectos seria uma maneira de não se comprometer com estratégias verdadeiramente capazes de minimizar o sofrimento humano.

O caso clínico apresentado serve para exemplificar como as intervenções cognitivo-comportamentais podem ser utilizadas com adultos com TEI. A ênfase da intervenção recaiu no processo de reaprendizagem da assertividade para modular os próprios estados de humor, desenvolvimento de estratégias para interpretar corretamente o ambiente social além do desenvolvimento de habilidades na resolução de problemas.

Embora o paciente tenha acumulado déficits significativos e inúmeros comprometimentos ao longo da vida, com todas as sequelas interpessoais, profissionais e sociais, relacionados a um transtorno crônico de início precoce, o modelo de intervenção preocupou-se em motivar o paciente a funcionar com menos ansiedade em situações específicas e em buscar soluções adaptativas para um melhor funcionamento no trabalho, na família e na comunidade.

Portanto, este estudo mostrou que a intervenção cognitivo-comportamental apresenta um impacto positivo no tratamento do Transtorno Explosivo Intermitente, embora não se tenha encontrado na literatura nenhum protocolo de intervenção sobre o tema.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV TR TM, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Tradução: Claudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed.

Bear, M. F.; Connors, B. W. & Paradiso, M. A. (2002). *Neurociências desvendando o sistema nervoso*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.

Caballo, V. E. (2003). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos*. São Paulo: Livraria Santos.

Coccaro, E. F.; Postemak, M. A. & Zimmerman, M. (2005). Prevalence and features of intermittent explosive disorder in a clinical setting. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1221-1227.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dattilio, F. M. & Freeman, A. (2004). *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise*. Porto Alegre: Artmed.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001). *Inventário de habilidades sociais – IHS-Del-Prette*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Greenberger, D. & Padesky, C. A. (1999). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed.

Hodgins, D. C. & Peden, N. (2008). Tratamento cognitivo-comportamental para transtornos do controle do impulso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (supl): S31-40.

Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1999). *Tratado de psiquiatria*, 6. ed. v. 1. Porto Alegre: Artmed.

Kessler, R. C.; Coccaro, E. F.; Fava, M.; Jaeger, S.; Jin, R. & Walters, E. (2006). The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63, 669-678.

Lipp, M. E. M. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp* (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo.

McCloskey, M. S.; Berman, M. E.; Noblett, K. L. & Coccaro, E. F. (2006). Intermittent explosive disorder-integrated research diagnostic criteria: convergent and discriminant validity. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 231-242.

Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

Stanley, B.; Molcho, A.; Stanley, M.; Winchel, R.; Gameraff, M. J.; Parsons, B. & Mann, J. J. (2000). Association of aggressive behavior with altered serotonergic function in patients who are not suicidal. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 609-614.

Vainer, A.; Osorio, C. M. S.; Fialho, M. B. & Machado, S. R. S. (1993). Contribuições de Markku Linnoila ao estudo da impulsividade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 15, 173-178.

[Endereço para correspondência](#)

Endereço do autor principal: Tania Maria da Cunha Doutel Barreto.

Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416. São José do Rio Preto/ São Paulo – Brasil, 15090-000.

Fone: 55 (17) 3201-5842. Fax : (17) 3201-5704.E-mail: tdoutel@hotmail.com

Recebido em: 13/04/2009

Aceito em: 29/06/2009

Notas

¹A carbamazepina (Tegretol) é eficaz em casos de mania aguda e para o tratamento profilático de transtorno bipolar I. É um agente de primeira linha para essas condições, junto com o lítio (Carbolitium) e o ácido valpróico (Depakene). Ela é utilizada, ainda, para o tratamento de epilepsia de início parcial ou generalizado e de neuralgia trigeminal. Um congênere, a oxcarbazepina (Trileptal), também está disponível para uso no transtorno bipolar” (Kaplan & Sadock, 2007, p.1102).