

Maria Ines Santana de Oliveira <sup>1</sup>

## Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: Relato de Caso

### *Cognitive-behavior Intervention in Anxiety Disorder: Case Account*

#### RESUMO

O estudo de caso aqui proposto vem mostrar o manejo do transtorno de ansiedade no serviço público, como uma possibilidade real de promoção da autonomia do sujeito a partir de intervenções cognitivo-comportamentais. Ele aborda um processo terapêutico com o objetivo de desenvolver habilidades de resolução de problemas. Para isso foram utilizadas técnicas, como a psicoeducação, a conceituação cognitiva, a reestruturação cognitiva, o teste de evidências, a análise das vantagens e desvantagens das tomadas de decisões e resolução de problemas.

**Palavras-chave:** ansiedade, escolha, terapia cognitivo-comportamental.

#### ABSTRACT

The case study presented here shows management of anxiety disorder in the public service as a real possibility of promoting the autonomy of the subject from cognitive behavioral interventions. It approaches a therapeutic process in order to develop troubles solution skills. For this purpose some techniques like psychoeducation, cognitive conceptualization, cognitive restructuring, evidences test, analysis of advantages and disadvantages of take decisions and solving problems.

**Keywords:** anxiety, choice, cognitive behavioral therapy.

<sup>1</sup> Pós-graduação - (Psicóloga) - Aracaju - SE - Brasil.

Prefeitura de Aracaju - SE - Secretaria Municipal da Saúde.

**Correspondência:**

Rua Eng. Antônio G. Soares, 140, ap. 603 Ed. Dunas, Luzia. Aracaju - SE, CEP: 49.045-250.

Recebido em 19/7/2011.

## INTRODUÇÃO

Este estudo traz o resultado do processo psicoterápico, com base na TCC, de um caso de ansiedade moderada por transtorno de ajustamento, CID 10 F-43.2, associada ao transtorno de ansiedade generalizada, CID 10 F- 41.1, como comorbidade, cujo objetivo não se constitui em demonstrar o processo terapêutico em si, mas discutir como o terapeuta pode levar o sujeito a descobrir as suas possibilidades de escolha e, conseqüentemente, de autonomia, através da TCC, utilizando a psicoeducação, a conceituação cognitiva junto com o paciente, a reestruturação cognitiva, o teste de evidências, a análise das vantagens e desvantagens das tomadas de decisões possíveis e solução de problemas.

A ansiedade, reação natural e necessária ao corpo, quando em excesso, traz conseqüências comprometedoras para a vida do indivíduo. Neste caso, ela passa de reação natural a transtorno. O transtorno de ansiedade caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas somáticos e psicológicos que interferem no funcionamento cognitivo e comportamental. Este, por sua vez, também influencia o surgimento e a manutenção daquele.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com o CID 10 (2007, p.44), o transtorno de ajustamento refere-se ao sentimento de opressão e de incapacidade de funcionamento, podendo haver “sintomas físicos relacionados a estresse, como insônia, cefaleia, dor abdominal, dor no peito, palpitações.” Nesta classificação, cujo código o CID denomina de F-43.2, são identificados os aspectos diagnósticos seguintes:

- Reação aguda a evento estressante ou traumático recente.
- Sofrimento extremo resultado de um evento recente ou preocupação com o evento.
- Os sintomas podem ser primariamente somáticos.
- Outros sintomas podem incluir: humor deprimido; ansiedade; preocupação; sentimento de incapacidade de funcionar. (CID 10, 2007, p. 44).

De acordo com a APA, o primeiro critério diagnóstico do transtorno de ansiedade generalizada é:

Ansiedade e preocupação (expectativa apreensiva) excessivas, que estão presentes por mais dias que ausentes, durante pelo menos seis meses, incidindo sobre uma série de acontecimentos ou atividades (como o desempenho no trabalho ou nos estudos). (APA, 1994, p.435, *apud* Caballo, 2003, p. 212).

Neste caso, é importante salientar, conforme bem destaca Caballo (2003, p. 212), que a preocupação tem que ser “de difícil controle e deve produzir uma deterioração ou mal-estar significativos em áreas importantes do funcionamento (p. ex., social, do trabalho etc.). Este autor chama a atenção para o Transtorno de Ansiedade Generalizada

como um diagnóstico clínico adicional muito frequente nos casos de ansiedade, visto em diversas pesquisas e na sua prática clínica.

Os pacientes com Transtorno de Ansiedade Generalizada normalmente preocupam-se desproporcionalmente com o futuro e cometem vários erros do pensamento, como a catastrofização, por exemplo, por ter dificuldade de raciocinar com base na realidade. Suas interpretações dos eventos tomam grandes proporções, exagerando os efeitos, enfatizando os aspectos negativos e ignorando os positivos. Por essa razão, são pessoas que têm dificuldades para tomar decisões, para solucionar problemas, para mudanças etc.

As intervenções cognitivo-comportamentais mais empregadas no quadro ora descrito são: a psicoeducação, a identificação dos pensamentos automáticos e das emoções, a identificação das crenças centrais e intermediárias, a reestruturação cognitiva, a resolução de problemas e a avaliação do processo.

A psicoeducação é um recurso importante no processo psicoterápico e deve ser o pontapé inicial neste processo. O paciente deve ser informado sobre a funcionalidade ou não das suas reações comportamentais. Segundo Barlow e colaboradores (2009, p. 235), “os pacientes recebem informações em relação às sequelas cognitivas, fisiológicas e comportamentais das reações emocionais e como esses três componentes interagem”

O passo seguinte é identificar os pensamentos automáticos e as emoções, avaliando-os posteriormente. Os pensamentos automáticos surgem em função da interpretação dada a uma situação e ocorrem paralelamente a pensamentos manifestos. Todos nós apresentamos pensamentos automáticos, porém, as pessoas que não estão angustiadas normalmente costumam testá-los e verificar sua disfuncionalidade, uma vez que elas enxergam a realidade como ela realmente se apresenta. Beck (1997, p. 87) nos fala que “pessoas com transtornos psicológicos [...], com frequência, interpretam erroneamente situações neutras ou até mesmo positivas e, desse modo, seus pensamentos automáticos são tendenciosos”. Ao identificar tais pensamentos, examiná-los e corrigir os seus erros, os pacientes podem se sentir melhor.

As crenças centrais e intermediárias são então identificadas e modificadas a fim de se construir modelos alternativos de comportamento, baseado na escolha consciente. Essas crenças são facilmente identificadas ao se preencher um formulário com dados sobre os pensamentos automáticos, as emoções/os sentimentos/as sensações e os comportamentos e/ou crenças do paciente (Beck, op. cit.). Com este formulário, é possível reconhecer as relações entre os pensamentos automáticos e as crenças do paciente.

As crenças centrais estão, conforme aponta a autora acima citada, relacionadas invariavelmente à infância. São ideias rígidas e cristalizadas sobre si mesmo, enquanto as crenças intermediárias estão relacionadas às regras, atitudes e suposições do paciente. Tanto um tipo de crença quanto outro são direcionados ao próprio paciente, ao outro e ao futuro.

Após a identificação dos pensamentos automáticos e das crenças disfuncionais do paciente, a reestruturação cognitiva deve tomar lugar e possibilitar a aplicação da habilidade de solução de problemas. Reestruturar cognitivamente pensamentos e crenças significa, no caso de transtorno de ansiedade, questionar os pensamentos, procurar evidências a favor e contra as avaliações e interpretações dos eventos, da realidade. Além disso, é necessário identificar os erros cognitivos característicos dos pacientes ansiosos, tais como a catastrofização, a leitura mental e a generalização, e modificá-los (Leahy, 2011).

Os erros cognitivos são erros de julgamento ou equívocos dos nossos pensamentos na forma de avaliar o que nos acontece. A catastrofização configura-se na antecipação do futuro em termos negativos e o paciente acredita que o que acontecerá será tão horrível que ele não vai suportar. Com a leitura mental, o paciente acredita que conhece os pensamentos e intenções de outros (ou que eles conhecem seus pensamentos e intenções) sem ter evidências suficientes. A generalização significa tomar casos negativos isolados e os generalizar, tornando-os um padrão interminável com o uso repetido de palavras como “sempre”, “nunca”, “todo”, “inteiro” etc.

A partir da reestruturação cognitiva pode-se, então, passar à resolução de problemas e possibilitar as escolhas conscientes do paciente, tornando-o autônomo e senhor das suas decisões. É importante salientar, conforme Possendoro, que:

Os pacientes com TAG parecem exibir plena capacidade para resolução dos problemas mais comuns. Suas dificuldades parecem advir dos altos níveis de excitação (vigilância) e ansiedade, que terminam por prejudicar sua capacidade de raciocínio, além de gerar esquiva, dificultando, afastando ou procrastinando as soluções dos problemas enfrentados. (Possendoro *in* Angelotti, 2007, p. 73).

Caballo (2003) traça algumas intervenções específicas para a preocupação. Dentre elas, destaca-se e importa, neste estudo, o treinamento em solução de problemas adaptado (TSP) - este treinamento diz respeito às preocupações com problemas baseados na realidade, os quais podem ser modificados. Para isso, devem-se utilizar dois tipos de estratégias:

1. Orientação em relação ao problema - envolve as reações cognitivas e comportamentais do paciente ao problema. O paciente com transtorno de ansiedade tem orientação deficiente em relação ao problema, o que dificulta a aplicação das habilidades de solução de problemas, uma vez que ele apresenta preocupação excessiva e sensação de falta de controle pessoal.
2. Habilidades de solução de problemas - referem-se aos comportamentos de solução de problemas. Este componente compreende quatro passos: a) definição do problema; b) geração de soluções alternativas; c) tomada de decisão; e d) prática da solução escolhida e avaliação de seus efeitos.

O tratamento na abordagem cognitiva comportamental nos casos de ansiedade, tanto de ajustamento quanto generalizada, requer um foco na resolução de problemas e na habilidade de escolhas. Nessa proposta, os ganhos do paciente se direcionam à autonomia, pois ele passa de uma atitude passiva e evitativa em função do sentimento de impotência, de incapacidade e do medo de tomar decisões, a uma postura menos rígida e consciente das suas reais possibilidades de escolha.

## RELATO DO CASO E DISCUSSÃO

Após um período de aproximadamente um ano de desemprego, o paciente do sexo masculino, 30 anos, solteiro, passou a viver com o irmão, a cunhada e três sobrinhos menores. Até dois meses após a perda do emprego com carteira assinada em uma empresa de ônibus como cobrador, o paciente morava com sua mãe e dois irmãos mais novos também solteiros e estudantes. Com o advento do desemprego, veio a necessidade de mudança de residência, por dois motivos: primeiro porque o paciente precisava procurar outro emprego. Segundo, por não ter como se manter na casa da mãe, já que não estava mais colaborando nas despesas domésticas.

A partir do momento da sua mudança residencial, o paciente, que passo a chamar de João (nome fictício por motivos éticos), começou a desenvolver um transtorno de ansiedade de grau moderado, apresentando os seguintes sintomas: taquicardia, sudorese excessiva, tonturas, insônia, dores de cabeça e cólicas intestinais. Como era de se esperar, até que João se convencesse de que precisava de ajuda de profissional psicólogo, fez uma peregrinação em busca de respostas em consultórios médicos.

Sua busca iniciou-se na unidade básica de saúde da família do seu bairro, cujo médico técnico responsável por sua área já havia lhe encaminhado para o serviço de referência ambulatorial em saúde mental. Todavia, conforme característica do tipo ansioso, João precisava de outra opinião e de exames de vários tipos, desde ambulatoriais a cardíacos. E assim ele fez. Procurou outros médicos, inclusive gastando dinheiro com consultas e exames particulares para que a resposta que tanto esperava não demorasse - outra característica do ansioso: a pressa.

Enquanto isso, seus sintomas se intensificavam, levando o paciente, muitas vezes, a procurar o serviço de urgência/emergência em saúde mental. Invariavelmente, em todos os atendimentos, João ouviu recomendações do tipo: “procure um psiquiatra” ou “procure um psicólogo”. E foi com vários encaminhamentos para o serviço ambulatorial em saúde mental que o paciente chegou até mim. Fiz a primeira escuta e, antes de encaminhá-lo ao psiquiatra, fiz a proposta de cuidado inicial com psicoterapia.

Na semana seguinte, foi dado início ao seu tratamento, com a psicoeducação a respeito da TCC e do transtorno de ansiedade, sintomas, pensamento automático, erros cognitivos

característicos do ansioso, tarefas de casa e corresponsabilização do paciente no processo psicoterápico. De acordo com D. Dobson e K. S. Dobson (2010, p. 71), a Psicoeducação é definida como “o ensino de princípios e conhecimentos psicológicos relevantes para o cliente”, além de promover a motivação para o tratamento.

Na segunda sessão, João trouxe suas angústias sobre seus sintomas e sentimentos/emoções, os quais, neste momento, apresentaram-se com valores perceptuais de ansiedade muito elevados. Numa escala de 0 a 10, o paciente declarou de 8 a 10 para os sintomas físicos, como dores de cabeça, cólicas intestinais, sudorese, tonturas, entre outros. Quanto aos psicológicos, tristeza, raiva, medo, angústia, ansiedade, João declarou ter valores elevadíssimos, com pontuação 9 a 10. Nota-se nitidamente um sofrimento psíquico importante, requerendo solução emergente.

Explicada a conceituação cognitiva ao paciente, o qual treinou comigo, preenchendo um formulário próprio em que ele podia relatar uma situação ansiogênica, o pensamento automático emergente, a emoção no momento e o comportamento consequente, solicitei que ele repetisse o exercício, como tarefa de casa, relatando outros eventos ansiogênicos. Passamos, então, nas sessões subsequentes, a explorar tais tarefas, a fim de proceder à reestruturação cognitiva a partir da identificação dos pensamentos automáticos, das emoções e das crenças disfuncionais do paciente.

O paciente relatou que, a cada vez que saía para procurar um emprego, surgiam pensamentos como: “sei que não vou conseguir, mais uma vez, alguém que me empregue”; “meu irmão vai me mandar embora”; “minha mãe não vai me receber na casa dela”; “não vou conseguir pagar minhas dívidas”. Esses pensamentos geravam muita ansiedade e sintomas citados acima. Eles significavam para o paciente uma falta de competência. João se sentia cada vez mais impotente e incapaz e, conseqüentemente, mal-amado. Ficou muito claro que sua autoestima estava em declínio importante e de forma rápida, levando-o a um processo de tristeza e desvalia preocupante.

A intervenção descrita acima está de acordo com as formulações de Beck (1997), a respeito da identificação dos pensamentos automáticos e crenças distorcidas do paciente a fim de proceder à sua reestruturação cognitiva.

Apesar desse quadro, o paciente mantinha-se com um ponto forte que o ajudou a permanecer num nível cognitivo bom, o qual colaborou no tratamento, que foi sua persistência. Ele continuava procurando emprego, mesmo que seguido de momentos de marasmo, quando ficava recluso em seu quarto ou saía e ficava horas no calçadão de uma rua no centro da cidade, sentado, observando as pessoas passando de um lado a outro, umas apressadas, outras nem tanto. Dizia que assim não tinha que encarar as pessoas em casa “acusando-o” de não trabalhar, nem via no rosto das pessoas sua decepção com relação a ele.

Suas preocupações excessivas eram tanto baseadas na realidade quanto distorcidas pela ansiedade e interpretações errôneas dos eventos. Invariavelmente, João se encontrava fazendo leitura mental, quando pensava repetitivamente e dizia para si mesmo que seu irmão e sua mãe, assim como outras pessoas de suas relações, iriam censurá-lo por estar desempregado. Catastrofizava, quando pensava que sua mãe não iria aceitá-lo ou que seu irmão iria expulsá-lo de casa, ou mesmo quando pensava que não iria encontrar ninguém que lhe desse emprego.

De acordo com R. L. Leahy (2011, p. 220), as pessoas ansiosas costumam ter maneiras de pensar típicas, denominadas como distorções cognitivas ou erros cognitivos. Dentre uma lista de 17 destes erros elencados pelo autor, os dois analisados acima foram uma constante no caso em questão.

Cada erro cognitivo era discutido com João, questionando-se a validade de tais pensamentos. O paciente era estimulado a verificar as evidências a favor e contra suas ideias e a perceber o quão disfuncional e errônea era a interpretação que ele dava a cada evento.

As quatro sessões subsequentes ao treino da conceituação cognitiva sempre eram iniciadas comentando a semana e, em seguida, treinando com o paciente respiração diafragmática e relaxamento progressivo, a fim de reduzir suas tensões musculares e sua ansiedade. O paciente era orientado a executar esse exercício em casa, pelo menos duas vezes ao dia. A esse respeito, Caballo (2008, p. 219) diz que uma pessoa com grau elevado de ansiedade não está em condições de raciocinar com clareza e que, por isso, é importante iniciar algum procedimento de relaxamento “para evitar que a ansiedade continue aumentando e que chegue a um nível que não pode controlar”. O autor, ainda, indica uma prática regular para esse treinamento em casa, a fim de ajudar a aliviar a ansiedade em momentos posteriores.

O passo seguinte era focalizar na discussão sobre as preocupações de João. Inicialmente, as preocupações foram separadas por duas categorias: as baseadas na realidade e as baseadas nas distorções cognitivas. Em seguida, o trabalho terapêutico iniciava-se pelas últimas, a fim de estabelecer a sua reestruturação cognitiva.

O paciente elencou uma série de preocupações com problemas modificáveis. A partir de então, ele foi treinado a questioná-los e a encontrar formas de solucioná-los, com base nas suas possibilidades reais.

No topo de sua lista estava a falta de emprego. O paciente acreditava que não havia escolha para ele, uma vez que não conseguia encontrar um emprego. Todas as tentativas em entrevistas e envio de currículos foram fracassadas.

Foram discutidos, na sessão, os possíveis trabalhos (empregados e autônomos). O paciente, inicialmente, descrevia trabalhos (com carteira assinada), porém, ao ser questionado sobre outras atividades profissionais (autônomas), por meio do questionamento socrático, o paciente foi apontando possibili-

dades de atividades que ele poderia tentar. Relatou que nas manhãs em que fica andando de um lado a outro das ruas do centro da cidade, nota que muitas pessoas transitam por ali e que ele poderia vender algo a essas pessoas.

Durante a semana seguinte, o paciente pensou em casa em maneiras de conseguir pôr em prática seu plano de vender algo e qual seria o produto. Esta tarefa de casa envolvendo o treino na resolução de problemas foi importante para o paciente vislumbrar novas possibilidades. Caballo (2008, p. 202) ensina-nos que “as tarefas para casa constituem o veículo pelo qual as habilidades aprendidas na sessão de treinamento são praticadas no ambiente real, isto é, são generalizadas à vida diária do paciente”. Além disso, elas são benéficas para o acesso aos comportamentos privados, para um maior autocontrole e para a eficácia do tratamento.

Na sessão seguinte, o paciente trouxe a ideia de vender água. Foi feito, então, um treino comportamental, analisando as vantagens e desvantagens de realizar a tarefa, seguido de reforço positivo do comportamento adequado. O paciente foi, então, orientado a praticar sua solução para o problema da falta de trabalho.

As duas sessões subsequentes restringiram-se à avaliação da resolução do problema escolhida pelo paciente. João relatou ter entendido bem o processo terapêutico e ter percebido que tem escolhas. Isso vem provar o quanto a TCC possibilita o empoderamento do sujeito por viabilizar a reestruturação cognitiva e a tomada de decisão consciente, além de reestabelecer e ampliar as funções cognitivas (memória, atenção, percepção e raciocínio).

As estratégias de resolução de problemas utilizadas neste caso são embasadas nos esquemas sugeridos por D. Dobson e K. S. Dobson (2010, p. 77), os quais envolvem a identificação do problema, geração de soluções alternativas para o problema, tomada de decisões e escolha de soluções, implementação da solução e, por último, a avaliação do resultado. Todos esses passos levam à resolução do problema.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram necessárias apenas 12 semanas para esse processo, com bons resultados, uma vez que o objetivo principal foi alcançado. Entretanto o paciente ainda tinha muitas preocupações, até mesmo com relação ao seu desempenho na nova atividade, mas sua ansiedade reduziu, sendo seus sintomas pontuados pelo paciente em 3 a 5 pontos. O paciente foi inserido em grupo terapêutico e durante essa nova fase, relatou estar diversificando os produtos vendidos. João passou a vender também balas e chicletes nos transportes coletivos.

Esta foi uma experiência muito rica e importante por trazer a possibilidade de atuação do profissional psicólogo em unidade básica de saúde, com reais e rápidos resultados, desmistificando a ideia de que este é um trabalho árduo e difícil, por falta de condições de trabalho.

É certo que outros recursos poderiam ser utilizados como instrumentos de avaliação para ajudar no diagnóstico, se estivessem disponíveis, porém a TCC proporciona uma série de recursos terapêuticos eficazes no tratamento dos diversos transtornos que atingem a população.

## REFERÊNCIAS

- Angelotti, Gildo (org.). (2007). *Terapia Cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários (2007) - Coord. Organiz. Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artmed.
- Barlow, David H. e col. (2009). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo*. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, Judith S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caballo, Vicente E. (2008). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.
- \_\_\_\_\_. (2003). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos*. São Paulo: Santos.
- Dobson, D. e K. S. Dobson. (2010). *A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed.
- Leahy, R. L. (2011). *Livre de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed.