

PROCEDIMENTO DE PREVENÇÃO DA OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES COM QUADRO DE PÂNICO

Dayse Maria Borges Keiralla *

De acordo com o Guia de Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1975, pág. 193), "os comportamentos neuróticos são definidos como comportamentos que permanecem dentro de limites socialmente aceitáveis, sem desorganização da personalidade".

A categorização deles inclui: ansiedade excessiva (300.0), sintomas histéricos (300.1), fobias (300.2), sintomas obsessivos e compulsivos (300.3) e depressão (300.4).

A diferença entre essas categorias relaciona-se aos comportamentos, denominados sintomas, que são característicos de cada categoria, pois as respostas de ansiedade são comuns a todas elas.

Os comportamentos **histéricos** se caracterizam por: paralisias, tremores, cegueira, surdez, convulsões, amnésia seletiva ou fugas.

Os comportamentos **obsessivos-compulsivos** consistiriam em rituais cuja função é diminuir a ansiedade provocada pela lembrança continuada de fatos, objetos ou uma idéia ruminada.

A **fobia** seria caracterizada por comportamentos de medo muito intenso a certos objetos ou situações.

A **depressão** neurótica referir-se-ia a um conjunto de comportamentos emocionais que sucedem a perda de alguém querido ou algo possuído.

E, finalmente, os **estados de ansiedade** caracterizar-se-iam por comportamentos emocionais não relacionados a um perigo real, mas como aqueles que ocorrem em forma de

ataque ou um estado persistente. **Essa ansiedade difusa pode chegar ao pânico.**

Essas cinco categorias têm em comum as respostas de ansiedade que podem ser discriminadas como na fobia ou generalizadas como no pânico.

Segundo HOLLAND e SKINNER (1969), as respostas emocionais têm componentes reflexos e operantes e ambos podem ser aprendidos.

Para WOLPE (1976), a ansiedade é geralmente um componente central de hábitos neuróticos, que pode ser diretamente ou indiretamente expressa pelo paciente. Dessa forma, o descondicionamento da ansiedade seria o núcleo da tarefa terapêutica.

LAZARUS (1977) propõe que as interações interpessoais devam ser analisadas como elemento gerador de comportamento mal-adaptado.

E, ELLIS (1962) afirma que aprender e desaprender fontes de ansiedade interpessoal ou mesmo situacional, exige a compreensão de que padrões de respostas cognitivas, afetivas e abertas constituem um processo interativo comportamental.

Dessa forma, a análise da situação em que o comportamento de ansiedade ocorre, como hora, local, tipo de atividade que o cliente estava empenhado; as reações que observa em seu corpo como sudorese, aumento do batimento cardíaco, tremor, amolecimento das pernas e outras; as atitudes que toma para modificar seu comportamento e que interpretações faz a respeito dos resultados das operações anteriores são procedimentos cruciais na terapia.

Os aspectos da situação, as reações do cliente, suas atitudes e interpretações devem ser analisadas terapêuticamente através de técnicas ou mesmo procedimentos, como se pode observar no caso de WY.

WY, um adolescente do sexo masculino de 13 anos e 5 meses, cursando a 7ª série não queria sair de casa, só se fosse acompanhado do pai ou da mãe. Frequentemente chorava, reclamava de dor "no coração" e dizia que ia morrer.

Diante dessa queixa, era possível fazer-se a hipótese de uma ansiedade fóbica, o que conseqüentemente exigiria um

procedimento de dessensibilização sistemática (WOLPE, 1976). Porém suas relações interpessoais, suas atitudes para tentar eliminar o problema e suas cognições não seriam abordadas por essa técnica. Como abordá-las então?

A análise de alguns aspectos do procedimento poderia esclarecer esse tipo de abordagem.

1ª sessão — Esta sessão foi dedicada à coleta de dados. Foi feita uma entrevista de meia hora com a mãe que acompanhou WY. O objetivo da entrevista foi saber como estava organizada a casa da família, o número de elementos, a idade, a ocupação de cada um deles, como cada um deles se relacionava com o cliente, de que forma estava organizada a rotina diária do cliente e que fatos introduziram mudanças importantes na vida do rapaz.

Segundo a mãe, WY deu muito trabalho no primeiro ano de vida, chorava muito e só queria o colo da mãe. Ela se sentia muito cansada e muitas vezes pensou que seria melhor não ter tido o bebê. Durante a infância ele se caracterizou como uma criança medrosa e que necessitava sempre da presença de um adulto. Atualmente, a poucos lugares vai sozinho ou se relaciona com os meninos da vizinhança.

A mãe se definiu como uma pessoa muito medrosa e muito preocupada com o grau de gravidade do que estava acontecendo com o filho.

A segunda meia hora foi gasta com o cliente com o objetivo de definir claramente suas queixas e delimitar os sintomas em termos de análise topográfica, funcional e medida da frequência dos comportamentos inadequados. Além disso, foi interrogado sobre quando havia ocorrido pela primeira vez o problema e o que havia acontecido de marcante em sua vida ultimamente.

No final do 1º bimestre escolar, ele sentiu uma dor forte no peito, procurou o tio que é médico, fez consulta com um cardiologista e foi aconselhado a parar de fazer educação física na escola, ou qualquer outro tipo de exercício.

Depois desse fato começou a ter insônia e ataques de pânico.

Após a entrevista, a hipótese de ansiedade fóbica podia ser caracterizada como ataque de pânico. O cliente não con-

seguia localizar nenhum evento antecedente, somente, o aparecimento de respostas autônomas de ansiedade que eram seguidas da procura de um adulto ou, se estava sozinho em casa, de choro e fantasias de morte.

Isto fazia com que ele não conseguisse estudar, ou se concentrasse na aula. Suas notas haviam piorado no 2º bimestre.

De acordo com FERSTER, CULBERTSON e PERROT BOREN (1977), a impossibilidade de exercer atividades ou manter contatos interpessoais restringe o recebimento de reforçadores, o que por sua vez diminuirá a frequência de comportamentos adequados, podendo levá-los mesmo à extinção. Pessoas com repertórios restritos são sujeitas a depressões funcionais.

Neste caso, uma estratégia clínica deveria impedir a restrição dos repertórios comportamentais para prevenir o aparecimento de uma depressão funcional.

As técnicas escolhidas foram relaxamento, dessensibilização das situações de pânico, treino de assertividade e reestruturação cognitiva.

Na 1ª sessão, quando o cliente relatava o episódio da consulta com o cardiologista, disse que estava sentindo as mesmas coisas que sentia em casa. Neste ponto foi-lhe ensinado o relaxamento de JACOBSON adaptado para uma sessão na ordem que se segue: mãos, antebraços, braços, face, pescoço, ombros, costas, abdômen, tórax, pé, perna, coxa e glúteos. Em seguida foram feitos 5 exercícios bem lentos de inspiração e expiração e o cliente permaneceu por 5 minutos imóvel, em relaxamento.

Após o exercício de relaxamento, foi pedido a WY que contasse o episódio da visita ao cardiologista. Em seguida, ao ser indagado sobre o que sentia, relatou que estava mais calmo.

Foi-lhe sugerido que esse exercício deveria ser praticado três vezes ao dia: uma vez pela manhã, outra à tarde e a última antes de dormir. Se sentisse pânico, fizesse-o imediatamente.

Ao final do relaxamento seria conveniente começar a se movimentar lentamente, iniciando pelas

mãos e seguindo a seqüência do relaxamento, descrita anteriormente.

Recebeu como tarefa para as próximas sessões o registro dos ataques de pânico que deveriam conter a hora, o que havia acontecido imediatamente antes, no que ele pensou sobre o corrido, se fez relaxamento e que modificações observou no seu corpo.

2ª sessão — Nesta sessão, WY veio com a mãe, mas só ele foi entrevistado. Relatou que na semana teve dois episódios de pânico. O primeiro, à noite do dia da 1ª sessão; foi às 9:50, na hora em que se deitou, sentiu dor na barriga, o coração bateu forte e uma bola subia até a garganta. Virou de costas na cama e começou a fazer o relaxamento. Fez várias vezes e melhorou, não se lembrava do que causou. Dormiu toda a noite.

Passou sem pânico 2 dias, teve dificuldades para dormir na noite do segundo dia.

Passou bem o terceiro dia e teve pânico à noite na hora de dormir; os sintomas de ansiedade reapareceram; pensou que ia morrer; fez relaxamento.

Nesta sessão foi feito o Inventário de Medo (WOLPE, 1976).

Dos 122 itens do Inventário ele não se perturbou diante de 73 itens (59% da prova).

Os 49 itens restantes foram agrupados assim:

1) Doenças e suas associações

- Feridas abertas 2
- Dentistas 2
- Vermes 2
- Médico 4
- Ter filho defeituoso 5
- Pensar em suicídio 3
- Inseticida 2
- Pessoas aleijadas e deformadas 3
- Perder pessoas queridas 5

2) Agorafobia

- Estar só 2
- Estar em lugar estranho 2
- Separar-se de amigos 3

Barulhos súbitos 3
Deixar porta destrancada 4

3) Claustrofobia

Lugares fechados 2
Escuro 2
Águas profundas 2
Viagens de ônibus 3
Cemitério 3
Prédio onde morreu alguém 2

4) Auto-estima, rejeição e fracasso

Ser caçoado 4
Fracasso 2
Entrar sala ocupada 2
Falar em público 2
Sentir raiva 2
Valentões 2
Pessoas que maltratam outros 4
Ser observado trabalhando 2
Ser criticado 3
Sentir-se desaprovado 2
Sentir-se rejeitado 2
Ser ignorado 4
Cometer erros 3
Parecer bobo 4
Perder o controle 3
Sentir-se diferente dos outros 2
Submeter-se a exame escrito 3
Ser visto nu 3
Ser punido por Deus 3
Ser dominado por outros 2
Ferir outras pessoas 3
Ser violentado sexualmente 4
Masturbação 4

5) Animais

Criaturas imaginárias (monstros) 4
Insetos que voam 2
Insetos rastejantes 2
Formas estranhas 3
Cobras inofensivas 3
Peixe 2

Depois dessa classificação, pode-se notar que o maior número de itens e os valores mais altos foram para situações ligadas à auto-estima, rejeição, fracasso, num total de 23; para doenças e suas associações, aparecem 9 itens, sendo que mais que 50% deles receberam notas acima de 3.

Para claustrofobia e agorafobia o número de itens e os valores foram semelhantes, 6 e 5, respectivamente. Os itens de agorafobia receberam notas mais altas.

O medo de animais evidenciou valores mais baixos para os itens.

Nas outras categorias não houve valores para os itens.

Em seguida, foram montadas as cenas imaginadas pelo cliente, começando pelas de pontuação 2, seguidas de pontuação 3, 4 e 5.

Nesta semana, foi ao médico e este diminuiu a quantidade de calmantes.

Na 3ª sessão, foi iniciada a dessensibilização e foi possível trabalhar com várias cenas numa sessão.

Depois que a ansiedade não mais aparecia diante da cena, se esta tinha algo de catastrófico ou ilógico, eram discutidas as interpretações dadas a elas, bem como técnicas para modificá-las como *thought stopping* — WOLPE e LAZARUS, (1966); intenção paradoxal — FRANKL, (1970) e análise do pensamento, sentimento e ação — ELLIS, (1962).

Entre a 3ª e 4ª sessão ocorreu o último episódio de pânico. Ele acordou à noite e sentiu pânico. Relatou que se lembrou de uma noite quando tinha 7 anos que acordou de madrugada; seu pai estava na sala vendo um filme sobre "diabo" e que ele viu e ficou muito impressionado. De lá para cá sempre pensava em ser pego por um quando acordasse ou estivesse sozinho à noite. Fez relaxamento e dormiu.

Os itens relativos à auto-estima motivaram cenas já ocorridas em sua vida para as quais sua atitude era de ausência de assertividade. Depois da dessensibilização, elas foram reestruturadas de acordo com condutas assertivas.

Os fatos relevantes que determinavam índices altos nos itens foram a detecção do problema cardíaco e a ausência

de atividade física, a morte de uma avó um ano antes, uma briga com um colega de escola, 2 assaltos que ocorreram em sua casa, problemas relacionados com a irmã e a mãe e concepções inadequadas sobre masturbação e outras atividades sexuais.

Depois da 4ª sessão não relatou mais episódio de pânico e começou a ir sozinho para a terapia.

Depois da 5ª sessão foi avaliado novamente pelo cardiologista e liberado para exercícios físicos.

Na 7ª sessão fez orientação de estudos e pediu para serem interrompidas as sessões. Já decorreram dois meses e não retornou à terapia.

Do ponto de vista teórico várias hipóteses podem ser levantadas.

Se você tem um conjunto de queixas de ansiedade difusa, os relatos de observação que envolvam condição antecedente e conseqüente permitem torná-la específica em relação a objetos e situações. Dessa forma, uma resposta de ansiedade generalizada passa a ser uma resposta discriminada. Quando ocorre isso, procedimentos como dessensibilização e reestruturação cognitiva tornam-se mais eficientes como técnicas terapêuticas.

As análises das relações interpessoais em casa e na escola permitiram a expressão de sentimentos como: raiva e ciúmes da irmã, sentir-se rejeitado pela mãe e por colegas, ter sido humilhado por um professor, medo de ser rejeitado por uma garota que admira, inveja de um primo, vontade de ser admirado pelo tio e conseqüentemente a escolha de ações e pensamentos que se oponham a esses pensamentos.

O relaxamento, de JACOBSON adaptado para uma sessão é uma estratégia efetiva para a redução de respostas automáticas de ansiedade.

A prática diária desses exercícios cria condições psicofisiológicas mais adequadas para enfrentar os problemas da vida diária.

As técnicas cognitivas que abordam pensamentos irracionais e ilógicos, ruminações, falsas concepções e distorções na auto-imagem levam a uma reaprendizagem mais rápida (LAZARUS, 1975) dos comportamentos adaptativos.

A ênfase nos aspectos metodológicos (WOLPE 1976) e a mobilização da expectativa de ajuda e do desejo de alívio do sofrimento do cliente são habilidades terapêuticas fundamentais para os bons resultados em terapia.

Várias abordagens terapêuticas utilizam a mobilização da expectativa de ajuda, e do desejo de alívio do sofrimento que o cliente apresenta; no entanto, a ênfase nos aspectos metodológicos é uma marca característica da terapia comportamental.

Quanto à prevenção de depressão, uma análise comportamental funcional salienta que o rompimento de vários encaixamentos operantes e a conseqüente perda de reforçadores determinam uma redução na freqüência de comportamentos adaptativos acompanhados de irritabilidade, choro, excesso de queixas e comportamentos de fuga e esquiva (FERSTER, 1973; FERSTER, CULBERTSON e PERROT BOREN, 1977).

Um indivíduo ansioso com poucos contatos sociais ou contatos sociais inadequados está sujeito a um esquema de reforçadores insuficientes (LAZARUS, 1968), numa perspectiva clínica; isto quer dizer que tem muitas oportunidades de aprender comportamentos depressivos.

A reaprendizagem de comportamentos adaptativos de interação pessoal leva os clientes a manterem constantes as fontes de reforçadores sociais, impedindo dessa forma o aparecimento de comportamentos depressivos. A recuperação da saúde, coincidindo com a possibilidade de retornar à sua antiga rotina, a redução e mesmo a eliminação, de respostas reflexas e operantes, convergiram para um reassumir da vida social e estudantil.

Cabem pesquisas com maior possibilidade de análise do efeito individual de cada variável, que viabilizem uma maior generalização dos resultados. De qualquer forma, ficou constatado, originalmente, neste trabalho a possibilidade de um conjunto de procedimentos para eliminação do pânico e a generalização do seu efeito para uma gama mais ampla de comportamentos.

BIBLIOGRAFIA

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS-OMS

Centro OMS para Classificação de Doenças em Português.
M. Saúde - USP - O. P. A. S., S.P. 1980. Vol. 1.

- ELLIS, A. — **Reason and Emotion in Psychotherapy**. N.Y., Lyle Stuart Ed. 1962.
- FERSTER; CULBERTSON e PERROT BOREN — **Princípios do Comportamento**. S.P. Hucitec — EDUSP, 1977.
- FERSTER, C. B. — **A Funtional Analysis of Depression**. *American Psychologist*, 1973, october: 857-870.
- FRANKL, V. E. — **Paradoxical intention: A Logotherapeutic Technique**. *American Journal of Psychotherapy*, 1970.
- HOLLAND e SKINNER. — **A Análise do Comportamento**. S.P. Ed. Herder e EDUSP., 1969.
- LAZARUS, A. A. — **Learning Theory and the Treatment of Depression**. *Behavior Research and Therapy*, 1968, 6: 83-86.
- LAZARUS, A. A. — **Terapia Comportamental na Clínica**. B. H. Interlivros, 1975.
- LAZARUS, A. A. — **Psicoterapia Personalista — Uma Visão além dos Princípios de Condicionamento** — B. H. Interlivros, 1977.
- WOLPE, J. — **Prática da Terapia Comportamental**. S.P. Brasiliense, 1976.