

Transtorno do Pânico e Estado de Desamparo: estratégias de intervenção a partir da contextualização clínica.

Myrna Chagas Coelho¹

Nione Torres¹

Texto elaborado somente para fins didáticos

¹ Psicoterapeutas do Instituto de Análise do Comportamento em Estudos e Psicoterapia – IACEP

Breve Introdução:

O presente estudo é resultado de algumas observações realizadas no atendimento clínico com pessoas que apresentam **Transtorno do Pânico**.

Geralmente este cliente apresenta-se como sendo “portador” de uma chamada “Doença do Pânico”, tem a fala impregnada de conteúdos pessimistas, já limitou intensamente sua vida em diversas áreas e sua queixa é uma solicitação clara ao terapeuta para que o ajude a controlar as “crises”, uma vez que todas as tentativas até então redundaram em fracasso, além de perceber que não tem mais nenhum controle sobre esses sentimentos e os eventos de sua vida. Na história de vida desse cliente geralmente observa-se um padrão comportamental controlador, altamente dimensionado para vários contextos de vida. Por outro lado, sabemos que sentimentos (ansiedade, depressão, etc.) não há como controlar. Como se sabe, no Transtorno do Pânico, a ansiedade é muito intensa, provocando reações bastante desagradáveis e amedrontadoras. Qualquer tentativa de controle, qualquer resposta ativa ou passiva diante da crise não controla, em nada, o rumo da ansiedade. Isso resultará um estado de “desamparo aprendido” – pois a pessoa aprende que a ocorrência de eventos privados ou não, são inevitáveis e não dependem de nossa ação. Resultado: déficit de resposta para as diversas áreas da vida. Para Seligman (1997), o estado de desamparo é produzido pela incontrolabilidade frente a eventos, qualquer que seja sua natureza.

1. Identificação:

J. 29 anos, sexo masculino, 1^o grau, motorista competente (SIC), casado há 06 anos, único filho biológico, tem uma irmã adotiva, mora nos fundos da casa dos pais.

2. Queixa:

“Estou tendo uns ataques que não consigo entender. Acho que tenho uma doença na cabeça. Não consigo mais ficar perto das pessoas estranhas, principalmente em lugares que não vejo saída. Acabo ficando em casa com medo de que eu tenha ‘crises’ na frente das pessoas. Me afastei do trabalho, dos amigos, passo o dia em casa e durmo muito. Não consigo controlar o que sinto.” (SIC)

3. Histórico do Caso:

A história de J. mostra que sempre foi muito cuidado e amparado pelos pais. “sempre fizemos tudo por ele, não sei se foi erro, mas quando ele tinha problemas, a gente se adiantava e dava um jeito de resolver”, afirmou a mãe. J. é o único filho biológico do casal (quando sua irmã foi adotada, já tinha 10 anos); até então todas as atenções eram voltadas para ele.

Os pais afirmaram que durante sua infância e adolescência, J. era muito poupado de suas responsabilidades. Até os 15 anos saía muito em companhia dos pais e dos avós. Na história de relacionamentos com amigos, desde a infância, J. demonstrava subserviência e “sempre foi feito de bobo” (segundo o cliente e os pais). Aos 18 anos teve sua 1ª namorada, muito tímido, só se relacionava com garotas que tomavam iniciativas. J. reproduzia com as namoradas, o mesmo tipo de relação que mantinha com amigos (de subserviência).

Hoje ainda mantém dependência financeira e emocional dos pais. Necessita do dinheiro dos pais e também de aprovações para tomar decisões sobre sua vida e de sua esposa. O relacionamento com sua esposa não é muito bom pois a considera muito passiva em tudo, e não sente amor por ela. Diz Ter se casado para esquecer a ex-noiva e para dar uma festa para seus amigos. Quando J. assumia dívidas e não tinha como pagar o pai as pagava, o que aconteceu até o ano passado. São os pais que fazem a compra do mês e levam para o casal.

4. Eventos Importantes da sua Histórias:

- ✓ Aos 13 anos de idade: sentiu-se mal na escola durante uma atividade em que usava cola para rolnha. Foi esta sua primeira “crise de pânico”(SIC). Então afastou-se da escola por 06 meses – afirma Ter medo de voltar e passar mal novamente.
- ✓ Aos 20 anos: saiu de casa para morar com a namorada (relacionamento durou 01 ano). Uma semana antes do casamento: casa mobiliada, convites distribuídos, igreja reservada, etc., a noiva o abandonou, viajando com outro rapaz.
- ✓ Aos 25 anos: sofreu “um feio” acidente de carro, mas teve ferimentos leves. Acredita Ter se tornado uma pessoa agitada e ansiosa depois disso.
- ✓ Em 1991, 1994, 1996 e 1997: perda de 04 amigos (morte). Após, J. afirmou Ter se tornado muito vulnerável a notícias ruins, evitando-as.
- ✓ 1º ano de casado: mantinha hábitos de “solteiro” (passar a madrugada fora de casa) o que acarretou numa separação. Após 03 meses reconciliaram-se. J. emagreceu 15 quilos, “de tanto nervoso que eu passei” (SIC).
- ✓ Há 02 anos: dormiu no volante do caminhão ocasionando um acidente. O pai intercedeu na empresa, onde também é funcionário para que J. não fosse demitido.

5. Histórico das Crises:

Segundo J., parece que alguns eventos como, altura, elevadores, pessoas estranhas, lugares fechados, desencadeiam medos, pois sente-se mal repentinamente. “sinto a cabeça inchar, meu coração dispara, sinto boca seca, tremores, suar muito, às vezes acho que vou desmaiar, ou vou ter um ataque epilético ou derrame cerebral. A visão embaça. Sempre penso: dessa vez eu não escapo da morte; que preciso Ter ajuda para não morrer ali sozinho. Fico desesperado, porque nada posso fazer e não consigo controlar minha ansiedade. Já tentei de tudo e não consigo parar de sentir estas coisas”. (SIC)

Durante as crises, as interpretações que o cliente faz de suas sensações físicas (como possível ataque epilético ou derrame cerebral) torna-as ainda mais intensas e, então tenta controlá-las a todo custo. A partir daí, a qualquer sinal de seu organismo, há uma interpretação catastrófica do mesmo e a ansiedade é transformada em terror. Culmina um outro ataque.

Relata que seu maior desejo é deixar de ter estas sensações. O cliente afirma sentir-se impotente diante do seu problema o que o deixa muito triste, irritado e sem ânimo para nada. Sente-se desamparado e diz não saber a quem recorrer.

6. Exemplos de Comportamentos de Desamparo do Cliente:

- ✓ “Só eu sei o que é sentir isto, e não conseguir controlar”.
- ✓ “Não consigo mais sair, nem trabalhar”.
- ✓ “Me afastei dos meus amigos, me escondo deles para que não conversem comigo”.
- ✓ Não consigo visitar parentes, nem minha sogra...”.
- ✓ “Nem consigo pensar em dirigir. Só dirijo meu carro em locais desertos”.
- ✓ “Nem consigo lidar com mais nada. O dia que eu consigo passar sem Ter “aquilo” é muito bem, mas parece que estou sempre com medo que volte”.
- ✓ “Já tentei de tudo para afastar isto de mim. Nada dá certo. Sei que não tenho motivo para Ter medo mas não há nada que eu já não fiz para sair”.

7. Análise Funcional e Estratégias de Intervenção:

Através da análise funcional do caso foi possível perceber que J. não aprendeu, ao longo de sua história, a lidar com dificuldades e pressões. Há um déficit de repertório para enfrentamentos, tomada de decisões e autonomia, que “sabota” todas as áreas de sua vida. Em função dessas experiências, J. desenvolveu um padrão comportamental de esquiva que foi muito reforçado. Aprendeu também, por várias contingências que é preciso fugir de pensamentos e sentimentos (como ansiedade, raiva, inveja, medo) já que indicam um perigo para a integridade emocional da pessoa. No caso das “crises” não encontrou saída, o que levou a sentir-se totalmente impotente e, assim, desenvolveu um estado de desamparo muito intenso, uma vez que as “crises” são eventos inescapáveis.

Utilizou-se como estratégias de intervenção as metas propostas pelo Manual de Distanciamento Compreensivo, desenvolvidas por Hayes (1987), acompanhado de análises funcionais dos comportamentos, por considerarmos que o estado de desamparo diminuiria a partir do momento em que o cliente aprendesse a lidar diferentemente com seus sentimentos (medo e ansiedade), e a reprogramar outras contingências para sua vida.

As metas acima mencionadas são as seguintes:

- ✓ **META 1 - Estabelecer um estado de desesperança criativo:** leva o cliente a discriminar que suas estratégias de controle não funcionam até então. É necessário encontrar uma outra forma de lidar com seus sentimentos e pensamentos.
- ✓ **META 2 – O Problema é o controle:** busca-se mostrar ao cliente que se ele continuar tentando controlar seus sentimentos e pensamentos, acabará sendo controlado por eles.
- ✓ **META 3 - Distinguir a pessoa de seu comportamento:** é importante que o cliente entenda que é ele quem observa seus pensamentos e sentimentos, ou seja, fazer com que o cliente se desvincule de seus comportamentos para ser seu “eu” observador, entendendo que contingências o levaram a comportar-se de determinada maneira e ajudá-lo na aceitação dos mesmos.
- ✓ **META 4 – Permitir que a luta pare:** levar o cliente a aceitar seus pensamentos e sentimentos sem lutar ou tentar controlá-los.
- ✓ **META 5 – Assumindo um compromisso de ação:** o terapeuta deve constatar junto ao cliente, se ele está preparado para assumir seus sentimentos e pensamentos sem defesas (negação, esquiva, tentativa de mudança ou qualquer outro tipo de luta). Em todas as metas há o uso de exercícios e metáforas.

8. Resultados:

Este trabalho encontra-se no 2º mês de intervenção – apenas as metas iniciais foram trabalhadas. Resultados obtidos até o momento demonstrado em forma de especificações de comportamentos de melhora:

- ❖ Cliente passou a concordar que a esposa saísse de casa, deixando-o sozinho algumas horas. Já não tem tanta necessidade da presença dela e se envolve em pequenas atividades.
- ❖ Relata que, às vezes, sente-se muito ansioso, porém, tenta aceitar os sentimentos e espera que estes “passem”.
- ❖ Voltou a falar no telefone com pessoas estranhas.
- ❖ Cumprimenta os amigos na rua, sem esconder-se deles.
- ❖ Mesmo sentindo ansiedade procura realizar as atividades propostas pela terapia. Exemplo, ir a lugares públicos.
- ❖ Já saiu sozinho e dirigindo.
- ❖ Aumentou a frequência de comportamentos assertivos.
- ❖ Nas últimas 04 sessões passou a falar menos das crises e mais sobre seus pensamentos e sentimentos de forma geral. Contou toda sua história sem mencionar as crises.

9. Considerações Finais:

Pessoas que apresentam Transtorno do Pânico, geralmente buscam o controle dos sentimentos e pensamentos (considerados por estes, catastróficos) e têm como consequência, tentativas fracassadas. Diante desta incontabilidade desenvolvem um quadro de desamparo, acompanhado também de comportamentos de esquiva, o que impede a pessoa de operar no ambiente de modo a produzir fontes de reforçamento que poderiam levar a melhora. Desta forma, cabe à intervenção psicoterápica, reformular esse contexto. Através da análise funcional dos contextos que o cliente está se comportando, é possível flexibilizar regras mais adaptativas, visando aumentar a frequência de comportamentos que facilitem a produção de reforçadores.

10. Referências Bibliográficas:

HAYES, S.C. A contextual approach to therapeutic change. In: JACOBSON, N. **Psychoterapists in clinical practice cognitive and behavioral perspectives**. New York: Guilford, 1987.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SELIGMAN, M.E.P. **desamparo sobre depressão, desenvolvimento e morte**. São Paulo: HUCITEC, Ed. da Universidade de São Paulo, 1997.

SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações**. Campinas: Editorial Psy II, 1995.

TORRES, N. **A função do rótulo no Transtorno do Pânico: contextualização clínica através da análise funcional**. Trabalho apresentado no II Congresso Iberoamericano de Psicologia. Madrid, 1998.