

Exposição ao Vivo no Tratamento de Agorafobia:

Relato de Caso

Resumo: Relato de caso, em que a Exposição ao Vivo foi utilizada no tratamento de paciente com diagnóstico de agorafobia. O tratamento foi realizado em doze sessões, apresentando êxito no uso dessa técnica comportamental.

Palavras Chave: Agorafobia, Exposição ao Vivo, tratamento comportamental.

Abstract: Case report, in which case the Exposure In Vivo was used in the treatment of a patient with diagnosis of agoraphobia. The treatment was in twelve sessions, with success in the use of this behavioral technique.

Key Words: Agoraphobia, Exposure in Vivo, behavioral treatment.

**Gustavo J.
Fonseca D'El Rey**

Psicólogo. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da FMUSP. Aprimoramento em Psicopatologia Geral pela USJT-SP.



Conforme a CID-10 (OMS, 1993), o termo agorafobia refere-se ao medo de sair de casa, de lugares públicos, de multidões ou de viajar sozinho em trens, carros, ônibus ou aviões. A falta de uma saída ou ajuda disponível, é um aspecto-chave do transtorno. Esse é o mais incapacitante dos transtornos fóbicos, fazendo com que alguns pacientes fiquem completamente confinados ao lar. Na ausência de um tratamento eficaz, a agorafobia frequentemente se torna crônica. No diagnóstico de agorafobia, pode estar presente ou não o transtorno de pânico.

Segundo Fyer, Mannuzza & Coplan (1999), a prevalência da agorafobia na população geral ao longo da vida é de 2,5 a 6,5%. Em populações clínicas, a agorafobia quase nunca é vista sem uma história concomitante de ataques ou transtorno de pânico.

A técnica comportamental de Exposição ao Vivo implica uma exposição direta e graduada aos objetos ou situações temidas, e, na maioria das vezes, não se utiliza uma técnica de relaxamento. Paciente e terapeuta constroem uma lista

hierárquica, que abrange as situações temidas pelo paciente. Inicia-se a técnica com o paciente se expondo ao item que provoca menos ansiedade, movendo-se para o item que provoca mais ansiedade. É importante que o paciente, para avançar na hierarquia, sinta-se seguro e confiante sobre o controle das situações anteriores, mantendo, dessa forma, a crença de que pode conseguir seu objetivo final (Turner, 1996).

Conforme diversos estudos, a Exposição ao Vivo é comprovadamente um tratamento eficaz para a agorafobia (Fava et al., 1995; Basoglu, et al., 1994; Marks et al., 1993; Ghosh & Marks, 1987; Telch et al., 1985; O'Brien & Barlow, 1984; Jansson & Öst, 1982; Greist et al., 1980; Zitrin et al., 1980).

Resumo da História Clínica

Paciente do sexo masculino, solteiro, com 23 anos de idade, digitador, natural e residente na cidade de São Paulo-SP com os pais e um irmão mais novo.

Em setembro de 1999, estava o paciente andando pelas imediações de sua residência quando subitamente notou seu coração acelerado, sudorese intensa, boca seca, falta de ar e dores no peito; desesperou-se achando que iria ter um "infarto". Foi, levado por sua mãe ao pronto socorro, e após exames físicos sem anormalidades, o médico plantonista medicou o paciente com diazepam e explicou que "havia sido uma crise de ansiedade", liberando-o em seguida.

Após dois dias, o paciente estava saindo de sua casa para o trabalho quando teve outra "crise". Foi levado, mais uma vez, ao pronto socorro. Novamente, os exames físicos não apresentaram alterações. Foi, então, encaminhado para consulta com psiquiatra. O paciente se negou a ir à consulta psiquiátrica.

Durante as duas semanas seguintes, teve diversas "crises", desenvolvendo com elas o medo de ficar em casa e sair sozinho por acreditar que não seria socorrido adequadamente caso precisasse. Foi marcada consulta com psiquiatra que, após avaliação, fez o diagnóstico de transtorno de pânico com agorafobia, medicando o paciente com clomipramina e ensinando-lhe técnicas de controle da respiração durante os ataques. Devido à agorafobia ser grave, foi afastado do trabalho, sendo encaminhado ao Auxílio-Doença do INSS.

Após dois meses e meio de tratamento medicamentoso e controle da respiração, o paciente não apresentava mais os ataques de pânico, ficando sozinho em casa sem problemas; porém, evitava

sair de sua residência sozinho, mesmo para ir até a esquina, e somente o fazia na companhia de um familiar.

Devido a não sair sozinho de casa, foi encaminhado para tratamento comportamental em consultório particular. Foram marcadas duas sessões por semana.

Síntese do Tratamento

● **1ª Sessão:** Foi realizada a coleta da história clínica. Após explicação, foi solicitado que o paciente preenchesse a Escala de Problemas e Objetivos (Anexo), onde foi definido como principal problema o medo de sair sozinho de casa, apresentando escore na Escala de Esquiva = 8 e na Escala de Medo = 7. Cabe ressaltar que o paciente vinha acompanhado às consultas por sua mãe.

● **2ª Sessão:** Foram explicadas as principais bases do tratamento comportamental para agorafobia. Elaborou-se com o paciente uma lista hierárquica de situações temidas, atribuindo-se notas de 0 a 10 para cada uma delas, de acordo com a ansiedade que o paciente acreditava que iria sentir. A nota 0 seria equivalente a sentir-se bem, e a nota 10 seria equivalente a estar em pânico. Comentou-se com o paciente que a Exposição ao Vivo deveria ser realizada várias vezes durante a semana, permanecendo na situação temida por aproximadamente 60 minutos. Como tarefa, foi combinado com o paciente, que ele tentaria se expor ao primeiro item da lista até a próxima consulta.

Escala de Problemas e Objetivos, com escore da Escala de Esquiva = 8 e Escala de Medo = 7 (preenchido pelo paciente no início de todas as consultas):

Hierarquia da Exposição ao Vivo¹:

- Ficar em frente da minha casa = 2;
- Caminhar até a banca de jornais na esquina = 3;
- Caminhar pelo quarteirão = 4;
- Caminhar até o supermercado, a três quarteirões da minha casa = 5;
- Ir à casa de um amigo, a cinco quarteirões da minha casa = 6;
- Ir até a praça, a um quilômetro e meio de casa = 8;
- Ir até o banco, a três quilômetros de casa = 10;

1 Dois medos e/ou fobias são descritos como problemas principais. Cada um é avaliado em escala de 0 a 8, em relação ao grau de esquiva fóbica; a soma dos dois resulta em um escore que varia de 0 a 16 (0 = não evita, 4 = evita pouco, 8 = evita moderadamente, 12 = evita acentuadamente e 16 = evita sempre) e em relação à intensidade do medo, a soma dos dois também produz um escore de 0 a 16 (0 = sem medo, 4 = pouco medo, 8 = medo moderado, 12 = medo acentuado e 16 = medo extremo). A escala pode ser preenchida pelo próprio paciente após explicação. No presente estudo, como o paciente apresentava apenas um problema (não sair de casa sozinho), optou-se por uma modificação na escala utilizada, ou seja, o valor total do escore de esquiva variou de 0 a 8 (0 = não evita, 2 = evita pouco, 4 = evita moderadamente, 6 = evita acentuadamente e 8 = evita sempre) e o valor total do escore de medo também variou de 0 a 8 (0 = sem medo, 2 = pouco medo, 4 = medo moderado, 6 = medo acentuado e 8 = medo extremo).

● **3ª sessão:** O paciente disse estar muito feliz, pois havia conseguido ficar em frente a sua casa sozinho. Explicou-se ao paciente que, ao entrar em contato com a situação geradora de ansiedade, a pessoa experimenta a princípio um aumento da mesma, até atingir um patamar máximo de intensidade, que se mantém. Após algum tempo, ocorre o decréscimo da ansiedade, ou seja, a habituação. E que os patamares de ansiedade, provavelmente, seriam menores quanto maior a frequência com que ele se expusesse às situações temidas. Solicitou-se ao paciente que se expusesse ao segundo item da hierarquia, pois o primeiro não lhe causava mais desconforto.

Escala de Problemas e Objetivos, com escore da Escala de Esquiva = 7 e Escala de Medo = 6.

● **4ª Sessão:** O paciente relatou que sua ansiedade havia diminuído em relação ao segundo item. Comentou, ainda, ter notado que, ao diminuir a ansiedade do segundo item através da exposição, a nota que havia dado ao terceiro item também havia diminuído; em vez de 4, a nota era 2. Explicou-se que isso era esperado, pois, dessa maneira, ao se chegar ao último item, provavelmente a nota não seria mais 10, e que ele seria capaz de enfrentar uma situação que antes parecia impossível. Foi discutido com o paciente o espaçamento das consultas para uma vez por semana, devido a sua melhora e por sentir-se mais confiante. Foi solicitado que se expusesse ao terceiro e quarto itens da hierarquia durante a semana.

Escala de Problemas e Objetivos, com escore da Escala de Esquiva = 6 e Escala de Medo = 5.

● **5ª Sessão:** Não apresentou problemas na realização da tarefa de exposição, durante a semana. Comentou que estava indo sozinho para a casa de amigos que moravam a três quarteirões de sua casa. Como tarefa para a semana, foi solicitado que realizasse a exposição aos itens 5 e 6.

Escala de Problemas e Objetivos, com escore da Escala de Esquiva = 4 e Escala de Medo = 4.

● **6ª Sessão:** Relatou que o quinto item não mais o incomodava, porém ainda sentia ansiedade e desconforto na realização do sexto item. Atribuiu nota 5 a esse item. Comentou-se que isto poderia ocorrer, e que durante a semana, o paciente poderia voltar a realizar este item através da exposição. Solicitou-se que realizasse apenas o sexto item da hierarquia como tarefa.

Escala de Problemas e Objetivos, com escore da Escala de Esquiva = 4 e Escala de Medo = 4.

● **7ª Sessão:** O paciente disse estar muito orgulhoso de si mesmo, pois havia conseguido se expor ao

sexto item, e a ansiedade causada por ele não mais o incomodava. Questionou-se com o paciente qual o grau de ansiedade que ele imaginava iria sentir no sétimo item, pois no início do tratamento esse item lhe parecia impossível de ser realizado. Acreditava, agora, que a nota para esse item seria 4, e não mais 10. Para a semana, foi solicitado que realizasse a exposição para o sétimo item, ou seja, o último da hierarquia.

Escala de Problemas e Objetivos, com escore da Escala de Esquiva = 2 e Escala de Medo = 2.

● **8ª Sessão:** Nessa consulta, o paciente veio sozinho, ou seja, sem sua mãe. Comentou que havia se exposto ao sétimo item sem problemas. Comentou também que havia ido sozinho de carro à casa de alguns amigos. Foi solicitado que, durante a semana, ele tentasse ir para lugares distantes, de carro, a pé, de ônibus etc. Escala de Problemas e Objetivos, com escore da Escala de Esquiva = 1 e Escala de Medo = 1.

● **9ª Sessão:** O paciente comentou que estava saindo para lugares distantes de sua casa sem problemas. Disse que havia recebido alta do INSS e voltado a trabalhar, estando muito feliz por isso. Explicou-se sobre a importância do paciente continuar a se expor às situações, não se esquivando delas, para que a melhora conseguida até o momento se mantivesse. Em acordo com o paciente, foi marcada a próxima consulta com intervalo de 21 dias. Escala de Problemas e Objetivos, com escore da Escala de Esquiva = 0 e Escala de Medo = 1.

● **10ª Sessão:** O paciente comentou sobre uma viagem que havia realizado para a casa de campo de um amigo, no intervalo de 21 dias, não ocorrendo problemas. Foi marcada nova consulta para daí a 30 dias. Escala de Problemas e Objetivos, com escore da Escala de Esquiva = 0 e Escala de Medo = 0.

● **11ª Sessão:** Não ocorreram problemas durante o intervalo de 30 dias. Foi discutido com o paciente que, se sua melhora se mantivesse até a próxima consulta, receberia alta do tratamento psicológico. Foi marcada nova consulta para daí a 60 dias.

Escala de Problemas e Objetivos, com escore da Escala de Esquiva = 0 e Escala de Medo = 0.

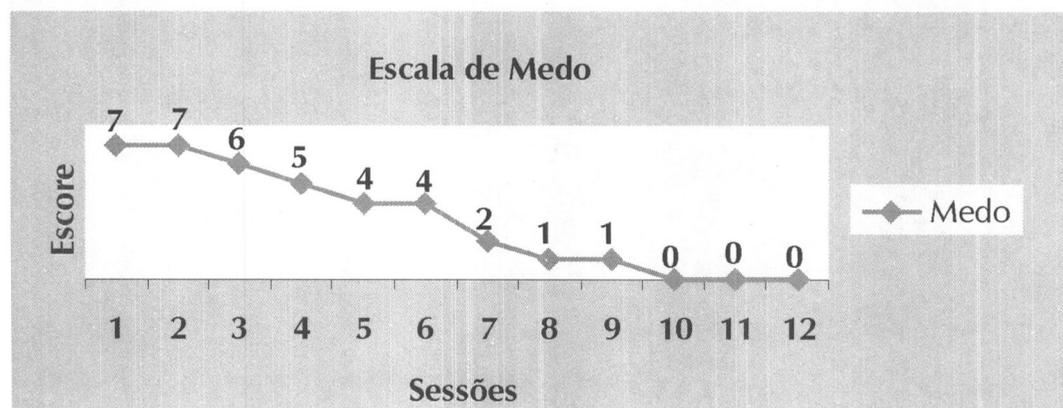
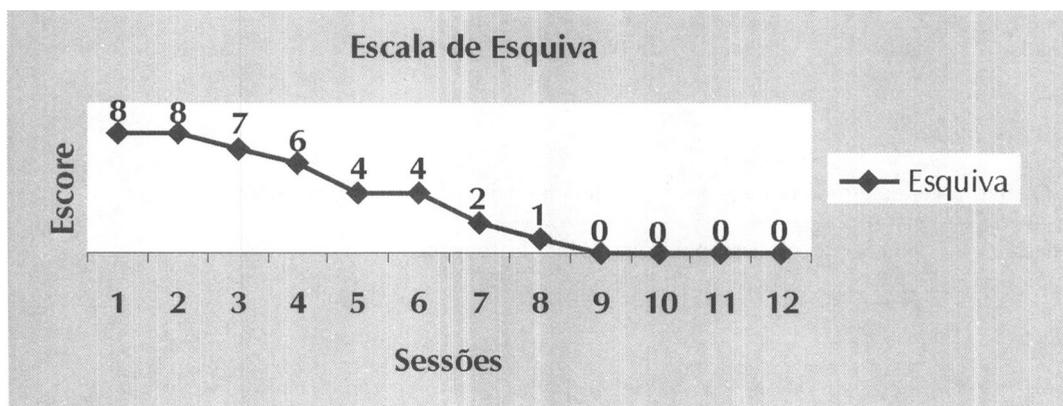
● **12ª Sessão:** Comentou que havia realizado diversas viagens sozinho, e que não evitava mais nenhuma situação, como no início do tratamento. De comum acordo, nessa consulta foi dada alta ao paciente.

Escala de Problemas e Objetivos, com escore da Escala de Esquiva = 0 e Escala de Medo = 0.

● **Contato telefônico:** Após oito meses do término

do tratamento psicológico, entrou-se em contato com o paciente. Esse, relatou que sua melhora se mantinha, dizendo “*eu nem lembro que tive pânico*”. Comentou que seu psiquiatra havia descontinuado e suspenso o uso da clomipramina.

Para uma melhor visualização da Escala de Problemas e Objetivos, as sub-escalas de esquiva e de medo serão apresentadas na forma de gráficos:



Comentários

Cabe ressaltar, nesse relato de caso, que um ponto importante no sucesso do tratamento foi a dedicação do paciente às atividades propostas, ou seja, à realização da Exposição ao Vivo.

Observando-se a Escala de Problemas e Objetivos, pode-se notar que a diminuição dos escores de esquiva e medo somente aconteceram após o início da Exposição ao Vivo, ocorrendo a remissão total da esquiva na 9ª sessão, e a do medo na 10ª sessão.

O espaçamento das sessões para 21, 30 e 60 dias, respectivamente, teve como propósito verificar a recorrência ou não dos sintomas agorafóbicos, bem como aos poucos ir “desligando” o paciente do vínculo terapêutico.

A Exposição ao Vivo se mostrou eficaz, tanto na melhora do paciente como na manutenção dessa melhora, conforme literatura pesquisada (Fava et al., 1995; Basoglu, et al., 1994; Marks et al., 1993; Ghosh & Marks, 1987; Telch et al., 1985; O'Brien & Barlow, 1984; Jansson & Öst, 1982; Greist et al., 1980; Zitrin et al., 1980).

Anexo **Escala de Problemas e Objetivos** (Gelder & Marks, 1966; tradução AMBAM, 1985)

Principais problemas:

- 1)
- 2)

Escala de Esquiva:

1. Quanto você evita cada um dos problemas acima, por medo das sensações ruins associadas a eles ?

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8
nada pouco evita muito sempre

1. _____ 2. _____

Escala de Medo:

1. Quanto você teme cada um dos problemas listados acima ?

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8
nada pouco moderado muito extremamente

1. _____ 2. _____



Gustavo J. Fonseca D'El Rey
Rua Chá de Frade, 131 – Moóca
CEP: 03178-150 – São Paulo – SP Tel.: (0xx11) 6606-4026
E-mail: g.delrey@bol.com.br

Recebido 02/01/01 Aprovado 20/10/01

Basoglu, M.; Marks, I.M.; Kilic, C.; Noshirvani, H. & O'Sullivan, G. (1994). The Relationship Between Panic, Anticipatory Anxiety, Agoraphobia and Global Improvement in Panic Disorder with Agoraphobia Treated with Alprazolam and Exposure. *British Journal of Psychiatry*, 164: 647–652.

Fava, G.A.; Zielezny, M.; Savron, G. & Grandi, S. (1995). Long-term Effects of Behavioral Treatment for Panic Disorder with Agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 166: 87–92.

Fyer, A.J.; Mannuzza, S. & Coplan, J.D. (1999). Transtorno de Pânico e Agorafobia. Em Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. *Tratado de Psiquiatria—Volume 2*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Gelder, M.G. & Marks, I.M. (1966). Severe Agoraphobia: A Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*, 112: 309–319. (Tradução AMBAN do IPq-HC-FMUSP, 1985).

Ghosh, A. & Marks, I.M. (1987). Self-treatment of Agoraphobia by Exposure. *Behavioral Therapy*, 18: 03–16.

Greist, J.H.; Marks, I.M.; Berlin, F.; Gourney, K. & Noshirvani, H. (1980). Avoidance Versus Confrontation of Fear. *Behavioral Therapy*, 11: 01–14.

Jansson, L. & Öst, L.G. (1982). Behavioral Treatments for Agoraphobia: An Evaluative Review. *Clinical Psychology Review*, 2: 311–336.

Marks, I.M.; Swinson, R.P.; Basoglu, M.; Klaus, K.; Noshirvani, H.; O'Sullivan, G.; Lelliot, P.T.; Kirby, M.; McNamee, G.; Segun, S. & Wickwire, K. (1993). Alprazolam and Exposure Alone and Combined in Panic Disorder with Agoraphobia: A Controlled Study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162: 776–787.

O'Brien, G.T. & Barlow, D.H. (1984). Agoraphobia. Em Turner, S.M. (ed.) *Behavioral Treatment of Anxiety Disorders*. New York: Plenum Press.

Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Telch, M.J.; Agras, W.S.; Taylor, C.B.; Roth, W.C. & Gallen, C. (1985). Combined Pharmacological and Behavioral Treatment for Agoraphobia. *Behavioral Research and Therapy*, 23: 325–335.

Turner, R.M. (1996). A Dessensibilização Sistemática. Em Caballo, V.E. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo: Santos Editora.

Zitrin, C.M.; Klein, D.F. & Woerner, M.G. (1980). Treatment of Agoraphobia with Group Exposure In Vivo and Imipramine. *Archives of General Psychiatry*, 37: 63–72.

Referências bibliográficas