

Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade

Importance of relaxation techniques in cognitive therapy for anxiety

Alice Rodrigues Willhelm

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2600,
90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. alicewillhelm@gmail.com

Ilana Andretta

Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Av. Unisinos, 950, Cristo Rei,
93022-000, São Leopoldo, RS, Brasil. ilana.andretta@gmail.com

Mariana Steiger Ungaretti

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga, 6681,
90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. marianasungaretti@gmail.com

Resumo. Transtornos de ansiedade estão entre os transtornos mais comuns e se caracterizam por uma resposta de ansiedade exagerada e não adaptativa a algum estímulo. O tratamento com TCC para transtornos ansiosos sugere técnicas cognitivas de reestruturação e flexibilização cognitiva e técnicas comportamentais como exposição, dessensibilização sistemática e técnicas de relaxamento corporal. Realizou-se uma investigação através de três estudos de caso, em que foram aplicadas técnicas de relaxamento, dentre elas o relaxamento progressivo, relaxamento passivo e respiração diafragmática. Para a análise da eficácia da técnica de relaxamento, pediu-se que os pacientes indicassem um valor de ansiedade em uma escala de zero a dez antes e depois das técnicas. As técnicas de relaxamento tiveram sucesso nos três casos estudados e atingiram o objetivo de diminuição da ansiedade.

Palavras-chave: Terapia Cognitiva, ansiedade, relaxamento.

Abstract. Anxiety disorders are one of the most common disorders and are characterized by a maladaptive and exaggeratedly anxious response to some stimulus. The CBT treatment for anxiety disorders suggests cognitive techniques of restructuring and cognitive flexibilization and behavioral techniques such as exposure, systematic desensitization and body relaxation techniques. An investigation was conducted through three case studies. Relaxation techniques were applied to all three patients, including progressive relaxation, passive relaxation and diaphragmatic breathing. To analyze the efficacy of relaxation techniques the patients were asked to indicate their anxiety in a scale from zero to ten (zero is no anxiety and ten is high anxiety) before and after the techniques. Relaxation techniques have been successful in the three cases of this study and achieved the goal of decreasing anxiety, but it should be emphasized that the use of these techniques is not universal and depends on each patient.

Keywords: Cognitive Therapy, anxiety, relaxation.

Introdução

Em experiências de ansiedade, o corpo se porta de maneira adaptativa a tal emoção; nervos do sistema nervoso ativam nossos músculos voluntários e isso gera uma tensão corporal (Esch e Stefano, 2010; Neborsky e Lewis, 2011). O sistema nervoso autônomo (SNA) prepara o corpo internamente, alterando a pressão sanguínea e a frequência cardíaca e respiratória (Esch e Stefano, 2010). O SNA tem duas divisões: o SNA simpático prepara o indivíduo para luta ou fuga se houver seu acionamento, e o SNA parassimpático regula o corpo para que possamos descansar ou digerir e, quando acionado, diminui a pressão sanguínea e a frequência cardíaca e respiratória (Esch e Stefano, 2010; Neborsky e Lewis, 2011). Este é o sistema que iria responder a uma situação de extremo risco de vida, induzindo a imobilização ou a morte fictícia (Neborsky e Lewis, 2011).

Quando a ansiedade é muito elevada, observam-se pessoas com o sistema parassimpático ativado, e, quando ela é ligeiramente inferior, observa-se que a ansiedade se canaliza para o sistema simpático do SNA (Neborsky e Lewis, 2011). Indivíduos saudáveis que têm a capacidade de controlar sua ansiedade tendem a ter principalmente a ansiedade inconsciente descarregada, que afeta somente músculos esqueléticos (Ten Have-de Labije, 2006). É provável que indivíduos em um estado calmo tenham livre acesso a expressões de afeto, com a correspondente movimentação corporal e gestual (Neborsky e Lewis, 2011; Ten Have-de Labije, 2006).

Transtornos de ansiedade estão entre os transtornos mais comuns, e, dentre estes transtornos, os mais frequentes são transtorno de fobia social, transtorno do estresse pós-traumático, transtorno do pânico, agorafobia, transtorno de fobia específica, e, além disso, existem muitos indivíduos que mesmo sem o diagnóstico possuem sintomas semelhantes e alguns traços significativos (*DSM-IV-TR*; APA, 2002).

Os transtornos ansiosos se caracterizam por uma resposta de ansiedade exagerada e não adaptativa a algum estímulo interpretado, seja correta ou incorretamente, como ameaçador ou perigoso (Ballenger, 2000; Silva, 2010). O processamento cognitivo dos transtornos ansiosos envolve a vulnerabilidade, pois os indivíduos tendem a superestimar o perigo e subestimar os recursos pessoais para lidar com essas situações e, a partir do momento em que ocorre um reconhecimento do perigo, ficam

propensos a desenvolver mais pensamentos que mantêm a ansiedade (Bystritsky, 2006). Os próprios sintomas de ansiedade podem transformar-se em uma nova ameaça percebida, uma vez que prejudicam o desempenho do indivíduo em situação perigosa (Frewen *et al.*, 2013). Desta forma, é possível observar que as ativações cerebrais em indivíduos que passam por um momento de ansiedade alteram os pensamentos e o corpo; logo, indivíduos com transtorno de ansiedade têm essas alterações mais elevadas diante de estímulos já considerados perigosos (Leahy, 2006; Wells, 1997).

O tratamento dos transtornos ansiosos pode se dar de diversas modalidades, e a diferença da eficácia desses tratamentos ainda não foi comprovada. Ele pode ser constituído por terapias familiares, psicofarmacologia e psicoterapias de outras orientações teóricas (Bernstein e Shaw, 1997; Castillo *et al.*, 2000). Além disso, também é muito indicada a combinação de fármacos com psicoterapia (Hemanny *et al.*, 2014). O tratamento de pacientes com ansiedade na terapia cognitivo-comportamental inclui três domínios responsáveis: cognitivo (mais frequentemente identificado pela autoavaliação), comportamental e fisiológico (Risbrough, 2010; Stein e Seedat, 2004). É importante um estudo de cada elemento separadamente, não desconsiderando o quanto um desses domínios pode afetar o outro (Risbrough, 2010).

Para o tratamento dos transtornos ansiosos, é importante uma extinção do medo e da resposta que o corpo produz nessas situações não adaptativas (Leahy, 2006; Otte, 2010). Os estudos de regulação das emoções a definem como estratégias conscientes ou inconscientes para aumentar, manter ou reduzir componentes da resposta emocional do indivíduo, incluindo sentimentos, comportamentos e respostas fisiológicas que constroem as emoções (Gross, 2002; John e Gross, 2004; Mauss *et al.*, 2006; Ochsner e Gross, 2005). As pesquisas nessa área também evidenciam que as estratégias de exposição, distração e reestruturação cognitiva são eficazes para a regulação emocional (Porto *et al.*, 2008; Leahy, 2006). Logo, é importante ressaltar que o tratamento com terapia cognitivo-comportamental (TCC) abrange técnicas específicas de extinção do medo condicionado e regulação emocional (Porto *et al.*, 2008).

O tratamento com TCC para transtornos ansiosos sugere técnicas cognitivas de reestruturação e flexibilização cognitiva e técnicas comportamentais como exposição, dessensibilização sistemática e técnicas de relaxamento

corporal (Leahy, 2006; Jokić-Begić, 2010). As técnicas cognitivas ajudam no aumento da autoeficácia dos pacientes, fazendo com que eles tenham mais recursos pessoais e internos, acreditem serem mais eficazes para lidar com a ansiedade e situação de perigo, da mesma forma que reestruturam pensamentos automáticos e flexibilizam crenças disfuncionais características de tais transtornos (Neborsky e Lewis, 2011; Jokić-Begić, 2010; Otte, 2010). As técnicas comportamentais objetivam a extinção do medo através da exposição ao objeto ou à situação ansiogênica, ao mesmo tempo em que trabalham o corpo, que fica tensionado devido à ansiedade elevada, realizando técnicas de relaxamento, como respiração diafragmática, relaxamento passivo e progressivo (Leahy, 2006; Neborsky e Lewis, 2011).

De acordo com Rice (2007), a habilidade mais frequente de enfrentamento de ansiedade e estresse é a redução de tensão, e a mesma é um aviso físico de que algo não está bem. Na presença da ameaça, o corpo ativa sistemas defensivos que conduzem a uma ativação fisiológica, e esta normalmente se traduz como um aumento de tensão muscular, da taxa cardíaca, da respiração e da pressão sanguínea (Rice, 2007; Neborsky e Lewis, 2011). Quando a ativação física permanece por longos períodos, tem geralmente efeitos prejudiciais sobre os processos físicos e mentais, e, se a tensão não for reduzida, os indivíduos podem sentir como se estivessem sob uma pressão constante, mesmo quando a fonte inicial da ansiedade e do estresse tiver sido eliminada há algum tempo (Rice, 2007; Jokić-Begić, 2010).

Podem-se encontrar diferentes métodos para diminuir a tensão, como os relaxamentos ou a meditação (Menezes e Dell'Aglio, 2009; Neto, 2011). O relaxamento é a técnica mais amplamente utilizada na TCC e tem um efeito positivo sobre os resultados do enfrentamento (Vera e Vila, 2002; Rice, 2007). A tensão e o relaxamento são estados do corpo que correspondem a duas partes do sistema nervoso autônomo (Esch e Stefano, 2010). O treinamento em relaxamento supõe a simples questão de que não é possível estar tenso e relaxado ao mesmo tempo, e, dependendo do tipo de ansiedade e estresse, é possível que somente determinados grupos de músculos se tensionem (Rice, 2007).

O movimento da TCC passou por três ondas (Vandenberghe e Sousa, 2006). A primeira englobou as teorias clássicas comportamentais, principalmente a de Pavlov, que continham técnicas de exposição para o tratamento

(Knapp e Beck, 2008; Vandenberghe e Sousa, 2006). A segunda onda foi caracterizada pelo modelo cognitivo racionalista, que fala a respeito de processos psicológicos mediados por crenças, cuja área mais tradicional é a dos transtornos de humor (Beck, 1995). Por fim, a terceira onda enfoca as epistemologias alheias, como o construtivismo cognitivo, e difere das tentativas diretas de modificar pensamentos ou crenças; a pessoa deve agir de acordo com seus valores de forma mais intuitiva (Vandenberghe e Sousa, 2006; Hayes, 2004).

A meditação é uma prática oriental antiga que se caracteriza por uma forma única de perceber o mundo, incluindo valores éticos (Kohlenberg *et al.*, 1993). Esta prática em si é capaz de gerar uma série de mudanças físicas e psicológicas, incluindo problemas de estresse e ansiedade, promovendo uma melhora na saúde mental (Vandenberghe e Sousa, 2006). Apesar de ser uma técnica milenar, ela chegou ao Ocidente há pouco tempo e cada vez mais tem tomado espaço no tratamento de doenças mentais tais como transtornos de ansiedade e depressão (Menezes e Dell'Aglio, 2009). A *mindfulness* (um tipo de meditação) foi bem aceita pela terceira onda das terapias comportamentais, a qual valoriza que a pessoa aja de acordo com seus valores, algo muito mais intuitivo (Martín-Asuero e García-Banda, 2010; Menezes e Dell'Aglio, 2009). As técnicas meditativas não tocam em pensamentos e não são específicas para distorções cognitivas; neste sentido, elas constituem uma inovação na prática clínica e cada vez mais têm ganhado espaço nos consultórios, acrescentando-se ao leque de técnicas terapêuticas (Kohlenberg *et al.*, 1993; Vandenberghe e Sousa, 2002; Menezes e Dell'Aglio, 2009).

No Brasil, há profissionais da TCC que trabalham com pesquisas em transtornos de ansiedade, como Rangé e Cordioli. O primeiro trabalha com diversos transtornos de ansiedade, transtorno do pânico (Rangé, 2001), fobia social (Levitan *et al.*, 2008) e demais transtornos de ansiedade, como fobias específicas. O segundo trabalha de forma mais específica com o transtorno obsessivo-compulsivo, tendo desenvolvido manuais de terapia para esse transtorno assim como protocolos para terapia de grupo (Cordioli, 2014). Ambos os pesquisadores trabalham desenvolvendo tratamentos e protocolos de terapias na área dos transtornos ansiosos, trazendo avanço para a área no Brasil.

O objetivo deste estudo foi investigar os indicadores subjetivos de efetividade de técni-

cas de relaxamento e sua implicação na terapia cognitivo-comportamental em três pacientes com transtorno de ansiedade atendidos no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia da PUCRS.

Método

Realizou-se uma investigação através de três estudos de caso. O estudo de caso objetiva observar e examinar uma unidade delimitada e contextualizada, preocupando-se em não analisar o caso em si, mas o que ele representa (Ventura, 2007). Segundo Yin (2004), o estudo de caso representa uma investigação baseada na experiência e compreende um método abrangente da coleta e da análise de dados, usando a lógica do planejamento. De acordo com o mesmo autor, este estudo também supõe uma análise detalhada de um indivíduo portador de sintomas no tocante à dinâmica e à patologia de uma dada condição.

O presente estudo de caso foi realizado em uma clínica-escola. O estudo contempla a compreensão de três atendimentos conduzidos por uma estagiária do oitavo semestre de psicologia sob supervisão semanal individual. Os atendimentos foram feitos na clínica-escola. Duas pacientes receberam alta ao final do processo, mas uma seguiu em tratamento devido a seus sintomas graves. Foram realizadas, em média, 40 sessões com a primeira e com a segunda paciente (que permaneceu em terapia com outra estagiária) e 20 sessões com a terceira paciente. Todas as sessões foram dialogadas e estudadas em supervisão com um professor especializado, e o material ainda se encontra arquivado no Serviço de Atendimento da PUCRS. Para a avaliação dos sintomas de ansiedade antes e depois da utilização das técnicas de relaxamento, foi questionado, em uma escala de zero a dez (sendo zero nada de ansiedade e dez ansiedade extrema), o quanto de ansiedade o paciente estava sentindo naquele momento. O foco do estudo abordado foi a análise dos indicadores subjetivos de efetividade das técnicas de relaxamento em pacientes ansiosos e a sua implicação no tratamento psicoterápico pela abordagem cognitivo-comportamental. O diagnóstico foi feito com base nos critérios e sintomas descritos pelo DSM-IV-TR (*DSM-IV-TR*; APA, 2002). Para assegurar o sigilo foram utilizados nomes fictícios. Os pacientes estavam cientes de pesquisas desenvolvidas na instituição e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

O primeiro caso clínico abordou o processo de atendimento de Maria, uma mulher de 60 anos que chegou ao serviço de atendimento e pesquisa em psicologia com uma fobia a escadas e elevadores, e também já veio com o diagnóstico de retardo mental leve. Maria reside com sua irmã e sobrinho já adulto, e sua irmã é quem a trouxe para os atendimentos e acompanhou todo o processo terapêutico. A paciente estava sendo novamente alfabetizada e frequentava uma escola, onde eram trabalhadas suas dificuldades de aprendizagem devido ao déficit cognitivo.

No processo de atendimento psicológico, inicialmente a paciente era atendida em uma sala fora da clínica-escola, pois esta se localiza no segundo andar e a paciente não conseguia subir; então, começou sendo atendida em uma sala no térreo cedida por outro prédio da universidade. Inicialmente, Maria tinha muita ansiedade quando se falava em escadas; então, foi realizada uma dessensibilização sistemática, hierarquizando seus medos, iniciando com representações mentais, em seguida continuando com fotos, vídeos e, por último, o objeto real. Devido a seu déficit cognitivo, ela tinha dificuldade com técnicas cognitivas; então, eram realizadas técnicas comportamentais como reforço positivo, exposição ao objeto que gerava ansiedade e técnicas de relaxamento.

A paciente foi psicoeducada a respeito de como o corpo funciona sob estresse e ansiedade, e, através disso, foi possível ajustar as técnicas de relaxamento e observar qual técnica era mais eficaz no caso de Maria. A paciente relatava como estava sua ansiedade quando estava no processo de dessensibilização, antes e depois dos relaxamentos.

Em todos os casos, antes e após as técnicas de relaxamento, foi questionado, em uma escala de zero a dez (sendo zero nenhuma ansiedade e dez, ansiedade extrema) quão ansiosa a paciente estava no momento, para que se pudesse observar se as técnicas de fato auxiliariam na redução da ansiedade. A técnica de relaxamento passivo foi a mais adequada para a primeira paciente; após uma investigação através do questionamento de sua ansiedade, o relaxamento reduzia sua tensão significativamente. Aos poucos, ela foi podendo vencer o medo e enfrentá-lo, e, depois de três meses, conseguiu ser atendida na clínica-escola e subir diversas outras escadas. Sempre que se observava que a paciente enfrentava seu medo de escadas fora das sessões de psicoterapia,

sua irmã a guiava em um relaxamento passivo, ou ela o fazia sozinha para baixar a ansiedade. Realizaram-se 35 sessões até o presente estudo, e Maria ainda não recebeu alta; atualmente, está sendo exposta ao medo de elevadores.

O relaxamento passivo se diferencia em alguns aspectos: não utiliza exercícios de tensionar, somente relaxar. Esta técnica é recomendada para pessoas que encontrem dificuldade de relaxar ou que tenham alguma restrição em tensionar algum músculo. No relaxamento passivo, pede-se que o indivíduo vá relaxando cada parte do corpo, assim como o conjunto de músculos que a constituem. A atenção deve estar voltada ao relaxamento de um membro; depois se focaliza a atenção no relaxamento de outro membro, e assim por diante, fazendo com que a atenção esteja somente no relaxamento do corpo (Vera e Vila, 2002).

O segundo estudo de caso contemplou a problemática de Vera (32 anos), que chegou à clínica-escola com medo de temporais, trovões e chuvas mais fortes. Também foi relatada uma dificuldade elevada de dormir e relaxar, assim como uma falta de apetite em dias chuvosos. O diagnóstico desta paciente foi de grande dificuldade de elaboração, pois ela tinha sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, apresentava sintomas de transtorno do pânico e também alguns sintomas de transtorno de ansiedade generalizada e transtorno obsessivo-compulsivo. Apesar de a paciente apresentar algumas comorbidades, sua maior demanda era a fobia específica de temporais e trovões. Fazia pouco tempo que a paciente estava sendo dessensibilizada aos objetos fóbicos, e, através da hierarquia do medo, ela já foi exposta através de imaginação e imagens. Era necessário inicialmente se trabalhar a dependência que Vera tem dos pais e irmãs, aumentando a autoeficácia da paciente para que ela conseguisse fazer um curso técnico que queria. Também era mais urgente trabalhar sintomas físicos da paciente, assim como seus problemas de sono e apetite. Nas semanas em que chovia e havia temporais, a paciente vinha às sessões com uma ansiedade alta, e, quando era realizada a exposição, ela relatava que sua ansiedade aumentava ainda mais.

A respiração diafragmática foi a técnica de relaxamento que obteve mais resultados para a diminuição da ansiedade. O relaxamento corporal, neste caso, obteve um resultado menor e mais lento, pois a paciente ficava muito ansiosa e, apesar de relatar estar mais calma e relaxada, ainda sentia tensão e medo elevado.

A dessensibilização sistemática proporcionou à paciente uma melhora na qualidade de vida; após o exercício em casa, ela passou a se alimentar melhor e estudar para os exames. No entanto, nenhum tipo de relaxamento mostrou-se eficaz para os problemas de insônia em noites chuvosas.

É importante salientar que a paciente comentava que, quando usava as técnicas de relaxamento em casa em noites de temporal, sua ansiedade diminuía um pouco, mas, mesmo assim, ela não conseguia dormir. Sua fobia de chuvas e temporais era de grau extremamente elevado e possivelmente por isso não conseguia dormir mesmo com a ansiedade mais reduzida. Além disso, as técnicas usadas, como a respiração diafragmática, auxiliam nos sintomas autonômicos e na tensão muscular, mas não necessariamente auxiliam em casos de insônia (Oliveira e Duarte, 2004).

A respiração diafragmática também constitui uma técnica de relaxamento que visa à diminuição da ansiedade. Nessa técnica, pede-se que o indivíduo preste atenção em sua própria respiração e identifique os movimentos de inspirar e expirar colocando a mão sobre o abdômen e a região peitoral. Em seguida, pede-se que respire lenta e pausadamente, inspirando por três segundos, segurando a respiração por mais três segundos e soltando a respiração pela boca por seis segundos. Essa respiração impede a hiperventilação e diminui os sintomas autonômicos e a tensão muscular (Oliveira e Duarte, 2004; Neto, 1998).

O terceiro caso clínico abordou o processo de atendimento de Olga, uma paciente que buscou psicoterapia por estar se sentindo muito mal com sua aparência por estar acima do peso. Inicialmente, a demanda da paciente era a depressão com seu peso; porém, com o decorrer dos atendimentos foi possível observar sua ansiedade frente a deveres da faculdade. Olga tinha 24 anos e estava ingressando no primeiro semestre de administração de empresas. A paciente tem um grau de exigência muito alto consigo, demonstrando grande ansiedade quando se depara com estudos, provas e trabalhos, tendo um medo acentuado de rodar e possuindo alguns sintomas de transtorno de ansiedade generalizada e transtorno obsessivo-compulsivo.

Olga não apresentou diagnóstico específico, porém, pôde-se observar vários sintomas ansiosos, como medo de que algo ruim como repetir o semestre aconteça e falta de concentração nos estudos porque ocorrem pensamen-

tos intrusivos de preocupação com tirar nota baixa, assim como rigidez do corpo. O nervosismo da paciente se mostrava mais acentuado quando ela precisa estudar para alguma prova ou trabalho, ativando suas crenças de incapacidade e uma rigidez do corpo que lhe causava dores de cabeça. O trabalho com Olga começou com técnicas cognitivas para a flexibilização de suas crenças centrais, porém a paciente ainda sentia tensão no corpo devido à ansiedade.

O relaxamento progressivo se mostrou muito eficaz neste caso, e a paciente conseguiu perceber que, quando tensionava algumas partes do corpo antes de relaxar, não sentia diferença ao tensioná-las, porque já estavam rígidas; então, a partir disso ela conseguiu relaxar o corpo. Com o corpo mais relaxado, a ansiedade diminuía, e a paciente tinha consciência de que seu corpo estava tenso nos momentos de estudo; assim, conseguia aplicar as técnicas em casa ou em sala de aula. Olga ainda está em atendimento na clínica-escola, e, até agora, se passaram 12 sessões. Ainda é necessário trabalhar a flexibilização de suas crenças centrais para evitar ansiedade elevada antes de provas e exames.

A técnica de relaxamento progressivo implica tensão e, a seguir, relaxamento de vários conjuntos de músculos. Deve-se explicar ao paciente o procedimento do relaxamento progressivo e fazer uma breve demonstração dos processos de tensão-relaxamento pelos quais ele passará. Nesse relaxamento, deve-se tensionar cada grupo de músculos por aproximadamente 10 segundos, prestando atenção às sensações nos músculos tensos. A seguir, pede-se que se relaxem os músculos rapidamente e que se preste atenção nos contrastes entre as sensações de tensão e relaxamento. Essa técnica ajuda o indivíduo a aumentar a percepção das sensações das áreas de tensão no corpo e da diferença entre estas e a sensação de relaxamento. Depois dessa reflexão sobre as sensações, pede-se que se faça o mesmo com o próximo grupo de músculos (Jacobsen, 1938).

Como o corpo também reflete uma resposta ansiosa frente a um estímulo, é importante que se realizem técnicas para o relaxamento, sendo essas uma parte integrante de outra técnica ou modificando o comportamento por si só. O controle da ansiedade no corpo ativa bases neuronais que diminuem a resposta ansiosa do indivíduo, andando juntamente com a baixa da ansiedade emocional (Neborsky e

Lewis, 2011; Ten Have-de Labije, 2006; Vera e Vila, 2002). Para isso, existem técnicas de relaxamento que se mostram eficazes no tratamento dos transtornos da ansiedade; as que foram abordadas neste estudo são: relaxamento progressivo, relaxamento passivo e respiração diafragmática (Vera e Vila, 2002).

No presente estudo, observou-se que, apesar de as três pacientes possuírem diferentes diagnósticos de transtorno de ansiedade ou traços dos mesmos, elas se beneficiaram das técnicas comportamentais de relaxamento, ainda que cada uma tenha se identificado mais com uma técnica específica. Maria, por ser idosa e não ser indicado que ela tensionasse alguns grupos de músculos, aderiu muito bem à técnica de relaxamento passivo, utilizando-a fora de sessão, sempre que se sentia ansiosa ou quando se deparava com seu objeto fóbico. Vera é jovem, porém apresenta uma maior gravidade em sua sintomatologia e, por estar em constante tensão e hiperventilação, a técnica de respiração diafragmática teve uma melhor adesão e ela também relatava utilizá-la sempre que estava ansiosa com relação ao tempo, a situação que lhe causa ansiedade. Já Olga se beneficiou mais com a técnica de relaxamento progressivo, pois passa muito tempo estudando e tem dificuldade para perceber que, quanto mais ansiosa se sente com relação a isso, mais tensiona conjuntos de músculos. Com o relaxamento progressivo, ela percebeu que já estava com muita tensão e conseguiu, então, relaxar o corpo, e utiliza essa técnica sempre que está estudando em casa ou em sala de aula.

Como é descrito por Neborsky e Lewis (2011), a resposta de luta/fuga frente a estímulos que geram ansiedade altera a cognição e o corpo, tensionando músculos e acionando uma série de pensamentos de vulnerabilidade. Os mesmos autores também explicam que indivíduos que se encontram calmos têm maior controle e acesso às suas expressões afetivas, com a resposta correspondente do corpo e dos gestos. Os resultados encontrados neste estudo corroboram a literatura; as pacientes descritas acima também mostravam uma resposta alterada da cognição e do corpo, verbalizando como se sentiam, e também foi possível observar as tensões corporais. Os atendimentos em TCC ajudaram-nas a flexibilizar pensamentos e crenças disfuncionais, assim como relaxar os músculos e o corpo com técnicas de relaxamento.

Também se pôde observar neste estudo que não são apenas as pessoas com algum

transtorno de ansiedade diagnosticado pelo DSM-IV-TR (*DSM-IV-TR*; APA, 2002) que podem se beneficiar de técnicas de relaxamento para diminuir a ansiedade ou tensão. A paciente Olga não possui um diagnóstico e, mesmo assim, consegue se beneficiar de tais técnicas em momentos que se encontra mais estressada ou ansiosa. Indivíduos que não possuem nenhum diagnóstico ou traços de algum transtorno de ansiedade também apresentam resposta no corpo quando se deparam com alguma situação que lhes causa essa emoção (Ten Have-de Labije, 2006). Logo, a alteração no corpo não é específica de nenhum transtorno, assim como as alterações corporais podem acontecer em diversas situações com diferentes tipos de emoção, por serem a linguagem mais primitiva e espontânea do ser humano (Davis, 1979).

Considerações finais

Mostrou-se que as técnicas de relaxamento auxiliaram na redução da ansiedade nos três casos estudados nesta pesquisa, que atingiu, então, seu objetivo. Já é conhecido hoje que as técnicas de relaxamento e respiração auxiliam no manejo dos transtornos ansiosos, assim como há estudos com novidades neste campo, como a aplicação da *Mindfulness*. Então, os achados desse estudo corroboram pesquisas descritas e demonstradas neste artigo, explicando a importância das técnicas de relaxamento para a diminuição da ansiedade. Mas também é necessário ressaltar que a utilização destas técnicas não é universal, como pode ser observado nos resultados descritos. É importante que haja um conhecimento das limitações e facilidades de cada paciente, para que seja escolhido o manejo adequado. Torna-se válido ressaltar também que as técnicas comportamentais de relaxamento ajudam nos sintomas corporais de tensão e rigidez, o que pode ser de grande valia para pacientes que também possuam esses sintomas. Torna-se necessário ressaltar que este estudo traz três casos de um Serviço de Atendimento e foi utilizada apenas uma avaliação subjetiva dos pacientes no que concerne à sua ansiedade; seriam importantes estudos com amostras maiores e que se testasse a efetividade das técnicas.

Não foi possível a utilização da técnica de *Mindfulness* neste estudo, porém ela foi agregada aqui para que se possa ilustrar esta técnica nova e que está em expansão. Essa questão é uma limitação deste estudo; seria importante que essa técnica pudesse ter sido utilizada, vis-

to que poderia beneficiar alguns pacientes. Em estudos futuros, essa técnica da terceira onda pode ser incluída para que se analisem também os indicadores subjetivos de efetividade dessa técnica.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). 2002. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª ed., Porto Alegre, Artmed, 880 p.
- BALLENGER, J.C. 2000. Anxiety and depression: optimizing treatments. *The Primary Care Companion to Journal of Clinical Psychiatry*, 2(3):71-79. <http://dx.doi.org/10.4088/PCC.v02n0301>
- BECK, A.T. 1995. *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre, Artmed, 235 p.
- BERNSTEIN, G.A.; SHAW, K. 1997. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10 Suppl):69S-84S. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199710001-00006>
- BYSTRITSKY, A. 2006. Treatment-resistant anxiety disorders. *Molecular Psychiatry*, 11(9):805-814. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.mp.4001852>
- CASTILLO, A.R.G.L.; RECONDO, R.; ASBAHR, F.R.; MANFRO, G.G. 2000. Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Suppl. 2):20-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>
- CORDIOLI, A.V. 2014. *TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre, Artmed Editora, 475 p.
- DAVIS, F. 1979. *A comunicação não verbal*. São Paulo, Summus, 200 p.
- ESCH, T.; STEFANO, G.B. 2010. The neurobiology of stress management. *Neuro Endocrinology Letters*, 31(1):19-39.
- FREWEN, P.A.; SCHMITTMANN, V.D.; BRINGMANN, L.F.; BORSBOOM, D. 2013. Perceived causal relations between anxiety, posttraumatic stress and depression: extension to moderation, mediation, and network analysis. *European Journal Psychotraumatology*, 4:1-14. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20656>
- GROSS, J.J. 2002. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3):281-291. <http://dx.doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- HAYES, S.C. 2004. Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: mindfulness, acceptance and relationships. In: S. HAYES; V. FOLLETTE; M. LINEHAN (orgs.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioural tradition*. New York, Guildford, p. 1-29.
- HEMANNY, C.; SENNA, E.P.; DUNNINGHAM, W.A. 2014. Comorbidade entre transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de ansiedade generalizada: um estudo de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 13(3-especial):415-420.

- JACOBSEN, E. 1938. *Progressive relaxation*. Chicago, University of Chicago Press, 493 p.
- JOKIĆ-BEGIĆ, N. 2010. Cognitive-Behavioral Therapy and neuroscience: Towards closer integration. *Psychological Topics*, **19**(2):235-254.
- JOHN, O.P.; GROSS, J.J. 2004. Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, **72**(6):1301-1333. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- KNAPP, P.; BECK, A.T. 2008. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **30**(Supl II):54-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- KOHLBERG, R.J.; TSAI, M.; DOUGHER, M. 1993. The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, **16**(2):271-282.
- LEAHY, R.L. 2006. *Técnicas de terapia cognitiva: Manual do terapeuta*. Porto Alegre, Artmed, 360 p.
- LEVITAN, M.; RANGÉ, B.; NARDI, A.E. 2008. Habilidades sociais na agorafobia e fobia social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, **24**(1):95-100. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722008000100011>
- MARTÍN-ASUERO, A.; GARCÍA-BANDA, G. 2010. The Mindfulness-based Stress Reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *The Spanish Journal of Psychology*, **13**(2):897-905. <http://dx.doi.org/10.1017/S1138741600002547>
- MAUSS, I.B.; EVERS, C.; WILHELM, F.H.; GROSS, J.J. 2006. How to bite your tongue without blowing your top: Implicit evaluation of emotion regulation predicts affective responding to anger provocation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **32**(5):589-602. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167205283841>
- MENEZES, C.B.; DELL'AGLIO, D.D. 2009. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, **29**(2):276-289.
- NEBORSKY, R.J.; LEWIS, S. 2011. Understanding and effectively treating anxiety symptoms with psychotherapy. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal*, **11**(1):48.
- NETO, F.L. 1998. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos ansiosos. In: A.V. CORDIOLLI, *Psicoterapias: abordagens atuais*. 2ª ed., Porto Alegre, Artmed, p. 270-278.
- NETO, A.R.N. 2011. Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, **56**(3):158-168.
- OLIVEIRA, M.A.; DUARTE, A.M.M. 2004. Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, **6**(2):183-199.
- OCHSNER, K.N.; GROSS, J.J. 2005. The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Science*, **9**(5):242-249. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>
- OTTE, C. 2010. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: Current state of the evidence. *Dialogues in Clinical NeuroSciences*, **13**(4):413-421.
- PORTO, P.; OLIVEIRA, L.; VOLCHAN, E.; MARI, J.; FIGUEIRA, I.; VENTURA, P. 2008. Evidências científicas das neurociências para a terapia cognitivo-comportamental. *Paidéia*, **18**(41):485-494. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300006>
- RANGÉ, B. 2001. Programa de treinamento à distância para o tratamento do transtorno de pânico e da agorafobia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, **28**(6):331-339.
- RICE, P.L. 2007. O enfrentamento do estresse: estratégias cognitivo-comportamentais. In: V.E. CABALLO (org.), *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade*. São Paulo, Santos Editora, p. 301-336.
- RISBROUGH, V. 2010. Behavioral correlates of anxiety. *Current Topics in Behavioral Neuroscience*, **2**:205-228.
- SILVA, A.L.P. 2010. O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. *Psicologia: Ciência e Profissão*, **30**(1):200-211. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000100015>
- STEIN, D.J.; SEEDAT, S. 2004. Unresolved questions about treatment-resistant anxiety disorders. *CNS Spectrums*, **9**(10):715.
- TEN HAVE-DE LABIJE, J. 2006. When patients enter with anxiety on the forefront. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy*, **10**:36-69.
- VANDENBERGHE, L.; SOUSA, A.C.A. 2006. Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, **2**(1):35-44.
- VENTURA, M. M. 2007. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista Socerj*, **20**(5):383-386.
- VERA, M.N.; VILA, J. 2002. Técnicas de relaxamento. In: V.E. CABALLO (org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. 2ª ed., São Paulo, Santos Editora, p. 147-165.
- WELLS, A. 1997. *Cognitive theory and models of anxiety*. England, John Wiley & Sons, 336 p.
- YIN, R. 2004. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª ed., Porto Alegre, Bookman, 205 p.

Submetido: 10/10/2014
Aceito: 06/05/2015