

Terapia Cognitivo-Comportamental: potencialidades e eficácia num caso de perturbação de pânico

Cognitive-Behavioral Therapy: potentialities and efficacy in a case of panic disorder

Maria Miguel Barbosa*, Cristina Batista**, Paula Saraiva Carvalho***

RESUMO

Introdução: A abordagem cognitivo-comportamental baseia-se na relação entre cognições, emoções e comportamentos, promove processos limitados no tempo e orientados para objetivos específicos onde a pessoa tem um papel ativo na sua potenciação terapêutica.

Objetivos: Explora-se a Terapia Cognitivo-Comportamental enquanto abordagem de avaliação e intervenção psicológica, demonstrando as suas potencialidades num caso de perturbação de pânico.

Métodos: Durante o processo de avaliação clínica foram recolhidos dados que possibilitaram o desenvolvimento da formulação que, por sua vez, baseou o protocolo terapêutico. A intervenção decorreu ao longo de onze sessões distribuídas por três fases (aguda/continuação/manutenção).

Resultados/Conclusões: A combinação de diferentes estratégias (e.g., psicoeducação, reestruturação cognitiva, treino de competências sociais), aliadas à promoção de empoderamento e autonomia, permitiram o alcance de exponenciais ganhos terapêuticos bem

como a potenciação da funcionalidade, bem-estar e qualidade de vida. Os procedimentos aplicados culminaram na alta clínica e permitiram comprovar as potencialidades e eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental.

Palavras-Chave: Perturbação de Ansiedade; Ataques de Pânico; Psicologia; Terapia Cognitivo-Comportamental.

ABSTRACT

Introduction: Cognitive-behavioral approach is based on the relationship between cognitions, emotions and behaviors, in time-limited therapeutic processes and oriented towards specific goals where the person plays an active role in their therapeutic potentiation.

Objectives: This article aims to explore Cognitive-Behavioral Therapy as a psychological evaluation and intervention approach and demonstrate its effectiveness in a case of panic disorder.

Methods: During the clinical evaluation process, data was collected, allowing the development of case formulation, which, in

* Departamento de Psicologia e Educação: Universidade da Beira Interior; Instituto Politécnico da Guarda;  mariambc@live.com.pt

** Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Universitário da Gova da Beira

*** Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior; CIDESD – Universidade da Beira Interior

 <https://orcid.org/0000-0001-6838-4969>

Recebido / Received: 02/03/2020 - Aceite / Accepted: 29/05/2023

turn, supported the therapeutic protocol. The intervention took place during 11 sessions, spread over three phases (acute/continuation/maintenance).

Results/Conclusions: *The combination of different strategies (e.g., psychoeducation, cognitive restructuring, social skills training), combined with the promotion of empowerment and autonomy, allowed the achievement of exponential therapeutic gains as well as the enhancement of functionality, well-being and quality of life. The applied procedures culminated in clinical discharge and allowed to demonstrate Cognitive-Behavioral Therapy potential and effectiveness.*

Keywords: *Anxiety Disorders; Panic Attacks; Psychology; Cognitive Behavioral Therapy.*

INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), considera o indivíduo como um ser biopsicossocial e pauta-se por princípios que assentam nas premissas de que existe uma estreita relação entre cognições, emoções e comportamentos¹⁻⁴.

Os processos terapêuticos baseados nesta abordagem tendem a ser limitados no tempo e, por norma, ocorrem um conjunto de sessões estruturadas que se baseiam numa dinâmica de relação colaborativa onde a pessoa é protagonista do seu processo⁵⁻⁸. Neste âmbito, um dos papéis do psicólogo clínico é - através da promoção da autonomia e do papel ativo das pessoas que atende - facilitar metodologias e técnicas que promovam a saúde física e mental e o máximo potencial individual e/ou coletivo. A forma de alcançar esse desiderato

assenta na gestão adaptativa de processos de avaliação e intervenção^{1-4,9}.

O princípio central da avaliação cognitivo-comportamental consiste na premissa de que o comportamento da pessoa é determinado, em parte, pelas interpretações que faz das situações - e não pela situação em si¹⁰. Assim, o principal enfoque deverá incidir sobre a recolha de informação específica, que permita dar resposta a diversas questões e elaborar hipóteses através da formulação¹⁰. Neste sentido, é importante operacionalizar todas as informações em termos situacionais, contextuais e individuais (e.g., nível comportamental, fisiológico, cognitivo e emocional). Variados procedimentos de avaliação fornecem informações sobre diferentes sistemas de resposta e, portanto, torna-se útil avaliar o mesmo objeto de diferentes modos. Pode-se, então, recorrer a múltiplas técnicas (e.g., entrevistas, observação direta) e testes (e.g., questionários, escalas), promovendo a sua conjugação simbiótica, de forma a atingir o pluralismo metodológico e multireferencial^{9,11}. Tendencialmente, o processo de avaliação psicológica inicia-se quando a pessoa solicita o auxílio do psicólogo (encaminhado ou por vontade própria) e, por norma, mantém-se ao longo de todos os contactos posteriores^{9,11}.

Por seu turno, a intervenção psicológica da TCC baseia-se na premissa de que a atividade cognitiva, as emoções e os comportamentos se influenciam entre si¹⁰. Se este processo circular e multidirecional ocorre, antecipa-se que, como a atividade cognitiva pode ser identificada, monitorizada e modificada, as alterações de comportamento poderão ser facilitadas através da modificação das cognições. Por sua

vez, a mudança das cognições pode ser auxiliada e exponenciada pela modificação de comportamentos^{1,6,12}. Neste sentido, a intervenção ocorre de forma estruturada, circunscrita no tempo e orientada para objetivos graduais (a curto, médio e longo prazo) definidos em conjunto com a pessoa e operacionalizados de forma específica⁴⁻⁷.

Através da identificação e intervenção nas cognições, esquemas, erros de processamento de informação e comportamentos é possível modificar o que mantém o quadro clínico promovendo aptidões na pessoa para que, autonomamente, enfrente as suas dificuldades e atinja os seus objetivos. Assim, deve ser promovido o empoderamento do indivíduo bem como a potenciação e generalização das suas competências, enfatizado sempre o seu papel ativo, durante – e entre – as sessões^{1,12,13}. Para além disso, é essencial analisar e reforçar os ganhos terapêuticos responsabilizando a pessoa pelos mesmos e promovendo a sua perceção da eficácia dos resultados da intervenção relativamente aos objetivos estabelecidos inicialmente. Por fim, torna-se especialmente importante intervir ao nível da prevenção da recaída¹⁴. A prevenção da recaída, destina-se a implementar todos os processos e procedimentos que contribuam para evitar uma iteração do quadro clínico. Assim, é uma fase em que podem ocorrer a consolidação de aprendizagens, a revisão e a avaliação da proficiência da pessoa em relação à aplicação de técnicas e estratégias. Para além disso, deve garantir-se a aquisição/generalização de ganhos terapêuticos bem como a antecipação de desafios de potencial risco e planos de ação

comportamentais. Deste modo, prepara-se a pessoa para ser o seu próprio terapeuta, para ter atenção aos pródromos e para prevenir e gerir possíveis sintomas, otimizando a manutenção, de modo perdurável, da funcionalidade e do bem-estar¹⁰.

Existe um vasto conjunto de estratégias de intervenção ao dispor do psicólogo pelo que a sua combinação tende a aumentar o seu potencial. Para além disso, salienta-se que a sua seleção e aplicação ao longo do processo terapêutico deve ser sempre adaptada às necessidades específicas da pessoa e da fase do processo. Através de diversos princípios, procedimentos e técnicas a TCC almeja dar resposta terapêutica a diferentes quadros nosológicos como são disso exemplo as perturbações de ansiedade. É com origem e base nos princípios teóricos explorados que se concretizaram os processos de avaliação e intervenção cognitivo-comportamental no caso do Sr. António (nome fictício), que se passa a apresentar.

OBJECTIVOS

O presente artigo objetiva explorar a TCC enquanto abordagem de avaliação e intervenção psicológicas bem como demonstrar as suas potencialidades e eficácia ao nível da aplicação dos princípios, metodologias e estratégias num caso clínico de perturbação de pânico.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO DO SR. ANTÓNIO

O Sr. António é do género masculino, leucodérmico, casado, tem um filho e à data do início do processo terapêutico tinha 37 anos. Chegou à consulta de psicologia voluntariamente, en-

caminhado pelo seu médico psiquiatra, devido a sintomatologia ansiosa.

Formulação

De acordo com os dados obtidos no processo de avaliação inicial e com base nos critérios de diagnóstico do DSM-5¹⁴, o Sr. António evidenciava apresentar um conjunto de sintomas congruentes com o diagnóstico de Perturbação de Pânico 300.01 (F41.0), cumprindo os seguintes critérios:

- Critério A¹⁴: presença de ataques de pânico inesperados (e.g., “são uns ataques que parece que vêm do nada” [sic]) e recorrentes (e.g., “é quase todos os dias” [sic]), sendo que um ataque de pânico é concetualizado como um período abrupto de medo ou desconforto intensos que atinge um pico em minutos, e durante o qual, no caso do Sr. António, se desenvolvia com sintomas completos. Os ataques de pânico do Sr. António, tanto ocorriam a partir de um estado calmo como a partir de um estado ansioso¹⁴.
- Critério B¹⁴: pelo menos um dos ataques de pânico do Sr. António foi seguido de um mês ou mais de: (1.) preocupação persistente acerca de novos ataques de pânico (e.g., “fico com medo que aconteça outra vez” [sic]) ou das suas consequências (e.g., “estou sempre com medo que me aconteça qualquer coisa por causa dos ataques” [sic]), bem como (2.) uma alteração significativa desadaptativa relacionada com os ataques de pânico (e.g., “deixei de ir às compras e aos restaurantes” [sic]).
- A perturbação não era atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica (Critério C) e não era mais

bem explicada por outra perturbação mental (Critério D)¹⁴.

Da análise da história clínica e de desenvolvimento do Sr. António verificou-se a existência de experiências prévias e acontecimentos de vida, que parecem ter conduzido à formação de esquemas disfuncionais que o terão tornado mais vulnerável ao desenvolvimento do quadro clínico. Com base na terminologia de classificação de esquemas proposta por Young, Klosko, e Weishaar¹⁵, analisa-se que ao longo da infância e adolescência, o facto ter sido o irmão mais novo e ter ficado desde muito cedo, sozinho ao seu próprio cuidado (e.g., “aos 10 ou 12 anos fiquei sozinho, e agora desenrasca-te” [sic]; “fiquei com a responsabilidade sobre mim próprio” [sic]), parece ter levado o Sr. António a desenvolver a crença de que em breve pode perder alguém com quem mantém uma grande ligação emocional e que os relacionamentos mais significativos estão na eminência de acabar (e.g., “tenho sempre muito medo de perder quem amo” [sic]). Tal parece ter conduzido à formação de um esquema de abandono/perda.

Por outro lado, estes acontecimentos aliados à preocupação em relação à necessidade de vigilância e cuidado permanente (e.g., “estava sozinho e isolado, a cuidar de tudo e tinha medo porque achava que tudo era perigoso” [sic]), aparentam, ainda, ter espoletado a ideia de que o mundo é um lugar perigoso estando-se sempre à beira de uma enorme catástrofe. Esta aparenta ser a génese de um esquema de vulnerabilidade ao mal e à doença.

Existem evidências retrospectivas de que no início da adolescência do Sr. António, este terá sido excessivamente responsabilizado,

negando as suas necessidades em virtude de outros (e.g., “os meus irmãos sempre tiveram tudo [...] e eu, não tive nada disso. Todo o dinheiro que ganhava dava aos meus pais” [sic]). Assim, parece ter ocorrido a formação da crença de que, de forma a evitar culpa, retaliação, promover a sua autoestima e obter amor/aprovação deve ocorrer um sacrifício excessivo das próprias necessidades de modo a poder ajudar outros. Tal parece ter conduzido à formação do esquema de autossacrifício.

Os fatores precipitantes que aparentam ter contribuído para a emergência e ativação dos esquemas de abandono/perda e vulnerabilidade ao mal e à doença, previamente desenvolvidos, parecem ter sido a debilitação da saúde e morte do pai. Por seu turno, o facto de ter sido o único cuidador dos pais, aparenta ter funcionado como acontecimento que contribuiu para a emergência e ativação do esquema de autossacrifício até então latente.

Em relação à manifestação atual dos esquemas, o de abandono/instabilidade parecia estar ativo traduzindo-se, por exemplo, na tendência para o medo da perda das pessoas e/ou ligações significativas (e.g., “eu preocupo-me com o facto de perder as pessoas importantes para mim” [sic]). O esquema de vulnerabilidade ao mal e à doença aparentava estar ativo relacionando-se com o facto do Sr. António acreditar que algo de mal lhe está para acontecer de forma iminente. Este esquema refletia-se, e podia ser perceptível, através dos seguintes pensamentos automáticos negativos: “vou morrer” (sic)/ “vou desta para melhor e deixo cá a minha família” (sic); “e se me dá alguma coisa aqui?” (sic). Por seu turno, o esquema de autossa-

crifício, parecia manifestar-se na tendência que o Sr. António possuía, para a orientação para o outro, acreditando que deve ajudar toda a gente, subjugando as suas necessidades às necessidades de outros (e.g., “tento ajudar, tento acudir a toda a gente, e deixo as minhas coisas sempre para trás” [sic]). A presença destes esquemas levou ainda a um comportamento de comunicação pouco assertiva, numa tentativa de agradar a outros, de modo a obter aprovação, ajudando-os e realizando tudo o que lhe pedem (e.g., “sou uma pessoa que não consigo dizer que não” [sic]). Relativamente à manutenção dos esquemas disfuncionais do Sr. António, estes aparentavam manter-se devido a processos cognitivos e comportamentais. Cognitivamente, pôde-se inferir distorções cognitivas/erros de processamento de informação que possuíam o papel de salientar e exagerar informação que confirmavam os esquemas. Foram disso exemplo erros de processamento de informação de: a) catastrofização (e.g., “vou morrer” [sic]); b) sobregeneralização (e.g., “estou sempre com medo que me aconteça algo” [sic]) e c) inferência arbitrária (e.g., “e se me dá alguma coisa aqui?” [sic]). A nível comportamental pareciam ocorrer: a) padrões de comportamentos autoderrotistas (e.g., “não consigo dizer que não, nem que seja ao meu pior inimigo” [sic], “deixo as minhas coisas sempre para trás [...] estou sempre a abdicar” [sic]); b) comportamentos de hipervigilância (e.g., “agora estou sempre vigilante em relação ao meu corpo e ao sítio onde estou, é como um alarme” [sic]); c) comportamentos de segurança (e.g., “ligar para a minha mulher para ela me acalmar”

[sic] e d) comportamentos de evitamento (e.g., “evito multidões [...] e correr” [sic]). Estas condutas operavam sob o ambiente, retirando o estímulo fóbico e mantêm-se mediante mecanismos de reforço negativo. Assim, as oportunidades de confrontação encontravam-se diminuídas, não permitindo ao Sr. António experienciar a ansiedade provocada pelos estímulos. Consequentemente não tinha oportunidade de desconfirmar as crenças catastróficas relacionadas com a perigosidade dos estímulos percebidos como ameaçadores, impedindo a habituação a situações temidas. Parecem ainda contribuir como fatores de manutenção, sinais da existência de um elevado nível de ansiedade antecipatória (e.g., “queria deixar o pensamento de que me acontece algo de mal, mas e se acontece?” [sic]).

Ainda, em relação aos fatores de manutenção, parecia ocorrer, com o Sr. X um duplo ciclo vicioso. O primeiro, iniciava-se com um conjunto de estímulos desencadeantes internos (e.g., pensamentos e sensações) e externos (e.g., multidões), os quais o Sr. António tendia a interpretar errónea e catastroficamente como ameaça iminente, colocando-o num estado de apreensão. Este estado, estimulava sensações corporais (e.g., calor, palpitações), que por sua vez desencadeavam a interpretação catastrófica das mesmas (incrementando a percepção de ameaça) o que era notório em pensamentos como: “vou morrer” (sic); “vou desta para melhor e deixo cá a minha família” (sic). Por outro lado, este processo cognitivo de interpretação, produzia uma maior evidência das sensações físicas, que, por sua vez, potenciavam uma maior hipervigilância que

incrementava a interpretação das sensações corporais, terminando dessa forma, o segundo ciclo. Eram ainda contemplados comportamentos de segurança, que permitiam, em parte, compreender a manutenção do quadro clínico (e.g., “o hábito de trazer comprimidos e água comigo” [sic]).

As informações exploradas e enquadradas em formato de formulação permitiram inferir o modo como o quadro clínico do Sr. António se originou e se manteve. Através da análise das informações obtidas, parecia existir um conjunto de fatores de manutenção dos esquemas, como erros de processamento de informação, comportamentos de segurança e evitamentos comportamentais que faziam com que o quadro clínico se perpetuasse. Esta etapa de formulação foi, no caso do Sr. António, fulcral para o planeamento e aplicação do protocolo terapêutico (sistematizado no Quadro I, páginas seguintes).

O protocolo terapêutico planeado fundamentou-se em literatura científica^{1, 16}, derivou da formulação idiossincrática e teve em consideração o respeito pelas necessidades, prioridades, características e capacidades do Sr. António. Desta forma considerou-se importante o debate colaborativo e orientado, ao longo do processo terapêutico, primando-se a recolha de *feedbacks* para aferir a evolução e adequação com vista à promoção do empoderamento, da autonomia e do papel ativo do Sr. António. O protocolo terapêutico foi planeado prevendo a intervenção em três grandes fases, 1) aguda, 2) continuação e 3) manutenção. Na fase aguda pretendeu-se trabalhar semanalmente com o objetivo de minorar os sintomas de ansiedade. Na recolha de *feedbacks* relativos a estas

Quadro I . Protocolo terapêutico

1º Objetivo (s)	
⇒ Estabelecer uma relação terapêutica empática ⇒ Estimular o envolvimento, interesse e conhecimento da pessoa pelo processo terapêutico ⇒ Planear, em conjunto, o processo terapêutico	
Técnicas e estratégias	Utilizar técnicas de empatia*; Evidenciar uma postura cordial, de aceitação e validação*; Escuta ativa através da demonstração de atenção e interesse; * Psicoeducação acerca do processo terapêutico; Clarificar papéis e explicar a importância do papel ativo e da relação colaborativa; Promover empoderamento; * Estabelecer objetivos realistas e exequíveis de forma hierárquica; Potenciar oportunidade de ventilação e suporte emocional; * Utilizar técnicas de assertividade; * Solicitar <i>feedback</i> da pessoa: assegurar e obter aprovação acerca da compreensão, das informações debatidas;* Fornecer <i>feedback</i> corretivo; *
2º Objetivo (s)	
⇒ Recolher informação acerca da pessoa (História Clínica Cognitivo-Comportamental) ⇒ Efetuar avaliação Psicológica	
Técnicas e estratégias	Observação direta*; Entrevista clínica semiestruturada; Aplicar instrumentos de avaliação psicológica; Psicoeducação – identificação e avaliação dos sintomas; Explicação do processo (e sua efetivação) acerca da utilização de instrumentos de recolha de informações (e.g., registo de automonitorização); Silêncio instrumental*;
3º Objetivo (s)	
⇒ Promover a compreensão do quadro clínico	
Técnicas e estratégias	Psicoeducação: Desenvolver orientada e conjuntamente o racional acerca da ansiedade; Desenvolver um modelo teórico explicativo idiosincrático;
4º Objetivo (s)	
⇒ Gerir e diminuir a sintomatologia ansiosa ⇒ Promover a percepção de controlo	
Técnicas e estratégias	Desenvolver e treinar estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais (e.g., Técnicas de distração; Técnica de paragem de pensamento; Respiração diafragmática); Treino de Técnicas de Relaxamento; Estimular para o planeamento e efetivação de atividades de mestria e prazer; Promover a prática de exercício físico; Tarefas Para Casa;

5º Objetivo (s) ⇒ Identificar, avaliar e analisar esquemas e funcionamento cognitivo	
Técnicas e estratégias	Identificar, através dos registos de automonitorização e de debate, evidências do funcionamento cognitivo disfuncional; Aplicar instrumentos de avaliação de esquemas; Instruir sobre os esquemas; Desencadear esquemas; Identificar comportamentos desencadeados pelos esquemas (manutenção, evitamento e compensação); Promoção de <i>insight</i> ;
6º Objetivo (s) ⇒ Desenvolver um padrão cognitivo mais adaptativo	
Técnicas e estratégias	Reestruturação cognitiva; Ensinar a identificar, avaliar, controlar e modificar sintomas, pensamentos, emoções e comportamentos; Utilização do registo de automonitorização para a criação de Pensamentos Racionais Alternativos;
7º Objetivo (s) ⇒ Promover gradualmente o confronto com as situações provocadoras de ansiedade, potenciando o aumento do limiar de conforto (fenómeno de dessensibilização) e da autonomia ⇒ Diminuir comportamentos de segurança e evitamentos	
Técnicas e estratégias	Realizar hierarquia de Unidades Subjetivas de Desconforto; Exposição comportamental; Tarefas Para Casa;
8º Objetivo (s) ⇒ Melhorar a perceção de autocontrolo e da autovalorização ⇒ Treinar Habilidades Sociais	
Técnicas e estratégias	Treinar técnicas de autoafirmação: treino de assertividade; treino linguístico; treino postural; Treinar resolução de problemas; Treinar resolução de conflitos; <i>Role play</i> ;
9º Objetivo (s) ⇒ Reforçar e generalizar os ganhos adquiridos ⇒ Prevenir a recaída ⇒ Avaliar os resultados da terapia	
Técnicas e estratégias	Explorar um panfleto construído idiosincraticamente acerca da ansiedade; Rever os princípios, estratégias e competências adquiridas; Antecipar desafios de potencial risco e planos de ação comportamentais; Comparar os ganhos com os objetivos definidos inicialmente; <i>Role play</i> e <i>role reversal</i> .

(*) – Estratégias que se mantiveram ao longo de todo o processo terapêutico;

sessões, o Sr. António identificou uma estabilização do quadro clínico exemplificando que: “percebi o que é a ansiedade e quando a estou a sentir uso as estratégias e tem dado resultado, porque eu agora sei como e quando as devo aplicar” (*sic*) e “estou a melhorar (...) tenho passado bem” (*sic*).

Posteriormente, na fase da continuação, de duas em duas semanas, objetivou-se potenciar e estabilizar os benefícios da fase anterior e, além disso, proceder-se a uma intervenção mais consistente que conduzisse à remissão do quadro clínico, reduzindo a probabilidade de recaída e aumentando o nível de funcionamento global. Os procedimentos aplicados nesta fase, aliados à atitude proactiva do Sr. António, permitiram a existência de ganhos terapêuticos exponenciais, favorecendo oportunidades de exposição e a redução de comportamentos de evitamento e de segurança expressos nos seguintes exemplos: “tenho almoçado todos os dias fora, só mesmo para ir ao restaurante testar (...) senti calor, mas comecei a respirar e fiquei bem (...) já me sinto melhor, já consigo virar a página e não ficar preso nos pensamentos” (*sic*); “já jogo futebol com o meu filho” (*sic*) e “finalmente já não ando com medicação atrás para me proteger” (*sic*). Para além disso o trabalho relativo ao treino de habilidades sociais potenciou os benefícios terapêuticos.

Por fim, mensalmente, pretendeu-se efetivar a generalização e manutenção dos ganhos, prevenindo a ocorrência de novos episódios, maximizando a recuperação funcional, a saúde mental, o bem-estar e a qualidade de vida através da contínua remissão do quadro clínico. De acordo com os *feedbacks* recolhidos,

perceciona que “já está tudo normal (...) sei que ultrapassei todas aquelas questões, sei que tenho o controlo (...) se a ansiedade vier (...) é só ansiedade, (...) não vou morrer por isto (...) preciso é de a gerir (...) por exemplo: focar-se no aqui e agora, respirar, aplicar as técnicas de distração e relaxar” (*sic*) e “agora estou muito bem (...) faço tudo o que queria fazer” (*sic*). Relativamente aos padrões comportamentais de auto e hétero afirmação, o Sr. António perceciona que “tenho consciência que sou mais assertivo e que isso foi o essencial para eu poder melhorar (...) vivo sem limitações” (*sic*).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Considerando a eficiência e eficácia da TCC no tratamento de perturbações de ansiedade, apresentou-se o caso do Sr. António que exibiu um conjunto de sintomas congruentes com o diagnóstico de Perturbação de Pânico com marcadas limitações e dificuldades na generalidade das suas esferas de vida. O processo terapêutico decorreu durante 7 meses, contemplando um total de 11 sessões de aproximadamente sessenta minutos.

Através do processo de avaliação, foi potenciada a recolha estruturada de dados operacionalizados (e.g., através de entrevista, observação direta, registo de automonitorização) que foram a base para a tomada de decisões informadas. Assim, foi possível uma compreensão eclética e adequada do problema permitindo realizar uma história clínica cognitivo-comportamental completa e – posteriormente – efetuar uma formulação onde foram analisados os fatores predisponentes/precipitantes e exploradas as possíveis hi-

póteses explicativas para o início, desenvolvimento e manutenção do quadro clínico. Desta forma, foi exequível enquadrar – de forma holística – múltiplas informações, permitindo a planificação e efetivação de uma intervenção adequada e integrada. Por seu turno, o processo de intervenção que foi desenvolvido, de forma colaborativa, com o Sr. António configurou-se como estruturado, circunscrito no tempo e orientado para objetivos graduais e metas específicas. O protocolo terapêutico foi planeado e efetivado em três fases, perspetivando sempre o Sr. António como tendo um papel ativo na gestão das dificuldades, na promoção da sua autonomia e na otimização do seu máximo potencial. Considerando que existe uma vasta panóplia de estratégias de intervenção ao dispor do psicólogo, no caso do Sr. António, foi a sua combinação que se revelou essencial. Destacam-se os procedimentos de psicoeducação, a reestruturação cognitiva, o treino de respiração diafragmática, as técnicas de distração, o treino de competências sociais (nomeadamente de assertividade e resolução de conflitos) e a exposição às situações indutoras de ansiedade como as estratégias chave na otimização do potencial do Sr. António. Conclui-se que a globalidade dos procedimentos explorados, aliados simbioticamente à atitude proactiva e autónoma do Sr. António, permitiram a promoção de competências que se traduziram em exponenciais ganhos terapêuticos bem como na potenciação da saúde e do bem-estar que culminaram na alta clínica. Comprovam-se, assim, as potencialidades e eficácia da TCC no tratamento de um caso de Perturbação de Pânico.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:* Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding:* Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

BIBLIOGRAFIA / REFERENCES

1. Bahls, S., & Navolar, A. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Psico UTP*, 2004, 4-11. Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. Intervenção. In: Leal, F. Pimenta, & M. Marques (Eds.), *Intervenção em psicologia clínica e da saúde: modelos e práticas*. Lisboa: Placebo Editora; 2012. p. 31 – 42.
2. Mota, R., Martins, C., & Vêras, R. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicol. Estud.*, 2006, 11 (2), 323–330.
3. Ito, L., Roso, M., Tiwari, S., Kendall, P., & Asbahr, F. Terapia cognitivo comportamental da fobia social. *Rev Bras Psiquiatr*, 2008, Suplemento II, 30, 96-101.
4. Olivares Olivares, P., Alcázar, Á., Alcázar, A. & Rodríguez, J. Intervención psicológica conductual y conductual-cognitiva: Primera y segunda generación de tratamientos. Madrid: Pirámide; 2022.
5. Knapp, P., & Beck, A. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr*, 2008, suplemento II, 30, 54-64.

6. Mululu, S., Menezes, G., Fontanelle, L., & Versiani, M. Terapias cognitivo comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. *Rev Psiquiatr Cli*, 2009, 36 (6), 221 -228.
7. Souza, I., & Cândido, C. Diagnóstico psicológico e terapia cognitiva: considerações atuais. *Rev Bras Ter Cogn*, 2010, 5 (2), 82-93.
8. Beck, J. *Cognitive behavior therapy: basics and beyond* (3ª ed.). The Guilford Press:2021.
9. Rosset, C. *Evaluación Psicológica: concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. Madrid: Sans y Torres; 2005.
10. Carvalho, P. S., Amaral, A. S. & Barbosa, M. M., Técnicas de intervenção Cognitivo-Comportamental nas perturbações de ansiedade. In: Carvalho, P. S., Silva, C. M. & Ramos, L., *Contributos da Psicologia na UBI: da teoria à prática*. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2022. p. 319 – 344.
11. Gouveia, J. P., Carvalho, S., Fonseca, L., Pânico, da compreensão ao tratamento. Climepsi Editores; 2007.
12. Maia, L., Correia, C., & Leite, R. *Manual prático de avaliação & intervenção neuropsicológica: estudos de caso e instrumentos*. Covilhã: Éditos Prometaicos; 2007.
13. Nogueira, V., & Cerejeira, J. Avaliação do doente em psiquiatria. In: C. Saraiva, & J. Cerejeira, *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel; 2014. p. 59-70.
14. APA. *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais - DSM-5* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi; 2014.
15. Young, J. E., Klosko J. S. & Weishaar, M. E. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press; 2003.
16. Buela-Casal, G., Sierra, J., Martínez, M., & Morales, E. (2009). Evaluación y tratamiento del pánico y agorafobia. En G. Buela-Casal, & J. Sierra, *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (págs. 73-131). Madrid: Bblioteca nueva