ISSN 1982-3541
Belo Horizonte-MG
2008, Vol. X, nº 1, 39-49

Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva

Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer

Effects of relaxation on anxiety and hopelessness in women suffering from cancer

Renata Ferrarez Fernandes Lopes [1]
Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia
Marlene Rodrigues Santos [2]
Clínica Particular, Uberlândia, MG
Ederaldo José Lopes[3]
Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia

Resumo

Este trabalho avaliou a eficácia do relaxamento progressivo para o controle da ansiedade e a desesperança em pacientes portadoras de câncer. Trinta mulheres, com idades entre 20 e 60 anos, responderam ao Inventário de Desesperança (IDB) e o de Ansiedade (IAB) Beck, aplicados antes e após o relaxamento. A intervenção foi feita durante oito semanas e incluiu uma entrevista inicial não-diretiva, a aplicação das escalas para o estabelecimento de linha de base, as técnicas de relaxamento e a reaplicação das escalas. Os resultados da ANOVA confirmam que o relaxamento foi capaz de baixar os escores médios do IAB em 9,3 pontos e do IDB em 0,98 ponto, mas este efeito não se prolongou ao longo das semanas.

Palavras-chave: Câncer, Relaxamento, Abordagem Cognitivo-comportamental.

Abstract

This paper evaluated the effectiveness of the progressive relaxation for the control of the anxiety and hopelessness in patients suffering from cancer. Thirty women, age between 20 and 60 years, took part in the research. The level of anxiety and hopelessness of each participant was evaluated through Beck's Hopelessness Scale (BHS) and Beck's Anxiety Inventory (BDI) administered before and after relaxation. The intervention lasted 8 weeks and included no-directive interview, the application of the scales for the establishment of baseline, relaxation and the re-administration of the scales. The ANOVA confirms that the relaxation was capable to lower the average scores in 9.3 points (BAI) and .98 point (BHS), but this effect did not last along the weeks.

Key-words: Cancer, Relaxation, Cognitive-behavior approach.

1 Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: rfernandeslopes@fapsi.ufu.br
2 Psicóloga Clínica, Especialista em Psicologia Clínica na Abordagem Comportamental-Cognitiva pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: clamar@netsite.com.br
3 Professor Associado do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: ederaldol@umuarama.ufu.br.

Introdução

Um dos maiores desafios das múltiplas formas de intervenção psicoterapêuticas, nas diversas abordagens psicológicas, são aqueles ligados a circunstâncias negativas de vida (Moorey, 1996/2005). A morbidade psicológica associada a doenças crônicas, em função do estresse contínuo experimentado pelo portador destes tipos de enfermidade, é um evento complexo inerente a circunstâncias adversas de vida e que gera muito sofrimento psíquico. Compreender tais circunstâncias e propor métodos adequados de intervenção constituem metas atuais para o trabalho do psicólogo e de equipes interdisciplinares.

Vários são os caminhos teóricos e técnicos de intervenção psicológica nas doenças crônicas. Dentre esses caminhos, as intervenções comportamentais se destacam por facilitar o ajustamento psicossocial em adultos e crianças (Redd, Montgomery & DuHamel (2001). O foco dessas intervenções varia amplamente desde sua utilização no treino/educação de pessoas com déficits intelectuais, na reabilitação de pacientes psiquiátricos institucionalizados, até o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento comportamentais a fim de controlar náuseas e vômitos em pacientes acometidos de câncer e submetidos a sessões de quimioterapia.

Os fundamentos teóricos das intervenções comportamentais podem ser encontrados nos trabalhos pioneiros do condicionamento feitos, sobretudo, por Pavlov (1927) e Skinner (1938, 1953/1989). Embora esses psicólogos não tenham elaborado modelos específicos para necessidades psicológicas específicas, eles enfatizaram o papel dos fatores ambientais sobre o comportamento. Nesse sentido, as intervenções comportamentais podem ser caracterizadas como práticas cujo objetivo é mudar as condições ambientais e sociais que impedem o desenvolvimento de estratégias e habilidades de enfrentamento nas diversas circunstâncias de vida por que passamos ao longo da vida.

A ampla aceitação do uso dessas intervenções comportamentais nos meios educacionais e médicos tem levado, cada vez mais, à sua utilização na resolução de problemas/situações complexas. Além disso, tem havido uma apreciação crescente do papel de outros fatores (cognitivos) sobre o comportamento. Desse modo, ao lado de uma abordagem que trata as questões psicológicas quase que exclusivamente em termos de mudanças ambientais e desenvolvimento de habilidades, aparece uma outra abordagem que leva em conta a mudança de crenças, atitudes e sentimentos das pessoas e os efeitos sobre o comportamento. Essa ampliação conceitual da intervenção comportamental resultou no que se convencionou chamar terapia/abordagem comportamental-cognitiva (Beck, 1996/2005; Salkovskis, 1996/2005). Os aspectos cognitivos são baseados no fato de que o afeto e o comportamento de uma pessoa são, em grande parte, determinados pelo modo como ela estrutura e representa o mundo. As suas cognições ("eventos" verbais ou pictóricos dentro do fluxo da consciência) são baseadas em atitudes ou pressuposições (esquemas desenvolvidos a partir das experiências anteriores ao longo da vida (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979/1997). Mais recentemente, a teoria cognitiva foi revista por Beck (1996/2005) para abarcar um conjunto de inter-relações dos vários sistemas que compõem a mente humana (cognitivo, afetivo e outros). Considerando esses aspectos e a exemplo do que fizeram Redd, Montgomery & DuHamel (2001), passou-se a considerar a expressão intervenção/abordagem cognitivo-comportamental.

Intervenções Cognitivo-Comportamentais no tratamento do câncer

Dentre as doenças crônicas, talvez aquela que tenha imposto maiores exigências profissionais em termos de prevenção e tratamento é o câncer, seja pelo sofrimento físico do paciente, seja pelas experiências psicológicas adversas provenientes das representações psicossociais que se têm desta doença. O sofrimento emocional vivenciado por pacien-

tes portadores de câncer tem várias origens, algumas relativas a eventos reais tais como medo das limitações impostas pela doença e seu tratamento (quimioterapia, radioterapia e intervenções cirúrgicas), medo da morte e outras são produtos de interpretações enviesadas da realidade como, por exemplo, as idéias auto- referenciadas autodepreciadoras ligadas à incapacidade de enfrentamento da vida e ao fracasso enquanto pessoa após o surgimento do câncer. Tanto os pensamentos negativos realistas quanto os distorcidos potencializam significativamente o estresse inerente à doença e a seus elementos biológicos favorecendo o aparecimento de comorbidades como a depressão e a ansiedade generalizada.

Cada vez mais as intervenções cognitivo-comportamentais vêm recebendo ampla aceitação do corpo médico e de pacientes acometidos de câncer. Esses procedimentos estão entre os mais oferecidos nos centros de tratamento do câncer nos Estados Unidos (Colluzi *et al*., 1995). Entre as razões para essa aceitação estão a imediatez do impacto positivo sobre o estresse negativo e sofrimento do paciente, a relativa facilidade de sua aplicação e a sensação de controle proporcionada ao paciente quando ele se sente muito vulnerável.

Vários procedimentos cognitivo-comportamentais têm sido usados no tratamento do câncer, mais especificamente sobre os efeitos colaterais severos do tratamento (Mundy, DuHamel & Montgomery, 2003; Redd, Montgomery & DuHamel, 2001), como no caso do emprego da quimioterapia. São eles : (1) manejo de contingências; (2) distração cognitivo/atencional; (3) hipnose/imagem distraidora; (4) dessensibilização sistemática; (5) imagem emotiva; (6) treino de relaxamento; (7) reestruturação cognitiva; (8) modelagem.

Dentre esses procedimentos, o treino de relaxamento (Vera & Vila, 1997) se destaca não só pela eficácia (Cayrou & Dolbeaut, 2002), mas pelo número de investigações sob condições controladas. O objetivo desta técnica é ensinar ao paciente como entrar num estado de relaxamento profundo, o que mostrou ser efetivo na redução da dor (Syrjala & Chapko, 1995) e ansiedade (Evans & Connis, 1995; McGrath & de Veber, 1986). O treino pode ser feito com um clínico ou usando uma fita de videotape e consiste em focalizar sobre imagens agradáveis, tensionar e soltar os músculos e/ou respirar profundamente. Com o desenvolvimento da prática, o paciente vai se tornando cada vez mais capaz de controlar seu nível de relaxamento, atingindo mais rapidamente o relaxamento profundo.

Syrjala, Donaldson, Davis, Kippes e Carr (1995) estudaram níveis de dor em quatro grupos de pacientes com câncer: (1) tratamento como controle usual; (2) suporte terapêutico; (3) treino em imagem e relaxamento; (4) treino em um pacote de habilidades de enfrentamento comportamental-cognitivas incluindo relaxamento e imagem. Os resultados confirmaram a hipótese de que os pacientes que receberam o treino de relaxamento e imagem sozinhos ou os pacientes que receberam o pacote de habilidades cognitivo-comportamentais relataram menos dor do que os pacientes dos dois outros grupos.

Luebbert, Dahme e Hasenbring (2001) realizaram um estudo de metanálise em que o tamanho dos efeitos dos pesos médios foi calculado sobre 12 categorias: sintomas relacionados ao tratamento (náusea, dor, pressão sangüínea, taxa de pulso) e ajustamento emocional (ansiedade, depressão, hostilidade, tensão, fadiga, confusão, vigor e humor total). Foram encontrados efeitos positivos significativos para os sintomas relacionados ao tratamento da doença. Além disso, o treino de relaxamento apresentou um efeito significativo sobre as variáveis de ajustamento emocional depressão, ansiedade e hostilidade. Dois estudos adicionais mostraram um efeito significativo do relaxamento sobre a redução da tensão e a melhora do humor total.

Baider, Peretz, Hadani e Koch (2001) estudaram dois grupos diagnosticados com câncer localizado, o grupo controle e o grupo de intervenção. Este último recebeu o treino de relaxamento muscular progressivo com imagem guiada. Foram aplicados o Inventá-

rio de Sintomas Breves (ISB) e a Escala de Impacto de Eventos (IES). Embora modestos, os resultados foram significativos, confirmando a eficácia do uso das técnicas comportamentais.

Sloman (2002) estudou os efeitos do relaxamento muscular progressivo e imagem guiada sobre a ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes australianos com câncer avançado. Embora não tenha havido melhora significativa na ansiedade desses pacientes, houve mudanças significativas na depressão e qualidade de vida.

Em um estudo aleatorizado controlado para avaliar a eficácia do treino de relaxamento progressivo sobre o manejo clínico da náusea e vômito relacionados à quimioterapia (Molassiotis, Yung, Yam, Chan e Mok, 2002). Os efeitos significativos positivos (diminuição da duração da náusea e vômito) apareceram principalmente após quatro semanas de quimioterapia, embora não tenha havido redução dos níveis de ansiedade.

Um outro fator relacionado à experiência com uma doença como o câncer diz respeito à desesperança que se pode experimentar em várias etapas do tratamento. Segundo Beck, Rush, Shaw e Emery (1979/1997), uma pessoa desesperançada acredita que seus problemas atuais são irreversíveis e que continuará a falhar e sofrer por seus fracassos. Percebem sua vida atual como um espaço apenas para experiências destituídas de satisfação em que imperam sentimentos de culpa e tristeza. Não vêem saída e nem possibilidade de melhora e vislumbram na morte uma forma de escapar destes pensamentos e emoções.

Estudos mostram que alguns pacientes com câncer em estágios avançados expressam o desejo de antecipação da morte. Geralmente, estes pacientes apresentam quadros depressivos importantes. Estudos como o de Tiernan *et al.* (2002) examinaram a relação entre sintomas depressivos e o desejo de antecipação da morte, seja por causas naturais ou pela prática de eutanásia em 142 pacientes com câncer em estado terminal cuidados por uma equipe médica e paramédica. Neste estudo, constatou-se que o desejo de antecipação da morte se correlacionava com escores altos para depressão, especialmente para um subgrupo de pacientes que não recebiam tratamento com antidepressivos.

Chochinov *et al.* (2005) examinaram o desejo de viver de 189 pacientes portadores de câncer em fase terminal, em função de variáveis como fatores existenciais (desejo de morrer, senso de dignidade, desesperança, "peso" para outras pessoas), fatores psiquiátricos (depressão, ansiedade, nível atencional, perspectivas), questões físicas (dor e náusea em termos de freqüência e severidade, apetite, fadiga, dispnéia, aparência, etc.), questões familiares (suporte e satisfação com familiares e amigos e cuidados médicos recebidos) e satisfação e qualidade de vida. O estudo concluiu que as variáveis existenciais, em especial a desesperança, o "peso" para os outros e senso de dignidade têm a maior influência sobre o desejo de viver.

Do que foi exposto até agora, pode-se concluir pela eficácia do treino de relaxamento na melhora ou alívio dos efeitos colaterais do tratamento do câncer. Entretanto, aspectos da cognição do paciente, sobretudo aquelas ligadas à visão negativa da doença e o medo da morte, podem ampliar os níveis de ansiedade e desesperança da pessoa portadora de câncer, que, muitas vezes, tornam-se tão severos e desagradáveis quanto os efeitos físicos colaterais do tratamento.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi verificar os efeitos do relaxamento sobre os níveis de ansiedade e de desesperança de pacientes diagnosticados com diferentes tipos de câncer e de estadiamento e a importância desta técnica comportamental para um protocolo de intervenção psicológica cognitivo- comportamental para esses pacientes.

Método

Participantes

Participaram deste estudo, 30 mulheres diagnosticadas com diferentes tipos de câncer, em diferentes estádios da doença,

com idade média de 40 anos e com liberação médica para treinos de relaxamento. A amostra foi contatada por meio de uma ONG (organização não-governamental) que administra uma casa de hospedagem e acolhimento para mulheres de baixa renda, portadoras de câncer, que fazem tratamento oncológico no Hospital Universitário de Uberlândia e residem fora da cidade. As pacientes foram encaminhadas por meio de triagem sócio-econômica (baseada na falta de recursos financeiros suficientes para custear sua hospedagem na cidade de Uberlândia) dos setores de pronto-socorro e de ambulatório do hospital para a ONG.

Material

Foram utilizados o Inventário de Desesperança de Beck (IDB) e o Inventário de Ansiedade de Beck (IAB) na versão validada para o Brasil (Cunha, 2001). Esses inventários são constituídos por itens que medem em nível escalar os construtos desesperança e ansiedade por níveis de intensidade.

O IDB foi desenvolvido como uma medida da intensidade do pessimismo ou da extensão das atitudes negativas frente ao futuro. Trata-se de uma escala dicotômica (exige respostas do tipo certo / errado) composta de 20 afirmações que avaliam o grau de desesperança do paciente (mede atitudes negativas referentes ao futuro e seu grau de pessimismo). Pode ser auto-administrada, embora permita igualmente uma administração oral e apresenta tanto validade ecológica (representatividade dos itens em relação ao conceito) quanto validade de construto (Cunha, 2001).

O IAB é uma escala de auto-relato que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. É uma escala composta de 21 itens para serem julgados em uma escala Likert de quatro pontos que mede sintomas de ansiedade (0 = não se incomodou absolutamente por causa deste sintoma; 3 = se incomodou gravemente por causa deste sintoma). Da mesma forma, a escala apresenta tanto validade ecológica quanto de construto (Cunha, 2001).

Para a apresentação da técnica de relaxamento, foi utilizado o CD com instruções de relaxamento progressivo "Relaxamento para todos: Controle o seu estresse" (Lipp, 2001).

Procedimento

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, a amostra foi contatada e dividida em seis grupos de cinco pessoas. A divisão do grupo foi aleatória e feita de modo a se obter um número ideal de pessoas para se conduzir o relaxamento de forma mais precisa e adequada. As pessoas de cada grupo foram as mesmas ao longo de toda a intervenção.

Todos os grupos passaram igualmente pelo seguinte procedimento, composto de duas etapas:

a) A primeira etapa foi composta por uma entrevista inicial, semi-estruturada, caracterizada pela escuta dos sentimentos demonstrados pelas participantes acerca da doença, a fim de estabelecer o "rapport". Nesta etapa, foram coletados dados pessoais, dados sobre o diagnóstico e conduta médica (tipo de câncer e tratamento com quimioterapia ou radioterapia), e atitudes e expectativas em relação à doença. Cada participante foi informada sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, concordou com os termos da pesquisa e autorizou a publicação dos dados.

b) A segunda etapa constituiu da aplicação coletiva dos Inventários de Desesperança (IDB) e de Ansiedade (IAB) de Beck, em cada um dos grupos, antes do procedimento de relaxamento progressivo para o estabelecimento de uma linha de base. Posteriormente, utilizou-se a técnica do relaxamento progressivo com as participantes, seguida de outra aplicação dos inventários com a finalidade de verificar mudanças nos níveis de desesperança e ansiedade da amostra.

Primeiramente, apresentou-se para o grupo as instruções para a aplicação do IDB e da IAB. A ordem da aplicação destes instrumen-

tos foi alternada nos grupos. Apresentou-se, na seqüência, a técnica comportamental e aplicaram-se novamente as escalas na mesma ordem em que foram apresentadas no início da sessão grupal, respeitando a alternância estabelecida nos grupos. A técnica comportamental teve inicio após as participantes se sentarem em uma cadeira em uma posição confortável e consistiu do treino em respiração diafragmática, solicitando que as participantes observassem, inicialmente, a própria respiração e identificassem os movimentos de inspiração e expiração, com as mãos tocando levemente o abdome. Em seguida, a respiração diafragmática era demonstrada pela terapeuta e as participantes a praticavam até conseguirem dominar a técnica. As participantes foram reforçadas positivamente em suas ações. Aplicou-se o relaxamento físico (progressivo muscular) e mental (Lipp, 2001) para o controle da ansiedade e desesperança. Os exercícios duraram em torno de 40 minutos, obedecendo à seqüência de tensão e relaxamento muscular descrita em Lipp (2001). O grupo aprendeu a reconhecer sinais de ansiedade e a usar o relaxamento ao longo de toda a semana, entre as sessões, e em especial quando percebessem sinais de ansiedade, visando ativar respostas biológicas de tranqüilidade. O procedimento foi reaplicado durante oito semanas consecutivas a fim de se verificar um possível prolongamento ou não dos efeitos da técnica comportamental.

Resultados

A análise dos dados foi realizada a partir dos escores médios dos inventários de ansiedade (IAB) e de desesperança de Beck (IDB) da amostra como um todo (30 participantes), ao longo de oito sessões de intervenção. Os dados das escalas, antes e depois do relaxamento, foram submetidos a uma análise de variância (ANOVA) mista (com o fator semana considerado intersujeitos e IAB e IDB considerados fatores intra-sujeitos). Os resultados da ANOVA foram significativos e confirmaram que o relaxamento foi capaz de baixar tanto os escores médios do IAB em 9,3 pontos [$F(1, 232) = 493{,}1$, $p < 0{,}001$] quanto os escores médios do IDB em 0,98 ponto [$F(1, 232) = 47{,}98$, $p < 0{,}001$] ao final de cada uma das sessões de relaxamento, mas este efeito não se prolongou ao longo das semanas (que pôde ser confirmado pela análise *post hoc* realizada pelo método de Bonferroni para os oito níveis da variável semana e que se mostrou não significativa, com $p > 0{,}05$).

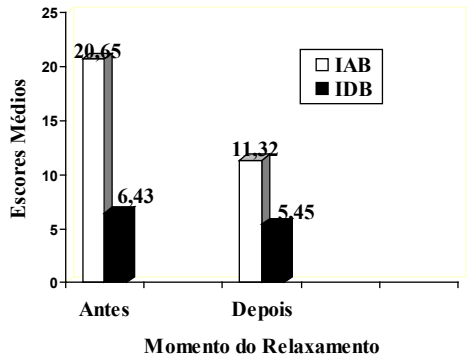


Figura 1: Comparação dos níveis médios de ansiedade (IAB) e desesperança (IDB) antes e depois do relaxamento muscular progressivo ao longo de toda a intervenção.

Análise dos níveis de ansiedade

Ao longo das oito sessões de intervenção, observou-se uma diminuição dos escores médios de ansiedade (IAB médio antes do relaxamento = 20,65; IAB médio após o relaxamento=11,32), conforme pode ser observado na Figura 1.

A Figura 2 apresenta o nível de ansiedade (ausente, leve ou moderada) do grupo como um todo em IAB, antes e depois do exercício de relaxamento progressivo, ao longo de toda a intervenção clínica. Observa-se que 80% das participantes (24) começaram sistematicamente as sessões apresentando escores moderados de ansiedade. Este primeiro subgrupo de participantes (com escores moderados de ansiedade), em sua

maioria, estava fazendo radioterapia (16) e algumas quimioterapia (4), e todas elas estavam diagnosticadas com tumores malignos, a grande maioria havia passado por cirurgia mutiladora (20) e apresentavam queixas de dor (15); 17% das participantes (5) apresentaram escore leve em IAB. Este segundo subgrupo de participantes estava iniciando seu tratamento médico, faziam radioterapia e não passaram por nenhuma cirurgia, além disso, não relatavam dor. Finalmente, 3% (1 participante) apresentou escore ausente para ansiedade e caracterizou-se por estar no final da radioterapia, e por apresentar boas estratégias de enfrentamento de problemas (boas habilidades de tomada de decisão e resolução de problemas), além de não relatar nenhuma dor.

Após a aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo, houve uma redução média significativa dos escores da Escala de Ansiedade (IAB) em cada uma das sessões, embora, conforme se afirmou anteriormente, esta diminuição não tenha se mantido de uma sessão para a outra. Nota-se que 80% (24 participantes) passaram a apresentar escores de ansiedade leve e apresentaram-se mais tranqüilas após a intervenção, mais dispostas a ajudar umas às outras, trocando experiências, se comunicaram mais e narraram sentimentos de bem-estar. Três participantes (10%) apresentaram um escore moderado da ansiedade após o relaxamento. Finalmente, outras três participantes (10%) apresentaram escores indicativos de ausência de ansiedade. Tratavam-se, no entanto, de participantes que apresentaram escores altos na avaliação anterior. Elas relataram que estavam se sentindo muito bem e caracterizavam-se por apresentarem pensamentos mais positivos em relação à vida.

Análise dos níveis de desesperança.

Ao longo das oito sessões de intervenção, observou-se uma diminuição dos escores médios de desesperança (IDB médio antes do relaxamento= 6,43 ; IDB médio após o relaxamento= 5,45), conforme pode ser observado na Figura 1.

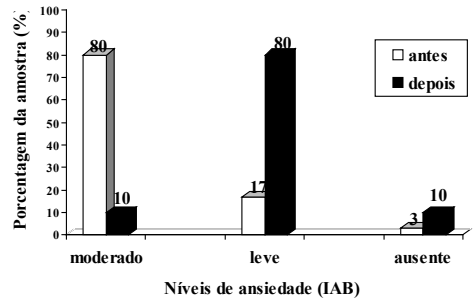


Figura 2: Porcentagem da amostra em relação aos níveis de ansiedade antes e depois do relaxamento muscular progressivo ao longo de toda a intervenção.

A Figura 3 mostra o nível de desesperança (ausente, leve ou moderada) do grupo como um todo em IDB, antes e depois do relaxamento progressivo, ao longo de toda a intervenção. Observa-se que 80% (24) dos participantes apresentaram escores leves de desesperança . Por outro lado, 17% (5) das participantes apresentaram escores moderados de desesperança. Ao serem indagados sobre possíveis fatores precipitantes de desesperança, este subgrupo relatou sentimentos de tristeza pela possibilidade de aumentar o número de sessões de radioterapia e de ciclos de quimioterapia, bem como outros sentimentos disfóricos em relação a ficarem mais tempo longe de sua casa e família em função do aumento do tempo de tratamento. No escore ausente de desesperança, ou seja, 3% (1), ficou a única participante que relatou pensamentos positivos em relação à vida e estratégias ativas de enfrentamento de problemas ligados à doença e à vida em geral.

Após o relaxamento muscular progressivo, pôde-se notar as diferenças nos escores da Escala de Desesperança (IDB). Desta forma 91% (27) das participantes passaram a apresentar escores leves de desesperança, possivelmente alterando suas interpretações subjetivas de sua doença. Por outro lado, 6% (2) da amostra passou a apresentar um escore ausente de desesperança. Apenas um participante (3%) manteve um escore moderado porque ele encarava muito negativamente

a possibilidade de ficar mais tempo em tratamento e apresentava idéias recorrentes de não conseguir superar a doença, além de relatar sentimentos de preocupação e tristeza associados a uma baixa auto-estima.

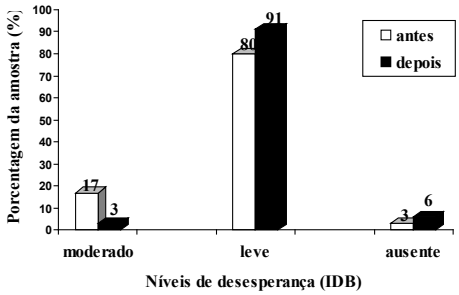


Figura 3: Porcentagem da amostra em relação aos níveis de desesperança antes e depois do relaxamento muscular progressivo ao longo de toda a intervenção.

Discussão

Quanto aos níveis de ansiedade, os resultados mostram que eles diminuíram quando se aplicou a técnica de relaxamento progressivo. A indução de relaxamento e a diminuição da ansiedade e do estresse negativo têm sido relatados na literatura. De acordo com Luebbert, Dahme e Hasenbring (2001), de um total de 19 estudos publicados até aquele ano, investigando a eficácia do uso de intervenções comportamentais, 13 mostraram a eficácia na redução de ansiedade e estresse negativo em pacientes com câncer. Evans e Connis (1995) mostraram a eficácia do treino de relaxamento na diminuição da ansiedade, estresse negativo e preocupações somáticas. Todavia, parece que a eficácia do treino de relaxamento na redução da ansiedade merece uma análise mais pormenorizada em função das amostras estudadas. Por exemplo, os estudos de Molassiotis, Yung, Yam, Chan e Mok (2002) e de Sloman (2002) mostraram uma não redução da ansiedade em suas amostras, o que mostra que o procedimento em si pode não ser o mais eficaz, ou que especificidades da amostra devem ser levadas em conta. Por exemplo, Kuttner, Bowman e Teasdale (1988) mostraram que o fator idade das crianças era um fator moderador de ansiedade e estresse negativo. As crianças mais velhas se beneficiaram mais dos procedimentos imaginais durante a hipnose do que as mais novas.

Embora este estudo não tenha empregado um grupo controle, os resultados são claros quanto aos efeitos do relaxamento sobre a redução da ansiedade nas sessões realizadas. De um lado, é preciso avaliar o resultado da técnica comportamental em si que, atuando sobre o sistema nervoso simpático, induz a uma redução de sua atividade, beneficiando o paciente por reduzir algo desagradável. De outro lado, a intervenção comportamental sozinha não é explicativa dos efeitos das percepções que os pacientes vão construindo ao longo das intervenções. Uma abordagem que leve em conta os aspectos cognitivos pode ser útil nesse momento. Embora o estudo não tenha tido o objetivo de testar a teoria dos modos de Beck (Beck, 1996/2005; ver Salkovskis, 1996/2005 para discussões), ela pode fornecer explicações ricas sobre as inter-relações de sistemas fisiológicos e os demais sistemas, em especial os sistemas cognitivo e afetivo/emocional. Essa teoria incorpora a noção de modos enquanto suborganizações específicas dentro da organização da personalidade. Os componentes relevantes dos sistemas básicos de personalidade são: (1) o sistema cognitivo, responsável pelas funções envolvidas no processamento da informação ligadas à atribuição de significados; (2) o sistema afetivo/emocional, responsável pelos estados de sentimento e suas nuances e combinações; (3) o sistema motivacional e comportamental que sustentaria o mecanismo de ativação ou inibição automática do organismo para a ação; (4) o sistema fisiológico, envolvido no processamento da informação sempre que um modo de ameaça é acionado. Este último sistema aciona ou inibe o sistema nervoso central e periférico e recebe "feedback" fisiológico dos músculos, a fim de mobilizar-se ou não para

a ação; (5) o sistema de controle consciente, que media as vontades, os objetivos e valores mais reflexivos conscientes, como, por exemplo, tornar-se livre de medos não razoáveis para atingir e resolver metas mais razoáveis para resolver problemas. Esses modos são uma teia de componentes cognitivos, emocionais, motivacionais e comportamentais. Nesse sentido, a ativação de qualquer um dos sistemas gera a energização (catéxis) de todos os outros sistemas em algum grau.

A teoria ainda pressupõe modos primitivos que incorporariam padrões imediatos e básicos derivados da evolução da espécie humana. A ansiedade é um dos conteúdos desses modos primitivos. Beck afirma que, quando um modo primitivo é ativado, todos os sistemas mantêm-se energizados por algum tempo depois que as circunstâncias ativadoras tenham desaparecido. Afirma também que atividades produtivas direcionadas a aumentar recursos primários e vitais (sobrevivência e procriação) podem ser manifestações de modos primitivos, funcionando como um modo primitivo, ganhando energia e enriquecendo o autoconceito à medida que o indivíduo aumenta recursos vitais.

Desse modo, a ativação dos vários modos a partir do treino de relaxamento pode promover "feedbacks" entre os vários sistemas, fazendo com que o modo primitivo, cujo conteúdo era de ansiedade, tenha sido substituído por um modo construtivo, gerando, ainda que momentaneamente, aumento na motivação para atingir metas. Além disso, mudanças no sistema cognitivo podem ter gerado interpretações de maior autocontrole e segurança. As participantes, ainda, podem ter melhorado o autoconceito a partir da ativação do sistema de controle consciente, criando estratégias de enfrentamento de medos e percepções errôneas, facilitando o processo de resolução de problemas.

Por outro lado, Beck (1996/2005) afirma que a ativação dos modos primitivos e dos modos em geral permanece por algum tempo depois que os estímulos internos ou externos que os geraram tenham cessado seu efeito. Isso sugere que o efeito da diminuição da ansiedade pode ter se prolongado por algum tempo após a sessão de treino de relaxamento, mas não permaneceu durante toda a semana. O treino de relaxamento pode ser visto como uma excelente técnica para a formação do vínculo terapêutico, que é o objetivo inicial das terapias cognitivo-comportamentais. Todavia, outras técnicas comportamentais e cognitivas podem ser mais eficientes quando usadas em conjunto.

Quanto à desesperança, no geral, a amostra apresentou índices relativamente baixos, o que foi melhorado ainda mais pelo relaxamento. Pode-se dizer que o efeito do relaxamento não causou, mas foi importante na redução dos sentimentos de desesperança. Recorrendo novamente à teoria dos modos de Beck (1996/2005), pode-se verificar uma unidade psicobiológica essencial no organismo humano, ou seja, os sistemas trabalhando de forma interligada possivelmente transformariam significações iniciais de desesperança do sistema cognitivo a partir de alterações nos outros sistemas, como, por exemplo, o afetivo e o fisiológico. Não havia, entretanto, nenhum caso de desesperança grave, pelo menos avaliado pela escala utilizada. Novos estudos se fazem necessários para verificar o efeito do relaxamento em casos de altos níveis de desesperança.

Considerando que vários estudos mostram que a aderência ao tratamento psicoterápico está diretamente ligado aos níveis de desesperança do paciente, o relaxamento progressivo muscular pode ser considerado parte essencial do protocolo psicoterápico de pacientes portadores de câncer. Isto porque essa técnica comportamental parece promover não apenas modificações nos níveis de ansiedade, mas, ao alterar níveis de desesperança e ao ativar modos construtivos, ela pode ser eficaz na formação de vínculo, nas motivações do paciente e, por generalização dos seus efeitos, poderia facilitar o engajamento do paciente em outras técnicas psicoterápicas produzindo efeitos de longo prazo.

Conclusões

É importante destacar que as participantes deste estudo permaneciam internas na casa abrigo para realizar o tratamento do câncer. Por que o relaxamento não prolongou os efeitos benéficos ao longo das semanas?

Uma hipótese diz respeito ao fato de as mulheres permanecerem em tratamento e lidar com os desafios de uma doença severa como o câncer, podendo suscitar crenças de vulnerabilidade e perigo, elevando o nível e a manutenção da ansiedade durante o tratamento, ao mesmo tempo que impede a manutenção dos efeitos do relaxamento por mais tempo, ou seja, para além das sessões. Uma outra hipótese é que, embora tenham sido treinadas a usar o relaxamento fora das sessões, elas possam não tê-lo exercitado o tempo necessário fora da sessão.

Ademais, em indivíduos ansiosos, o mecanismo de atenção seletiva, juntamente com alterações fisiológicas e mudanças comportamentais, atuam em forma de círculos viciosos, sendo responsáveis pela manutenção da ansiedade (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Clark, 1986; Clark & Beck, 1988). Esta é uma hipótese de trabalho que necessita de teste em outros estudos.

Finalmente, estudos posteriores sobre a introdução de técnicas cognitivo-comportamentais que trabalhem com pensamentos e crenças devem ser realizados com a finalidade de se construir um protocolo mais amplo de tratamento da ansiedade e desesperança em pacientes portadores de câncer. Contudo, como já foi salientado anteriormente, o relaxamento progressivo deve ser uma técnica indispensável neste protocolo.

Referências Bibliográficas

Baider, L., Peretz, T., Hadani, P. E. & Kock, U. (2001). Psychological intervention in cancer patients : a randomized study. *General Hospital Psychiatry, 23,* 272-277.

Beck, A (2005). Além da crença: Uma teoria de modos, Personalidade e Psicopatologia. In P. Salkovskis (Ed.), *Fronteiras da terapia cognitiva.* (pp. 21-40) São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1996).

Beck, A. T.. Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias.* New York: Basic Books.

Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979/1997). *Terapia cognitiva da depressão.* Porto Alegre : Artes Médicas. (trabalho original publicado em 1979).

Cayrow. S. & Doulbeaut. S. (2002). Development of relaxation techniques in oncology. *Bulletin Cancer, 89,* 845-856.

Chochinov, H. M., Hack, T., Psych, C, Hassard, T., Kristjason, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Understanding the will to live in patients nearing death. *Psychosomatics, 46*, 7-10.

Clark, D. M. (1986). Cognitive therapy for anxiety. *Behavioural Psychotherapy, 14,* 283-294.

Clark, D. M. & Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches. In C. G. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders*. (pp. 362-385) New York: Pergamon.

Colluzi, P. H., Grant, M., Doroshow, J. H., Rhiner, M., Ferrel, B. & Rivera, L. (1995). Survey of provision of supportive care services at National Cancer Institute-designed cancer centers. *Journal of Clinical Oncology. 13,* 756-764.

Cunha, J. A . (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck***.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

Evans R. L. & Connis, R. T. (1995). Comparison of brief group therapy for depressed cancer patient receiving radiation treatment. *Public Health Report, 110,* 306-311.

Kuttner L, Bowman, M. & Teasdale, M. (1988). Psychological Treatment of distress, pain, and anxiety for young children with cancer. *Journal of Development Behavior Pediatric, 9,* 374-381.

Lipp, M. (2001). *Relaxamento para todos: controle o seu estresse* . Campinas: Papirus Editora.

Luerbbert, K., Dahame, B. & Hansenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment- related symptoms and improving emotional adjustament in acute non-surgical cancer treatment: Meta-analytic review. *Psycho-Oncology, 10,* 490-502.

McGraph, P. A & de Verber, L. L. (1986). The management of acute pain evoked by medical procedures in children with cancer. *Journal Pain Symptom Manage, 1,* 145-150.

Molassiotis, A., Yung, H. P., Yam, B. M. C. & Mok, T. S. K. (2002). The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer, 10,* 237-246.

Morrey, S. (2005). Quando coisas ruins acontecem a pessoas racionais: Terapia cognitiva em circunstâncias adversas de vida. In P. Salkovskis (Ed.), *Fronteiras da terapia cognitiva.* (pp. 389-404) São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1996).

Mundy, E. A., DuHamel, K. N. & Montgomery, G. H. (2003). The efficacy of behavioral interventions for cancer treatment – related side effects. *Seminaries in Clinical Neuropsychiatry, 8,* 253-275.

Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes.* New York: Macmillan.

Redd, W. H, Montgomery, G. H., & DuHamenl. K. N. (2001). Behavioral Intervention for cancer treatment side effects. *Journal of National Cancer Institute, 93,* 810-823.

Salkovskis, P. (2005). *Fronteiras da terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1996).

Skinner , B. F.(1938). *The behavior of organisms.* New York. Free Press.

Skinner, B. F. (1989). *Ciência e comportamento humano.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).

Sloman. R . (2002). Relaxation and imagery for anxiety and depression control in community patients with advanced cancer. *Cancer Nursing, 25,* 432-435.

Syrjara, K. L., Donaldson, G. W., Dawis, M. W., Kippes, M. E. & Carr, J. E. (1995). Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: controlled clinical trial. *Pain, 63,* 189-198.

Syrlaja, K. L. & Chapko, M. E. (1995). Evidence for biopsychosocial model of cancer treatment – related pain. *Pain, 61,* 69-79.

Tiernan, E., Casey, P., O`Boyle, C., Birkbeck, G., Mangan, M., O´Siorain, L. & Kearney, M. (2002). Relations between desire for death, depressive symptoms and antidepressant prescribing in terminally ill patients with cancer. *Journal of the Royal Society of Medicine, 95,* 386-390.

Vera, M. N. & Vila, J. (1997). Técnicas de relaxamento. In V.E. Caballo (Ed.),__*Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento.* São Paulo: Editora Santos.

Recebido em: 15/05/2007
Primeira decisão editorial em: 29/10/2007
Versão final em: 06/04/2008
Aceito para publicação em: 10/03/2008