

## TRANSTORNO DO PÂNICO E AGORAFOBIA

### O medo de sentir o medo

© Todos os direitos reservados

Por: Mariuza Pregnolato, 2006.

"Eu estava sozinha no escritório e de nada, sem motivo nenhum, comecei a estranhar as sensações que vinham de dentro do meu corpo. Fiquei com muito medo, pois achei que estava tendo um ataque cardíaco. Meu coração acelerado, meus braços dormentes, tontura, náuseas... Saí correndo do escritório, deixei tudo aberto, parecendo uma louca no meio da rua. Sorte que tinha um dinheiro e peguei um táxi. Quando chequei em casa, ainda continuava aquela sensação horrível. Demorou para melhorar, mas, quando melhorou, percebi que eu não era mais a mesma, pois estava com pavor que acontecesse novamente. Faltei do serviço dois dias..."

*Depoimento de uma paciente acerca de seu primeiro ataque de pânico.*

### ABSTRACT

This paper presents an up-to-date view of Panic Disorder and Agoraphobia, demonstrating how these psychopathologies are currently being handled by health professionals, especially those from the Psychology area. It begins by offering the elements which compose a picture of the disease, the main researches made on this area, the history of panic disorder and its definition, symptoms, diagnosis, prevalence and etiological hypothesis. The different methods of treatment currently adopted are only briefly explained, for the focus of this paper is the handling of panic disorder by the Behavioral and Cognitive Therapy model and the recent findings on these proceedings.

**Keywords:** Behavioral and cognitive therapy; panic disorder; agoraphobia; anxiety.

### RESUMO

A proposta deste texto é oferecer um panorama atualizado do Transtorno do Pânico e da Agorafobia, buscando mostrar como essa patologia vem sendo entendida atualmente pela área da saúde, particularmente pelos profissionais de Psicologia. Inicialmente, são introduzidos os elementos que compõem o retrato da patologia, as pesquisas realizadas sobre o assunto, seguidos de um histórico do transtorno, sua conceituação, sintomatologia e diagnóstico, prevalência e hipóteses etiológicas. As várias modalidades de tratamento do transtorno do pânico são mencionadas de forma sintética, dispensando-se maior ênfase ao manejo do transtorno do pânico pela Terapia Comportamental e Cognitiva e os resultados que vêm sendo obtidos com essa prática.

**Palavras-chave:** terapia comportamental e cognitiva; transtorno do pânico; agorafobia; ansiedade.

## 1. O TRANSTORNO DO PÂNICO

### 1.1. Introdução

Dentre os transtornos de ansiedade, o transtorno de pânico e a agorafobia estão entre os quadros mais frequentes e incapacitantes na vida do indivíduo, por limitarem significativamente a sua mobilidade e autonomia,

gerando isolamento e, assim, afetando negativamente sua vida. O prejuízo estende-se do âmbito pessoal ao social, afetivo e profissional (Rangé & Bernik, 2001). Segundo estudo realizado por Melillo (2006) com população brasileira, o índice atual de desemprego entre os portadores do transtorno de pânico é significativamente maior do que entre as pessoas que não apresentam esse quadro.

A agorafobia instala-se em decorrência de respostas de fuga ou evitação às perturbadoras sensações geradas pelas reações simpáticas intensas e repentinas que caracterizam o ataque inicial de pânico. Dentre esses sintomas, destacam-se: falta de ar, taquicardia, tremores, vertigens, tonteados, sudorese, náuseas, formigamentos, pernas bambas, dor no peito, etc., bem como ideias relacionadas ao pavor de morte por asfixia ou ataque cardíaco, de ficar louco, de perder os sentidos ou da perda total do controle (Rangé & Bernik, 2001).

Segundo estudos realizados pelo National Institute of Mental Health, aproximadamente um terço das pessoas com transtorno de pânico tornam-se agorafóbicas, evitando situações e lugares em que possa haver menor probabilidade de obterem ajuda, caso sejam acometidas por um novo ataque de pânico (Robins & Regier, 1991).

Os primeiros episódios de pânico tendem a iniciar-se na adolescência e início da juventude, mas podem ocorrer em qualquer idade e vir a instalar-se como transtorno durante toda a vida adulta (Kessler et al., 2005). Em virtude da natureza traumática dos primeiros episódios, supõe-se que as avaliações cognitivas errôneas de um grave e iminente perigo (como o de morrer ou perder totalmente o controle sobre si mesmo) aumentem a ativação do medo. Este, por consequência, intensificaria ainda mais o medo de voltar a ter as mesmas sensações, criando-se um círculo vicioso que passou a ser comumente denominado como "medo do medo".

Segundo Craske & Lewin (2003), a antecipação ansiosa do pânico pode ser a variável determinante para aumentar a probabilidade de um novo ataque, razão pela qual propõem que o transtorno de pânico deva ser considerado basicamente como uma fobia aos estímulos corporais internos.

No presente trabalho, será dado enfoque maior ao tratamento do transtorno do pânico pela ótica da Terapia Comportamental e Cognitiva.

## **1.2. Histórico**

Embora existam relatos anteriores ao século XIX de sintomatologia bastante similar àquela hoje associada ao transtorno do pânico, bem como descrições de alguns desses sintomas que remontam à antiguidade (Nardi & Valença, 2005), antes dos anos 80 muito pouca atenção era dada a essa patologia pela classe médica. Até então, o foco dos pesquisadores estava mais voltado para os quadros de ansiedade em geral, que não valorizava o papel da ansiedade antecipatória e da esquivas fóbica na origem e manutenção do quadro.

Segundo Kapczinski, até essa época todos os transtornos oriundos de causas ansiogênicas eram considerados uma mesma doença, embora pudessem receber diferentes nomes em função da preponderância de uma determinada classe de sintomas. É o caso do "transtorno do coração irritável", descrito a partir dos sintomas de forte aceleração no ritmo cardíaco de soldados norte-americanos durante a guerra civil, na década de 1860 (Kapczinski et al. 2003).

Em 1895, ao formular o conceito de neurose de ansiedade, Freud propôs uma diferenciação entre as formas tônicas e ictais da ansiedade, descrevendo esta última como hoje descrevemos o ataque de pânico, mas referindo-se basicamente à agorafobia e à neurose de ansiedade. (Freud, 1969).

Outros estudos, anteriores a 1980, contribuíram para a formulação do diagnóstico do transtorno de pânico, mas foi principalmente graças às pesquisas realizadas por Klein, em 1959, sobre os efeitos da imipramina em pacientes diagnosticados como esquizofrênicos, que se obtiveram contribuições decisivas para o estabelecimento dos critérios para o transtorno de pânico com ou sem agorafobia (Klein, 1964). Sua classificação diagnóstica oficial, como entidade nosológica distinta, ocorreu somente em 1980, com a publicação do DSM-III, pela Associação Psiquiátrica Americana. Posteriormente, com a publicação do DSM-IV, em 1994, o transtorno de pânico assumiu os contornos que possui atualmente.

## **1.3. Conceituação**

O transtorno de pânico caracteriza-se por episódios repentinos e recorrentes de forte ansiedade e medo, acompanhados de uma série de sintomas físicos e cognitivos intensos e muito desagradáveis. Embora os sintomas desapareçam espontaneamente após alguns minutos de seu início, o caráter fortemente aversivo da experiência deixa

no indivíduo um forte e contínuo medo de vir a ter outros ataques, o que configura a ansiedade antecipatória. Alguns episódios podem ocorrer espontaneamente, sem um gatilho motivacional aparente, enquanto outros aparentam estar predispostos por determinadas motivações situacionais.

No entendimento de Barlow (1988), a antecipação ansiosa em relação ao ataque de pânico acarreta o aumento da probabilidade de sua ocorrência criando, assim, condições favoráveis à instalação do transtorno. O autor propõe que essa ativação, provavelmente, intensifique os sintomas que já chegaram a converter-se em sinais condicionados para o pânico e/ou aumente o grau de vigilância em relação a esses sintomas. Desta forma, é estabelecido um ciclo de manutenção entre a ansiedade antecipatória em relação ao ataque de pânico e o próprio pânico.

Em virtude desse quadro, a pessoa tende a adotar comportamentos de fuga ou evitação, podendo tornar-se agorafóbica pela expectativa que desenvolve de vir a sentir-se mal novamente num dado local ou situação. Como não são todos os portadores de transtorno do pânico que desenvolvem esquiva fóbica ou têm suas vidas desorganizadas por ele, Pizol (2003) sugere que fatores constitucionais, aspectos psicológicos, experiências prévias, características do ataque e do contexto em que ocorreram, além de outras variáveis, possam determinar a instalação da agorafobia.

#### **1.4. Sintomatologia e Diagnóstico**

O DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiatria Americana (APA, 2000) descreve o ataque de pânico como um estado emocional que pode estar relacionado a qualquer transtorno de ansiedade, diferenciando-o em três grupos: inesperados, situacionalmente determinado e situacionalmente predisposto. Também faz duas diferentes categorizações diagnósticas em função da presença ou ausência do mecanismo de esquiva: transtorno de pânico com agorafobia e transtorno de pânico sem agorafobia.

Segundo os critérios do DSM-IV, para que seja fechado o diagnóstico do transtorno do pânico deve haver a ocorrência de ataques de pânico recorrentes e inesperados, em que estejam presentes, no mínimo, quatro dos seguintes sintomas: sudorese ou calafrios; palpitações ou ritmo cardíaco acelerado; aperto, dor ou desconforto no peito; náuseas ou mal-estar abdominal; parestesias (sensações de dormência ou formigamento); sensação de fraqueza, de falta de ar ou asfixia, de sufocamento; ondas de frio ou de calor; tremer ou sacudir-se; desrealização (sentimentos de irrealidade); despersonalização (sentir-se destacado de si mesmo); medo de perder o controle, de morrer ou de ficar louco. Também pode-se fechar o diagnóstico na ocorrência de um único episódio se, além dos quatro critérios mínimos mencionados acima, o episódio for seguido de uma antecipação ansiosa e incapacitante em relação a futuros ataques. Outros critérios que devem estar presentes: preocupação quanto às conseqüências ou implicações do ataque, presença de significativas alterações comportamentais relacionadas aos ataques e a persistente expectativa de passar novamente pela experiência. Quando tratar-se do transtorno de pânico com agorafobia, acrescenta-se a evitação de lugares e situações públicas em que o paciente acredita haver dificuldades para obter ajuda, caso ocorram sintomas de pânico. Em outras palavras, os critérios diagnósticos para transtorno do pânico sem agorafobia são idênticos aos critérios para transtorno do pânico com agorafobia, com exceção das referências a medos e evitações agorafóbicas (APA, 2000).

No Brasil, o sistema de classificação psiquiátrica adotado é o CID 10 – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, publicado pela Organização Mundial de Saúde. Segundo Rangé & Bernik,

“Infelizmente, a CID-10 sofreu forte influência de grupos de psiquiatras europeus que enfatizaram excessivamente o papel da agorafobia na gênese das crises de pânico (sem evidências epidemiológicas) e colocaram o transtorno de pânico quase como um diagnóstico de exceção residual, no capítulo F41” (Rangé & Bernik, 2001, p. 150).

Como resultado desse enfoque, o transtorno do pânico é descrito pelo CID-10 como um quadro que apresenta recorrentes ataques de intensa ansiedade, que não se limitam a situações ou circunstâncias específicas, sendo, portanto, imprevisíveis. Os sintomas variam de pessoa para pessoa, mas são comuns: palpitações, dor no peito, sensação de desfalecimento, vertigem e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização); medo de estar morrendo, enlouquecendo ou perdendo o controle. As crises duram alguns minutos, mas podem ser mais prolongadas. A frequência e o curso são variáveis e predominante em indivíduos do sexo feminino. O local, atividade ou situação em que se deu a crise passa a ser evitado. Para o diagnóstico definitivo é necessária a ocorrência de

diversos ataques de grande intensidade no período de um mês, em circunstâncias nas quais não havia perigo objetivo, que não se restrinjam a situações determinadas sendo, portanto, imprevisíveis e com relativa liberdade de sintomas ansiosos nos intervalos entre as crises, podendo existir ansiedade antecipatória (OMS, 1993).

Para Craske & Lewin (2003), a experiência de pânico ocorre a partir de um conjunto de sintomas físicos e cognitivos que dão-se de forma recorrente, inesperada ou não, e se distingue tanto da ativação ansiosa, que cresce gradualmente, quanto das reações fóbicas diante de estímulos específicos e facilmente identificáveis.

Rangé & Bernik (2001) destacam a importância de um cuidadoso diagnóstico diferencial, dada a freqüente possibilidade de ocorrência de episódios isolados de pânico ou semelhantes em função de outros transtornos psiquiátricos, como fobia social, fobia simples e outros transtornos ansiosos; de doenças físicas, como hipertireoidismo, prolapso da válvula mitral, labirintite, hipoglicemia e fenocromocitomas; uso de substâncias como a maconha, a cocaína, anfetaminas e alucinógenos; e, finalmente, síndromes de abstinência por descontinuação do consumo de álcool, benzodiazepínicos e outros hipnóticos. Kapczinski et al. (2003) incluem, ainda, o TOC (transtorno obsessivo-compulsivo), o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno de estresse pós-traumático, além de alertar para a ocorrência de outras situações clínicas bastante comuns:

“Os problemas cardíacos, em geral, são os mais facilmente confundidos. Quadros como infarto, angina e arritmias podem ter características semelhantes aos ataques de pânico, mas apresentam alteração no eletrocardiograma, enquanto no transtorno de pânico o exame é normal. A asma precisa ser diferenciada dos ataques de pânico, já que também apresenta a falta de ar e a sufocação. Os calorões da menopausa também podem confundir alguns pacientes. Alterações endócrinas, principalmente da tireóide, também podem causar sintomas de ansiedade. Há substâncias que podem desencadear um ataque de pânico típico. A cafeína é a mais comum, tendo importância pelo grande consumo no Brasil. Além disso, drogas estimulantes, principalmente as anfetaminas e a cocaína, também causam sintomas de irritação e ansiedade bastante intensos.” (Kapczinski et al. 2003, p. 18).

Nem sempre o diagnóstico diferencial é uma tarefa fácil, visto que o sintoma pode ser idêntico ou se sobrepor a outras categorias diagnósticas, sendo diversas apenas as razões ou motivações geradoras do sintoma. Isso ocorre, por exemplo, com alguns critérios presentes no transtorno de pânico com agorafobia, na fobia social generalizada, no transtorno da personalidade esquiiva, das personalidades dependentes, esquizóide e esquizotípica.

Segundo Beck et al. (2005), ao fazer um diagnóstico diferencial, também é importante que se conheçam as crenças e os significados associados aos vários sintomas, além de investigar o curso histórico dos padrões de esquiiva. Estes autores argumentam que:

“As pessoas com pânico e agorafobia apresentam evitação comportamental e social, semelhante à evitação que vemos no TPE (transtorno de personalidade esquiiva). Entretanto, as razões dessa evitação são bem diferentes. A evitação encontrada em pessoas com pânico e agorafobia é incentivada pelo medo de um ataque de pânico, sensações associadas a ataques de pânico ou distância de um lugar ou pessoa seguros que possam ‘salvá-los’ de desastres pessoais (físicos ou mentais). A evitação no TPE é incentivada pelo medo de críticas ou rejeição social nos relacionamentos.” (Beck et al, 2005, p. 249).

Existe uma grande probabilidade de ocorrência de comorbidades para o transtorno do pânico, especialmente transtornos de ansiedade ou afetivos. Dentre os transtornos de ansiedade, os mais freqüentes são as fobias específicas, fobia social e ansiedade generalizada (que pode anteceder e/ou suceder o episódio de pânico). Dentre os transtornos afetivos, a depressão é a mais freqüente, especialmente em quadros de longo prazo e não-tratados. Também observa-se que a incidência da depressão é diretamente proporcional à evitação agorafóbica (Barlow et al., 1986).

Alguns autores, como Shinohara (2003), ressaltando o aspecto positivo do medo, destacam que as reações físicas (o que se sente), as comportamentais (o que se faz) e as cognitivas (o que se pensa), emitidas ou eliciadas enquanto se está com medo são, todas elas, respostas adaptativas diante de uma possível situação de perigo. Enfatiza que o ponto comum entre os portadores do medo patológico refere-se ao alto grau de sofrimento advindo desses três âmbitos: os sintomas da ansiedade (taquicardia, tontura, falta de ar, etc.), a forma das pessoas pensarem quando estão diante de situações temidas e o comportamento de evitação, que as restringe progressivamente.

### **1.5. Prevalência**

O transtorno do pânico tende a apresentar um curso crônico, afetando cerca de 3,5% da população geral ao longo da vida, segundo Nardi & Valença (2005). Kessler et al. (1994) haviam encontrado essa mesma taxa de incidência num estudo realizado com a população americana durante o período de um ano, selecionando os sujeitos a partir dos critérios diagnósticos do DSM-III-R. Numa recente replicação da mesma pesquisa, agora baseando-se nos critérios do DSM-IV, estes autores identificaram que cerca de seis milhões de norte-americanos com idade acima de 18 anos, o que equivale a 2,7% desta faixa etária de população, apresentaram transtorno de pânico no período de um ano (Kessler et al., 2005).

Quanto à sua prevalência por sexo, pesquisas indicam uma tendência maior entre as mulheres: No transtorno de pânico com agorafobia é de aproximadamente 4,1 mulheres para cada homem e no transtorno de pânico sem agorafobia situa-se em 1,3 mulheres para cada homem, segundo Clum & Knowles (1991). Segundo o DSM-IV, o transtorno do pânico sem agorafobia é diagnosticado com o dobro de frequência em mulheres e o transtorno do pânico com agorafobia é diagnosticado com frequência três vezes maior no sexo feminino. No entanto, alerta para a presença de diferenças culturais e étnicas que, em alguns casos, restringem a participação das mulheres na vida pública, o que influencia na incidência da agorafobia (APA, 2000). Estudos epidemiológicos com a população americana detectaram que, independentemente de gênero, uma em cada três pessoas com transtorno do pânico desenvolve agorafobia (Robins & Regier, 1991).

### **1.6. Hipóteses Etiológicas**

Recentes estudos demonstram haver uma variedade de fatores implicados na gênese do transtorno do pânico, incluindo variáveis de ordem biológica, genética, psicológica e ambiental, como também em decorrência de outras patologias previamente existentes. Entretanto, não há consenso sobre a predominância de uma ou outra.

Atualmente, as hipóteses mais amplamente aceitas sobre a fisiopatologia do transtorno do pânico baseiam-se nos mecanismos de funcionamento dos neurotransmissores e neuromoduladores do sistema nervoso central. No entanto, a doença vem sendo abordada e pesquisada em seus diferentes aspectos gerando, assim, diferentes modelos explicativos, aparentemente não excludentes entre si. Rangé & Bernik destacam: (a) modelos metabólicos e do alarme de sufocação; (b) modelos neuroquímicos; (c) modelo noradrenérgico; (d) modelo serotoninérgico; e (e) modelo gabaérgico (Rangé & Bernik, 2001).

Embora muitos estudiosos enfatizem os fatores biológicos como principais determinantes para o surgimento do transtorno de pânico, argumentando que 35% dos parentes de primeiro grau dos pacientes com esta doença sofrem do mesmo problema, (Rangé & Bernik, 2001), há críticas a essa correlação, que poderia ser igualmente justificada por argumentos de outra ordem. É o caso, por exemplo, de fatores ligados às relações familiares e sua implicação na aprendizagem de comportamentos em geral, especialmente a suscetibilidade à ansiedade.

Manfro et al. (2002) pesquisou a correlação entre transtorno de pânico em adultos e o transtorno de ansiedade na infância, através de avaliação retrospectiva em 84 pacientes brasileiros. Os resultados mostraram que 59% dos adultos com transtorno do pânico apresentavam história de ansiedade na infância. Também foi encontrada uma associação significativa entre a história de transtorno de ansiedade generalizada na infância e a presença de comorbidades na vida adulta, especialmente transtorno do pânico, agorafobia e depressão.

Clark (1986) construiu um modelo explicativo para o transtorno do pânico, no qual enfatiza variáveis cognitivas: Segundo ele, episódios de pânico decorrem de interpretações catastróficas e equivocadas sobre algumas sensações corporais que disparariam o sistema simpático gerando, por sua vez, novas sensações corporais alarmantes. Isso ocorreria no indivíduo que tende a superdimensionar as conseqüências de suas sensações, gerando ainda mais ansiedade, num movimento em espiral rápida e crescente. Beck (1985) formulou uma hipótese similar à de Clark, porém aprofundando-se nos esquemas disfuncionais que estariam presentes nos transtornos de ansiedade em geral, especialmente o esquema da vulnerabilidade, as distorções perceptivas e os pensamentos automáticos. Também valorizou a importância dos recursos pessoais no enfrentamento de situações percebidas como ameaçadoras.

Barlow (1988) propõe que o primeiro episódio de pânico nada mais é do que um "alarme falso" a um aumento passageiro no nível de estresse, em pessoas biológica ou psicologicamente vulneráveis. O transtorno do pânico instalar-se-ia – dependendo de variáveis culturais e sociais – pelo estado de grande apreensão do indivíduo em

relação a ataques futuros, pois geraria associações de medo condicionadas a diferentes aspectos do contexto em que ocorreu o primeiro ataque, incluindo a proximidade da situação e os sintomas da ativação.

A hipótese da sensibilidade à ansiedade foi formulada por Reiss & McNally (1985). Segundo esses autores, algumas pessoas mais sensíveis à ansiedade e portadoras de crenças preexistentes sobre a possível periculosidade de determinados sinais corporais tenderiam a reagir com medo, criando as condições favoráveis à instalação do transtorno do pânico. Neste modelo, uma taquicardia seria interpretada como aviso de um ataque cardíaco iminente, por exemplo. McNally & Lorenz (1987) afirmam que indivíduos portadores do transtorno do pânico possuem crenças e temores mais pronunciados em relação aos prejuízos físico e mental que poderiam decorrer de algumas sensações corporais específicas (In: Craske & Lewin, 2003, p. 116).

Isolan et al. (2001) destacam a existência de uma alta prevalência de asma e de outras doenças respiratórias em pacientes com transtorno do pânico. Segundo esses autores, a dispnéia provocada pela asma ou por outras patologias obstrutivas pulmonares poderia desencadear o aparecimento de ataques de pânico, mediante a interpretação catastrófica dos sintomas respiratórios.

Recente estudo realizado por Ludman et al. com 4.400 pessoas portadoras de diabetes, revelou que um número significativamente alto delas (4,4%) apresentou episódios de pânico e que, dentre esses pacientes, 54,5% apresentavam sintomas de depressão. Também foi observado que, dentre as pessoas com episódios de pânico, 4,2% apresentavam sintomas de diabetes contra 2,4% daquelas que não sofriam de pânico. Segundo os autores, o estudo mostra evidências de que alterações na taxa de açúcar no sangue podem desencadear episódios de pânico (Ludman et al. 2006).

Ataques isolados de pânico, produzidos a partir de respostas reflexas, tendem a apresentar uma ocorrência significativamente mais acentuada em indivíduos ansiosos. Segundo Sidman (2003), algumas situações eliciadoras de respostas reflexas, como aceleração do batimento cardíaco, sudorese, aumento da pressão sanguínea, etc. são reforçadoras quando ocorrem em situações prazerosas, como na prática de esportes radicais ou em parques de diversões. No entanto, esses mesmos sinais poderiam provocar um ataque de pânico ao serem eliciadas espontaneamente, numa situação que não foi buscada pelo indivíduo ansioso (In: Banaco & Zamignani, 2004, p.11).

Banaco & Zamignani propõem uma explicação para a instalação do transtorno do pânico com agorafobia, a partir dos efeitos traumáticos do primeiro ataque:

"Podemos aqui imaginar uma situação na qual pela primeira vez ocorreu um ataque de pânico. A primeira resposta ansiosa ocorreu como um reflexo incondicionado eliciado pela ativação biológica do organismo, configurando um ataque de pânico. Essa resposta, entretanto, ocorreu em um contexto no qual estavam presentes muitos outros estímulos; além disso, outras respostas (públicas e privadas) do indivíduo poderiam estar sendo emitidas no momento do ataque. Os estímulos que estavam presentes na ocasião do ataque de pânico, bem como as respostas que o indivíduo emitia no momento podem, por associação com o estímulo aversivo incondicionado, adquirir a função de estímulo aversivo condicionado e estímulo discriminativo para a emissão de respostas de esquiva. As funções eliciadora e discriminativa desses estímulos condicionados, por sua vez, podem ser transferidas para outros estímulos por meio de novos pareamentos, pelo processo de generalização de estímulos, ou ainda por meio da formação de classes equivalentes de estímulos" ... "inclusive as respostas que o indivíduo emitia podem ser sujeitas aos mesmos processos, adquirindo a função de estímulos eliciadores e discriminativos condicionados (Banaco & Zamignani, 2004, p.74).

Outros autores propõem modelos explicativos semelhantes, a partir de um entendimento comportamentalista do transtorno. Para explicar alguns fenômenos presentes nos transtornos psiquiátricos, dentre eles o transtorno do pânico, Hayes et al. (1996) resgataram a noção de evitação cognitiva ou evitação emocional, tradicionalmente adotada por outras abordagens psicológicas, descrevendo-as como estratégias não-saudáveis de evitação da experiência traumática prévia. Esses autores cunharam a expressão "evitação experiencial" para descrever uma classe de respostas que refere-se ao fenômeno que ocorre quando uma pessoa está relutante em permanecer em contato com experiências privadas particulares, sejam elas memórias, emoções, estimulação autonômica, pensamentos ou outros eventos privados.

Tendo em vista que, apesar das teorias atualmente existentes contribuírem para uma maior compreensão da doença e de novas possibilidades de tratamento, não existe uma teoria que, isoladamente, explique de maneira satisfatória o transtorno do pânico, Kapczinski et al. (2003) propõem que o estado atual do conhecimento demanda

um modelo integrado, que inclua os aspectos cognitivos e biológicos do transtorno, destacando que as principais teorias explicativas atuais são a cognitivo-comportamental e a biológica.

Craske & Lewin (2003) destacam a necessidade de estudos longitudinais sobre populações de alto risco, a fim de que seja determinado qual o papel das vulnerabilidades biológicas e psicológicas e qual a importância da aprendizagem que poderia ocorrer em consequência dos primeiros episódios de pânico.

## **2. TRATAMENTO**

Segundo Rangé & Bernik (2001), embora não se possa obter comprovação segura de uma teoria a partir da eficiência dos tratamentos nela baseados, a maior massa de evidências em favor de uma determinada teoria provém justamente da eficácia do tratamento dela derivado. Assim, é natural que cada profissional da saúde, ao obter resultados positivos no manejo do transtorno a partir da abordagem a que aderiu, tenda a aprofundar seus estudos e a aperfeiçoar suas técnicas dentro da mesma ótica. O resultado desse tipo de procedimento é positivo, uma vez que gera uma variedade imensa de trabalhos e pesquisas nas diversas áreas do estudo da mente e do comportamento humanos.

### **2.1. Procedimentos e Técnicas Terapêuticas**

Algumas abordagens psicológicas, particularmente as mentalistas, por entenderem que a patologia nada mais é do que uma manifestação explícita de um conflito existencial e individual pré-existente conduzem o paciente, via processo analítico, a realizar um trabalho de crescimento pessoal que visa a extrair o significado desse sofrimento em sua vida. Em consonância com essa visão, Jubé (2004) entende que a compreensão adquirida pelo paciente durante o processo psicoterapêutico, auxilia-o a assumir o controle de sua própria vida, ao mesmo tempo que leva-o a experimentar uma mais profunda ligação com a sua essência e totalidade, no caminho da individuação, que é a proposta da Psicologia Analítica de Carl G. Jung.

Pereira (1997) compartilhando da postulação freudiana de que o sentimento de desamparo é o reflexo de um estado de falência do funcionamento psíquico, entende que o transtorno do pânico é a via psicopatológica encontrada pelo indivíduo para confrontar-se com o desamparo radical de sua existência, evitando o risco de aniquilamento. Este autor defende a conjugação da Psicanálise com o uso de psicofármacos no tratamento do transtorno do pânico.

A partir de estudos que demonstram o envolvimento dos sistemas adrenérgicos, serotoninérgicos e gabaérgicos na origem da doença, a terapia farmacológica tem sido adotada como primeira alternativa de tratamento no transtorno do pânico, devido ao alívio que produz na sintomatologia, apesar da ocorrência de efeitos colaterais (Range & Bernik, 2001). No entanto, estudos desenvolvidos por Tesar et al. (1991) demonstraram que 30% a 48% dos pacientes medicados continuam apresentando agorafobia.

Outros estudos de seguimento em longo prazo têm demonstrado que entre 25% a 75% de pacientes com transtorno do pânico, tratados exclusivamente com terapia medicamentosa, permanecem sintomáticos após o término do tratamento. Dentre os principais sintomas residuais estão a evitação fóbica e a ansiedade antecipatória (Tesar et al., 1991), sendo que 50% a 80% dos pacientes seguem apresentando ansiedade patológica, responsável por prejuízos significativos na qualidade de vida e aumentando o risco de recaídas (Noyes et al., 1989). Outros pesquisadores alertam, ainda, para o aumento do risco no abuso de álcool e outras substâncias e tentativas de suicídio em pacientes com sintomas residuais após o término de tratamento exclusivamente medicamentoso (Manfro et al. 1999).

Segundo o NIMH - National Institute of Mental Health, um tratamento eficaz pode produzir resultados positivos para 70% a 90% das pessoas acometidas pelo transtorno do pânico e, se tratado nos estágios iniciais da doença, é possível impedir a sua evolução, evitando-se o surgimento e/ou a instalação da agorafobia. A modalidade de tratamento mais efetiva, segundo este órgão, consiste da conjugação entre a terapia medicamentosa e a análise cognitivo-comportamental e deve ser delineada para cada paciente, respeitando suas necessidades, preferências e características individuais (NIMH, 2006). Esta visão coincide com o entendimento da APA (2000), que recomenda que as preferências pessoais do paciente sejam levadas em conta quando da escolha do tratamento, assim como sejam avaliados os riscos e benefícios de cada modalidade terapêutica para cada caso específico. Também Craske et al. (2002) consideram desejável a utilização de ambos os tipos de terapia.

Após estudo-piloto realizado por Manfro et al. (1999) aplicando Terapia Comportamental-Cognitiva em grupo a pacientes portadores de transtorno de pânico, cuja resposta à terapia medicamentosa havia sido parcial, os autores concluíram que a TCC em grupo é eficaz na redução de sintomas residuais agorafóbicos e de ansiedade antecipatória, o que coincide com os estudos de Pollack et al. (1994).

### **2.1.1. Terapia Cognitivo-Comportamental**

A terapia cognitivo-comportamental é a abordagem terapêutica proposta atualmente pelo *National Institute of Mental Health* como sendo a mais eficaz para o tratamento do transtorno de pânico. Trata-se da combinação da Terapia Cognitiva, que visa a modificar ou eliminar padrões e crenças disfuncionais que alimentam os sintomas e da Terapia Comportamental, que propõe a mudança no comportamento do indivíduo, de modo a produzir um enfrentamento adequado às situações de sua vida.

A abordagem cognitiva do tratamento buscará investigar cuidadosamente quais os pensamentos e sentimentos que acompanham o transtorno de pânico, discutindo esses eventos mentais num modelo cognitivo, identificando pensamentos distorcidos e propondo técnicas para modificá-los. A partir da modificação do padrão mental, o paciente passa a ter maior controle sobre os seus sintomas. O processo terapêutico focará as dificuldades e os ganhos que o paciente está obtendo no presente e nas habilidades que precisam ser aprendidas.

A abordagem comportamental lançará mão da análise da tríplice contingência para identificar que conseqüências o indivíduo obtém a partir da maneira como se comporta. Analisando fatores que antecedem e sucedem determinados comportamentos considerados inadequados, são propostas modificações comportamentais que poderão gerar conseqüências favoráveis ao paciente.

Além da análise funcional do comportamento, várias técnicas são utilizadas pelo terapeuta comportamentalista: treino sistemático em relaxamento, cuja finalidade é diminuir o grau da ansiedade; exposição interoceptiva, isto é, estimular o paciente a expor-se às suas sensações internas; exposição "in vivo", que consiste no enfrentamento de situações que o paciente tende a evitar; técnicas de descatastrofização, dentre outras (NIMH, 2006).

### **2.1.2. Soluções Tecnológicas**

Tratamentos bem menos ortodoxos, em forma de aparelhos eletrônicos, também já se encontram disponíveis para pessoas portadoras do transtorno do pânico. São conhecidos comercialmente pelo nome de *Fear Fighter* e seus fabricantes, usuários e profissionais de saúde que o utilizam garantem a sua eficácia. São recomendados para quadros de ansiedade extrema, transtorno do pânico, fobias e alto nível de estresse.

Dentre os modelos mais populares, destaca-se o *Alpha-Stim*, um aparelho do formato e tamanho de um *walkman*, que produz estimulação craniana por eletroterapia e é composto de dois eletrodos, que são colocados nos lobos auriculares do paciente, à maneira de um fone de ouvido. Sua função é diminuir a sensação de ansiedade, impedindo o ataque de pânico no início. Este modelo requer acompanhamento médico. Já na versão *Alpha-Stim Stress Control System*, os eletrodos podem ser usados em qualquer parte do corpo e o usuário pode prescindir de acompanhamento médico. O *Alpha-Stim* foi concebido pelo neurobiólogo americano Daniel Kirsch e é licenciado pela FDA (Food and Drug Administration) para tratamento de saúde (BBC, 1999).

Um outro fruto da tecnologia para tratamento de sintomas ansiosos e fobias é o *Eye Trek TV*. Trata-se de um monitor com som *surround*, que pode ser conectado ao computador, DVD ou VCR e sua proposta é realizar Terapia de Realidade Virtual, através do incremento do nível da consciência do paciente, que usará seus recursos internos para se curar. Essa tecnologia vem sendo utilizada em alguns hospitais gerais e clínicas psiquiátricas no Brasil (REDEPSI, 2002).

Dentre os profissionais de saúde que têm ou tiveram contato com esses equipamentos, as opiniões encontram-se ainda bastante divididas: por um lado, há entusiasmo com a perspectiva de novas opções de tratamento e, por outro, muita cautela, devido ao desconhecimento em relação aos seus efeitos sobre a saúde do paciente a médio e longo prazos, já que o produto é bastante novo e ainda não existem estudos de seguimento do seu uso para detecção de possíveis efeitos colaterais.

### **2.1.3. Manejo Comportamental e Cognitivo do Transtorno do Pânico**

Margraf et al. (1993) afirmam que os tratamentos comportamentais, cognitivos e cognitivo-comportamentais do transtorno do pânico apresentam vários aspectos que se sobrepõem entre si, destacando: a) a ênfase na exposição interoceptiva dos sinais corporais temidos; b) o treino respiratório para prevenir a espiral ascendente de ansiedade que leva ao ataque de pânico; c) o relaxamento aplicado, ou treino de habilidades de manejo de sintomas corporais; d) a eliminação da tendência persistente de interpretar as sensações corporais de forma distorcida e/ou catastrófica (In: Rangé & Bernik, 2001).

A eficácia de uma combinação de estratégias comportamentais no tratamento do transtorno do pânico foi demonstrada em estudo realizado por Gitlin et al. (1985), em que os autores utilizaram técnicas de relaxamento, de treinamento assertivo e exposição ao vivo. Craske & Lewin (2003) entendem que o processo terapêutico deva incluir os mais recentes componentes de tratamento, tais como o retreinamento da respiração, o relaxamento aplicado, as técnicas de inervação vagal, a exposição às sensações corporais temidas e a reestruturação cognitiva.

Contudo, apesar do transtorno do pânico apresentar contornos bem definidos, sabe-se que cada indivíduo reage distintamente em função de sua constituição, história de vida e ambiente. Desta forma, deve-se evitar o uso de procedimentos padronizados, já que cada caso é único e deverá ser objeto de uma cuidadosa investigação para que um tratamento adequado possa ser delineado. Trata-se, aqui, de proceder a uma avaliação criteriosa das variáveis relevantes. Para isso, conta-se com a ferramenta valiosa que é a análise funcional. Em toda situação clínica é necessária uma cuidadosa avaliação da queixa trazida pelo paciente, de suas características pessoais, familiares e pessoais, de seus recursos e fragilidades, grau de auto-confiança e a própria confiança do terapeuta em utilizar determinadas técnicas. Guimarães (2001) alerta também para a possibilidade do paciente não se adaptar a um determinado procedimento, conforme seria esperado pelo terapeuta, e da conseqüente necessidade de se reavaliar e replanejar o tratamento.

Seguindo esse raciocínio e tendo em vista que um número muito grande de estímulos e respostas estão relacionados às respostas ansiosas, Banaco (1999) argumenta que seria injustificável a adoção de uma única técnica no manejo de repertórios ansiosos. Este autor também é de opinião que os fenômenos ansiosos exigem uma análise caso a caso sobre quais contingências estão envolvidas em seus controles.

Banaco & Zamignani (2004) consideram que a existência de pacotes padronizados de tratamento podem, em alguns casos, produzir bons resultados, mas sugerem que a melhor escolha seria a adoção de alguns dos elementos do pacote que se adequassem ao caso em questão ou que se desenvolvessem estratégias totalmente individualizadas.

#### **2.1.4. Técnicas Comportamentais, Cognitivas e Cognitivo-Comportamentais**

Seguem, abaixo, algumas das estratégias mais utilizadas pela Terapia Comportamental e Cognitiva para o manejo do transtorno do pânico e uma breve descrição de cada uma delas. Como já foi dito anteriormente, uma análise cuidadosa de cada caso clínico deverá nortear a escolha da melhor combinação de algumas delas, sua adaptação ou mesmo alguma inovação, para que sirva adequadamente aos objetivos da situação terapêutica. Vale ainda destacar que vários pesquisadores, a partir dos resultados de seus estudos, acreditam que qualquer tratamento terapêutico ou psicoterapêutico que não inclua a exposição aos estímulos aversivos não terá eficácia contra os sintomas ansiógenos (Rangé & Bernik, 2001).

##### **2.1.4.1. Relaxamento**

Uma forma de relaxamento bastante promissora é o relaxamento aplicado, que consiste num processo de relaxação muscular progressiva (RMP). Treina-se o paciente a realizar uma resposta somática de relaxamento à tensão muscular, até que mostre-se hábil nessa tarefa. A partir daí, ele é instruído a utilizar-se dessa estratégia em situações ansiógenas, que devem ser hierarquizadas junto com o terapeuta e treinadas gradativamente (Craske & Lewin, 2003).

##### **2.1.4.2. Retreinamento da Respiração**

Consiste em ensinar o paciente a trazer sua respiração de volta à normalidade, através de respiração diafragmática e lenta. Esta técnica deve ser ensinada aos pacientes que referem sintomas de hiperventilação que, segundo DeRuiter et al. (1989) ocorre em 50% a 60% dos indivíduos que têm ataques de pânico.

#### **2.1.4.3. Inervação Vagal**

Esta técnica de controle somático objetiva, através de massagens na carótida, controlar a taxa cardíaca. O paciente é orientado a exercer pressão sobre o peito ou num dos olhos durante a expulsão de ar (Sartory & Olajide, 1988).

#### **2.1.4.4. Exposição Interoceptiva**

É realizada através de procedimentos que, de forma confiável, possam reproduzir sensações semelhantes àquelas vivenciadas durante um ataque de pânico. Para isso, utilizam-se exercícios cardiovasculares, hiperventilação, inalações de dióxido de carbono ou girar o paciente repetidamente sobre seu próprio eixo, sentado numa cadeira. O objetivo da exposição interoceptiva é eliminar ou fragilizar a associação que o paciente faz entre as respostas corporais específicas e os sintomas do pânico, a fim de que deixe de temer ou superdimensionar o efeito desses sinais (Barlow, 1988).

#### **2.1.4.5. Reestruturação cognitiva**

Consiste em corrigir as avaliações errôneas que o paciente faz das sensações corporais vivenciadas como ameaçadoras. Para isso, o terapeuta treina-o para que aprenda a identificar pensamentos distorcidos e possa substituí-los por outros mais acurados e objetivos, o que redundará em modificação de seus valores, crenças, cognições e/ou atitudes frente a eventos ansiógenos (Costa & Lanna, 2001).

#### **2.1.4.6. Treinamento Assertivo**

Faz-se o treino de assertividade orientando-se o paciente a emitir respostas adequadas em situações específicas e através de ensaio comportamental (*role-playing*), em que se reproduzem situações da vida real. O treinamento é iniciado habilitando-se o paciente a identificar a diferença entre respostas assertivas, agressivas e passivas, bem como as situações que costumam inibir suas respostas positivas de auto-expressão. Ele é treinado e estimulado a expressar seus próprios sentimentos, desejos e idéias, usar um tom de voz apropriado e a evitar suposições sobre o comportamento de outras pessoas. Tendo treinado em sessão com o terapeuta, ele é estimulado a comportar-se assertivamente no seu ambiente natural (Guimarães, 2001).

#### **2.1.4.7. Exposição**

Esta técnica consiste em expor o paciente diretamente aos estímulos que lhe são aversivos, repetidamente, de forma abrupta (implosão ou inundação), protegida ou gradual, ao vivo ou por formação de imagens mentais, conforme for mais indicado pela avaliação previamente realizada. O tempo da exposição deve ser o suficiente para que a ansiedade atinja seu ponto máximo para, a partir daí, ir reduzindo naturalmente. Desta forma, serão viabilizados os processos de habituação e extinção. Roso & Lotufo enfatizam que o tratamento por exposição deve contemplar os seguintes itens:

- a) A exposição à situação fóbica deve ser prolongada e oferecerá resultados melhores se durar mais de 90 minutos, devendo necessariamente durar, no mínimo, até que a ansiedade cesse ou diminua de maneira significativa.
- b) Deve ser sistemática e freqüente, para que o resultado seja mais rápido.
- c) Deve ter sua duração controlada através de registro em diário, para posteriores avaliações.
- d) Pode ser gradual ou direta na situação mais aversiva, sendo que os melhores resultados são obtidos na segunda alternativa.
- e) É necessário que o paciente mantenha-se engajado na prática dos exercícios para que ocorra a habituação.
- f) A exposição não requer a presença de terapeuta ou médico, podendo ser realizada em companhia de qualquer pessoa devidamente treinada.
- g) O procedimento de exposição é ineficaz se o paciente estiver fazendo uso de álcool ou benzodiazepínicos. (In: Rangé & Bernik, 2001, p.161-162).

Estudos sugerem que os resultados alcançados quando a técnica é controlada pelo terapeuta são similares aos resultados obtidos quando é o próprio paciente quem controla a exposição (Guimarães, 2001).

#### **2.1.4.8. Exposição com Prevenção de Resposta (EPR)**

Neste procedimento o indivíduo é exposto, por longos períodos de tempo, a uma hierarquia de estímulos ansiogênicos e, ao mesmo tempo, inibido de emitir respostas de fuga ou esquiva. O bloqueio de suas possibilidades de esquivar-se é a principal diferença entre a Exposição e a EPR. Por tratar-se de um procedimento que pode adquirir propriedades de estímulo aversivo condicionado, é fundamental que a aliança terapêutica seja sólida e baseada numa audiência de caráter estritamente não-punitivo, nos moldes propostos por Skinner (1953/2003).

#### **2.1.4.9. Descatastrofização**

Esta estratégia de tratamento auxilia o paciente a testar a validade de suas cognições. Segundo Savoia (2004), esta não é uma técnica geral a ser aplicada, pois requer uma avaliação do paciente para que se utilizem as estratégias mais apropriadas ao seu caso, mas oferece uma série de opções ao terapeuta:

- a) Análise lógica, em que leva-se o paciente a fazer testes de realidade.
- b) Coping cards ou cartões de enfrentamento, que contém anotações sobre respostas bem sucedidas.
- c) Teste de hipóteses, em que previsões catastróficas são comparadas com a situação real.
- d) Projeção no tempo, na qual o paciente é convidado a imaginar quais as conseqüências reais, no futuro, de um determinado pensamento.
- e) Descatastrofização de imagens, em que se identificam os aspectos extremos da imagem distorcida feita pelo paciente.

#### **2.1.4.10. Dessensibilização Sistemática**

Esta técnica, largamente utilizada desde sua criação, na década de 40, por Joseph Wolpe, pode ser aplicada por imaginação (DS por Imagens) ou exposição ao vivo (DS ao Vivo). Seu objetivo é levar o paciente a emitir respostas contrárias à ansiedade e, num momento posterior, colocá-lo em situações em que a estimulação aversiva esteja presente, mas de forma gradualmente controlada (Ferraz, 2004). Trata-se de um procedimento de contracondicionamento, já que são apresentados, simultaneamente, estímulos aversivos e reforçadores. Consiste, basicamente, dos seguintes elementos:

- a) Treino de relaxamento.
- b) Elaboração de uma escala hierárquica de ansiedade subjetiva.
- c) Planejamento da exposição gradual aos eventos eliciadores de respostas de fuga e esquiva.
- d) Pareamento dos eventos eliciadores de ansiedade com o relaxamento.

#### **2.1.4.11. Auto-Instrução**

Trata-se de uma estratégia através da qual ensina-se o paciente a desenvolver pensamentos adequados e funcionais em relação à situação temida e que sejam realistas em relação às possíveis conseqüências dos comportamentos, tanto aqueles que já fazem parte do seu repertório quanto os que estão sendo instalados.

#### **2.1.4.12. Inoculação do Estresse**

O objetivo desta técnica é ensinar o paciente a desenvolver recursos pessoais de enfrentamento das situações ansiógenas reais. É programada a partir da queixa e aplicada em três etapas:

- a) Preparação: O paciente recebe informações acerca dos mecanismos da ansiedade e do medo, aprendendo a identificar e reconhecer suas respostas físicas, comportamentais e cognitivas de ansiedade.
- b) Treino em habilidades básicas: Aprende e ensaia respostas apropriadas de auto-instrução e enfrentamento.
- c) Confrontação: Nesta fase ele é confrontado com situações ansiógenas reais para aplicar suas habilidades recém adquiridas. A confrontação inicia-se com situações de dificuldade média.

#### **2.1.4.13. Treino em Habilidades Sociais**

Após a avaliação individual do paciente, que dará ao terapeuta um visão das situações que requerem intervenção, inicia-se um treino no qual, segundo Thorpe e Olson (1997), geralmente predomina a necessidade de desenvolver habilidades sociais nas seguintes situações:

- a) Iniciar e manter conversações.
- b) Falar em público.
- c) Expressar amor, agrado e afeto.
- d) Defender os próprios interesses e direitos.
- e) Pedir e receber favores.
- f) Dizer não e recusar pedidos.
- g) Aceitar e fazer elogios.
- h) Desculpar-se e aceitar críticas.
- i) Sorrir e fazer contato visual adequado.
- j) Realizar entrevistas para solicitar emprego.
- k) Solicitar mudanças de comportamento no outro.
- l) Expressar opiniões pessoais, mesmo que sejam divergentes e desagradem ao outro.

#### **2.1.4.14. Tratamento Multicomposto Específico do Transtorno do Pânico e da Agorafobia\***

Trata-se de um programa de seguimento de casos, precedido de seis sessões iniciais de avaliação, seis de psicoterapia cognitivo-comportamental e uma sessão de pós teste. Baseando-se na tese de que para se obter sucesso sobre a ansiedade é necessário aceitá-la totalmente, foi desenvolvida a estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E, que é ensinada aos pacientes. Consiste das seguintes orientações:

**A:** Aceite a sua ansiedade.

**C:** Contemple as coisas à sua volta.

**A:** Aja com a sua ansiedade. Aja como se você não estivesse ansioso.

**L:** Libere o ar dos seus pulmões, bem devagar.

**M:** Mantenha os passos anteriores, repetindo-os um a um.

**E:** Examine os seus pensamentos.

**S:** Sorria, você conseguiu!

**E:** Espere o futuro com aceitação.

Os pacientes são orientados a realizar hiperventilação no passo 4 e a realizar o treino respiratório ao final do exercício.

#### **2.1.5. Resultados Obtidos**

Estratégias comportamentais e cognitivas no manejo do transtorno do pânico têm se mostrado eficazes na maioria dos indivíduos tratados, apresentando resultados que se mantém por mais de dois anos após a finalização do tratamento, embora haja uma incidência significativa de pacientes que seguem apresentando sintomas de ansiedade ou algum tipo de mal-estar. Dentre os procedimentos mais eficientes, têm se destacado o retreinamento da respiração, a exposição interoceptiva, a reestruturação cognitiva e o relaxamento aplicado (Craske & Lewin, 2003).

Segundo Savoia (2006), o tratamento combinado com terapia Cognitivo-Comportamental e terapia medicamentosa tem se mostrado o melhor quando se considera que o tratamento farmacológico suprime os ataques de pânico rapidamente e o tratamento cognitivo-comportamental introduz, gradualmente, a aquisição de repertórios eficazes de enfrentamento à ansiedade e aos ataques de pânico.

Tratamento com retreinamento da respiração associado a relaxamento muscular progressivo em pacientes que apresentavam hiperventilação reduziram a frequência dos ataques de pânico de 10 para 4 por semana, segundo pesquisas realizadas por Kraft e Hoogduin (1984).

Salkovskis et al. (1986) trataram nove pacientes com quatro sessões semanais de hiperventilação forçada, retreinamento da respiração e, a seguir, fizeram exposições ao vivo para as situações agorafóbicas, quando era o caso. Após o treinamento no controle da respiração, a frequência dos ataques de pânico diminuiu, em média, de 7 para 3 por semana.

\*

Não se trata exatamente de uma técnica. É um tratamento desenvolvido por Rangé (2001), na Divisão de Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IP/UFRJ) para atender pessoas portadoras do transtorno do pânico.. O trabalho foi conduzido por terapeutas pouco experientes (estagiários), complementado por uma biblioterapia e instruções para os terapeutas-estagiários e para os pacientes. Os resultados iniciais confirmaram a hipótese de efetividade do tratamento.

Manfro et al. (1999) estudou 11 pacientes portadores de sintomas residuais moderados ao tratamento farmacológico, com terapia cognitivo-comportamental em grupo, durante 12 semanas. Foram utilizadas a exposição interoceptiva *in vivo*, a reestruturação cognitiva e o treino de habilidades para lidar com a ansiedade, com tarefas a serem realizadas em casa pelos pacientes. Os autores encontraram uma redução na sintomatologia ansiosa estatisticamente significativa, que os elevou à categoria de pacientes levemente sintomáticos.

Há estudos controlados comparando a terapia cognitiva (que inclui auto-exposição) ao relaxamento aplicado e ao uso de imipramina, como é o caso da pesquisa realizada por Clark et al. (1993). Após uma média de 10 sessões, 18 dos 20 pacientes que terminaram a terapia cognitiva estavam livres de ataques de pânico e, após um ano, 17 deles seguiam assintomáticos. Não foi possível, no entanto, identificar a qual estratégia deve-se atribuir o sucesso do tratamento, uma vez que todos os pacientes foram tratados com técnicas cognitivas e comportamentais.

Tem sido enfatizada a importância da presença de forte ansiedade em pacientes que permanecem sintomáticos após o término do tratamento. Os estudos indicam que pacientes com maior sensibilidade à ansiedade geralmente requerem períodos mais longos de tratamento e, quando sob terapia farmacológica, apresentam maior dificuldade em descontinuar a medicação. Segundo Pollack et al. (1990), a sensibilidade à ansiedade está associada a uma probabilidade menor de remissão e a maiores índices de evitação fóbica, além de comorbidades tais como depressão, transtornos de personalidade e transtornos de ansiedade.

Embora seja notória a necessidade de pesquisas mais aprofundadas, controladas e de seguimento de longo prazo para o tratamento do transtorno do pânico, há diversos estudos comparativos de pacientes tratados exclusivamente com medicação e exclusivamente com terapia cognitivo-comportamental demonstrando que o tratamento farmacológico não diminui o grau de sensibilidade à ansiedade, enquanto que a terapia cognitivo-comportamental mostra-se eficaz nesse sentido (Ehlers, 1995; Hazen, Walker & Edridge 1996; Penava et al., 1998). Considerando-se esses resultados, fica evidente a importância das abordagens comportamental e cognitiva no manejo dos sintomas do transtorno do pânico e da agorafobia.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que somente há menos de três décadas o transtorno do pânico tornou-se alvo da atenção dos profissionais de saúde e que nos últimos anos vêm se multiplicando os estudos e pesquisas em busca de alternativas de controle dos seus sintomas, pode-se dizer que os tratamentos disponíveis no momento já apresentam resultados bastante expressivos.

As características dos casos de recaídas e de pacientes portadores de sintomas residuais após o término do tratamento podem servir como orientação para futuras pesquisas que busquem a eliminação das lacunas existentes nos procedimentos atualmente empregados, através da identificação das contingências que estão presentes nos casos em que não houve a extinção total dos sintomas.

É importante que sejam realizados estudos que identifiquem as diferenças individuais que estejam dificultando o sucesso das abordagens comportamentais e cognitivas, dentre elas a presença de comorbidades, características de personalidade e do ambiente natural do paciente.

Outra área que precisa ser investigada mais profundamente é a comparação dos méritos relativos da terapia medicamentosa e dos procedimentos cognitivo-comportamentais, através de estudos randomizados duplo-cegos, com avaliadores independentes e com seguimento de longo prazo. Conhecendo-se melhor os pontos altos e as lacunas de cada procedimento, poderão ser concebidos novos modelos que integrem os dados oriundos das perspectivas biológicas com formulações provenientes do campo da psicologia experimental.

### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Psiquiátrica Americana (2000). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV*. (Dyse Batista, Trad.). 4ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Banaco, R. A. & Zamignani, D. R. (2004). An Analytical-Behavioral Panorama on the Anxiety Disorders. In: T.C.C. Grassi (Org.). *Contemporary Challenges in the Behavioral Approach: A Brazilian Overview*. Santo André: Esetec.
- Banaco, R. A. (1999). Técnicas Cognitivo-Comportamentais e Análise Funcional. In: Kerbauye, R. R. & Wielenska, R.

- C. (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição*. v. 4: 75-82. Santo André: Arbytes.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- Barlow, D.H.; Di Nardo, P. A.; Vermilyea, J. A; Blanchard, E. B. (1986). Co-morbidity and depression among anxiety disorders: Issues in classification and diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 174, p. 63-72.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. & col. (2005). *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade*. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Campbell, R. J. (1986). *Dicionário de Psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição*. 4ª. ed. Porto Alegre: Artes Medicas Sul.
- Clark, D. M. (1986). A Cognitive Approach to Panic. *Behaviour Research and Therapy*. v. 24, p. 461-470.
- Clum, G. A. & Knowles, S. L. (1991). Why do some people with panic disorders become avoidant? A review. *Clinical Psychology Review*. v. 11, p. 295-313.
- Costa, M. R. de S. & Lana, A. (2001) Fobias Específicas. In: Range, B. (Org.) *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Um Diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Craske, J. G.; Roy-Byrne, P.; Stein, M. B.; Sherbourne, C. D.; Bystritsky, A.; Kalton, W. & Sullivan, G. (2002). Treating Panic Disorder in Primary Care: A Collaborative Care Intervention. *General Hospital Psychiatry*. 24 (3), 148-155.
- Craske, M. G. & Lewin, M. R. (2003). Transtorno de Pânico. In: Caballo, E. V. (Coord.) *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos*. São Paulo: Santos. p. 113.
- De Ruiter, C.; Rijken, H.; Garssen, B. & Kraaimaat, F. (1989). Breathing Retaining, Exposure and a Combination of both, in the Treatment of Panic Disorder with Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*. 27, 647-656.
- Delitti, M. & Groberman, S. (2005). Skinner e Terapia. In: Borloti, E. B.; Enumo, S. R. F. & Ribeiro, M. L. P. (Orgs.). *Análise do Comportamento: Teorias e Práticas*. Santo André: Esetec.
- Ehlers, A. (1995). A 1-Year Prospective Study of Panic Attacks: Clinical Course and Factors Associated with Maintenance. *Journal of Abnormal Psychology*. 104 (1), 164-172.
- Ferraz, M. da R. P. (2004). Dessensibilização Sistemática por Imagens. In: Abreu, C. N. de & Guilhardi, H. J. (Orgs.). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental – Práticas Clínicas*. São Paulo: Roca.
- Freud, S. (1895/1969). Estudos sobre a histeria. In: *Obras Completas*. Rio: Imago. v.1.
- Freud, S. (1895/1981). La neurastenia y la neurosis de angustia. In: *Obras Completas*. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva. v. I, p. 183-198.
- Gitlin, B.; Martin, M.; Shear, K.; Frances, A.; Ball, G. & Josephson, S. (1985). Behavior Therapy for Panic Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 173, 742-743.
- Guimarães, S. S. (2001). Técnicas Cognitivas e Comportamentais. In: Range, B. (Org.) *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Um Diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Hayes, S. C.; Wilson, K. G.; Gifford, E. V.; Follette, V. F. & Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64, 1152-1168.
- Hazen, A. L.; Walker, J. R. & Eldridge, G. D. (1996). Anxiety Sensitivity and Treatment Outcome in Panic Disorder. *Anxiety*, 2 (1), 34-39.
- Home Page. <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/news/article.php?storyid=146>.
- Home Page. [http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/medical\\_notes/1079430.stm](http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/medical_notes/1079430.stm)
- Home Page. <http://www.nimh.nih.gov/healthinformation/anxiety/menu.cfm>
- Home Page. <http://psychcentral.com/lib/2006/10/treatment-of-panic-disorder?pp=1>.
- Isolan, L., Nogueira, L., Kipper, L., Manfro, G. G. & Barreto, S. M. (2001). Associação entre transtorno do pânico, asma e outras doenças obstrutivas pulmonares. *Revista de Psiquiatria Clínica FMUSP*. São Paulo. v. 28, n. 2.
- Jubé, C. N. P. (2004). O Transtorno do Pânico como Símbolo de Transformação. *Anais do II Congresso Brasileiro de*

*Prevenção e Tratamento dos Transtornos de Ansiedade - Depressão e Transtorno do Pânico.* Instituto OlhosDalmasã, Goiânia.

- Kapczinski, F., Ribeiro, L., Busnello, J. V. & Sant'Anna, M. K. (2003). *Transtorno de Pânico*. Porto Alegre: Artmed.
- Kessler, R. C.; Berglund, P. A.; Demler, O.; Jin, R.; Walters, E.E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-onset Distribution of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*. Jun. 62 (6): 593-602.
- Kessler, R. C.; Mc Gonale, K. A.; Zhao, S.; Nelson, C. B.; Hughes, M.; Eshlema, S.; Wittchen, H. U.; Kendler, K. S. (1994). *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States*. *Arch. Gen. Psychiatry*. v. 51, p. 8-19.
- Klein, D. F. (1964). Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. In: Rangé, B. (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Um Diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed. p. 146-148.
- Kraft, A. R. & Hoogduin, C. A. (1984). The Hyperventilation Syndrome: A Pilot Study of the Effectiveness of Treatment. *British Journal of Psychiatry*. 145, 538-542.
- Ludman, E. et al. (2006). Panic Episodes among Patients with Diabetes. *General Hospital Psychiatry*. 28: 475-481.
- Manfro, G. G.; Heldt, E. & Cordioli, A. V. (1999). Grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno de Pânico. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 147-155.
- Manfro, G. G.; Isolan, L.; Blaya, C.; Santos, L. & Silva, M. (2002). Estudo Retrospectivo da Associação entre Transtorno de Pânico e Transtorno de Ansiedade na Infância. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, n. 1.
- Margraf, J.; Barlow, D. H.; Clark, D. & Telch, M. J. (1993). Psychological Treatment of Panic: Work in Progress and Outcome, Active Ingredients and Follow-Up. *Behaviour Research and Therapy*. v. 31, p. 1-8.
- McNally, R. & Lorenz, M. (1987). Anxiety Sensitivity in Agoraphobics. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. v. 18, 3-11.
- Melillo, P. H. C. & Oliveira, M. (2006). Pesquisa com Voluntários Investiga Transtorno do Pânico. *Boletim da Universidade Federal de Minas Gerais*, Belo Horizonte, p. 5-5, 23.
- Moreira, M. B. & Medeiros, C. A. de (2007). *Princípios Básicos de Análise do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Moreno, D. H.; Bernik, M.; Mattos, P. & Cordás, T. A. (2003). *Recuperação em Depressão*. São Paulo: Livre.
- Nardi AE & Valença AM. (2005). *Transtorno do pânico: diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Noyes, R.; Garvey, M. & Cook, B. (1989). Follow-up Study of Patients with Panic Attacks Treated with Tricyclic Antidepressants. *Journal of Affective Disorders*. 16: 249-257.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento – CID 10*. (Dorgival Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Penava, S. J.; Otto, M. W.; Maki, K. M. & Pollack, M. H. (1998). Rate of Improvement during Cognitive-Behavioural Group Treatment for Panic Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 36 (7-8), 665-673.
- Pereira, M. E. C. (1997). *Pânico - Contribuição à Psicopatologia dos Ataques de Pânico*. São Paulo: Lemos.
- Pizol, K. de B. (2003). *Tratamento a Longo Prazo no Transtorno de Pânico: Uma Revisão*. Monografia para conclusão do Curso de Especialização em Terapia Comportamental e Cognitiva: Teoria de Aplicação. Universidade de São Paulo.
- Pollack, M. H.; Otto, M. W.; Kaspi, S. P.; Hamneress, P. G. & Rosenbaum, J. F. (1994). Cognitive-Behaviour Therapy for Treatment-Refractory Panic Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 55:200-205.
- Pollack, M. H.; Otto, M. W.; Rosenbaum, J. F.; Sachs, G. S.; O'Neil, C.; Ascher, R. & Meltzer-Brody, S. (1990). Longitudinal Course of Panic Disorder: Findings from the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 51 (supplement A), 12-16.
- Rangé, B. & Bernik, M. A. (2001). Transtorno de Pânico e Agorafobia. In: Range, B. (Org.) *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Um Diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Rangé, B. (2001). Programa de Treinamento a Distância para Tratamento do Transtorno do Pânico e da Agorafobia. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 28 (6): 331-339.
- Reiss, S.; McNally, R. J. (1985). Expectancy Model of Fear. In: Reiss, S.; Bootzin, R. R. (eds.). *Theoretical Issues in Behaviour Therapy*. San Diego: Academic Press. p.107-121.
- Robins, L. N. & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in América: The Epidemiologic Catchment Área Study*.

New York: The Free Press.

- Salkovskis, P.; Warwick, H.; Clark, D. & Wessels, D. (1986). A demonstration of acute hyperventilation during naturally occurring panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*. 29 161-166.
- Sartory, G. & Olajide, D. (1988). Vagal Innervation Techniques in the Treatment of Panic Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 26, 431-434.
- Savoia, M. G. (2004). Descatastrofização. In: Abreu, C. N. de & Guilhardi, H. J. (Orgs.). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental – Práticas Clínicas*. São Paulo: Roca.
- Savoia, M. G. (2006). Tratamento combinado do transtorno de pânico farmacológico e psicoterápico. *Revista de Psiquiatria Clínica*. v. 33, n.5.
- Shinohara, H. (2003). O Medo Nosso de Cada Dia. In: Brandão, M. Z. da S., Conte, F. C. de S., & Mezzaroba, S. M. B. (Orgs.) *Comportamento Humano II*. Santo André: Esetec. p. 77-79.
- Sidman, M. (2003). *Coerção e Suas Implicações*. Campinas: Livro Pleno.
- Skinner, B. F. (1953/2003). *Ciência e Comportamento Humano*. 11ª. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1989/2003). *Questões Recentes na Análise Comportamental*. 4ª. ed. Campinas: Papirus.
- Tesar, G. E.; Rosenbaum, J. F. & Pollak, M. H. (1991). Double-blind, placebo controlled comparison of clonazepam and alprazolam for panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 52: 69-76.
- Thorpe, G. L. & Olson, S. L. (1997). *Behaviour Therapy: Concepts, Procedures and Applications*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Zamignani, D. (2004). Dessensibilização Sistemática ao Vivo. In: Abreu, C. N. de & Guilhardi, H. J. (Orgs.). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental – Práticas Clínicas*. São Paulo: Roca.