



Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental

**CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO LATO SENSU EM TERAPIA
COGNITIVO- COMPORTAMENTAL**

CARINA RODRIGUES DE CASTRO

**CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PÂNICO**

SÃO PAULO

2016

CARINA RODRIGUES DE CASTRO

**CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PÂNICO**

**Trabalho de conclusão de curso de especialização
Área de concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Renata Trigueirinho Alarcon
Coorientadora: Prof^a. Msc. Eliana Melcher Martins**

SÃO PAULO

2016

Carina Rodrigues de Castro

Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental para o
tratamento do Transtorno de Pânico

Monografia apresentada ao Centro de Estudos em
Terapia Cognitivo-Comportamental como parte das
exigências para obtenção do título de Especialista
em Terapia Cognitivo-Comportamental

BANCA EXAMINADORA

Parecer: _____

Prof. Título: _____

Parecer: _____

Prof. Título: _____

São Paulo, _____ de _____ de _____.

AGRADECIMENTOS

Aos professores do CETCC, pela dedicação e conhecimentos compartilhados.

Aos meus colegas de turma, pela amizade, troca de conhecimentos e experiências.

Aos meus familiares e amigos, pelo apoio e compreensão.

RESUMO

Este trabalho objetiva investigar a contribuição da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento do Transtorno de Pânico. Visa também a compreensão dos demais aspectos clínicos do transtorno como diagnóstico, modelos e tipos de pânico. O presente estudo foi realizado através de pesquisa bibliográfica e em bases de dados PUBMED e SCIELO. A Terapia Cognitivo-Comportamental é de extrema relevância para a recuperação dos pacientes. Contribui com a retirada da medicação, mediante tratamento farmacológico, e evita recaídas.

PALAVRAS-CHAVE: ataques, pânico, tratamento, técnicas, terapia cognitiva, terapia comportamental.

ABSTRACT

This study aims to investigate the contribution of cognitive-behavioral therapy for the treatment of Panic Disorder. Also seeks to understand the other clinical aspects of the disorder as a diagnosis, models and types of panic. This study was conducted through literature and PUBMED and SCIELO databases. Cognitive-behavioral therapy is extremely important for the recovery of patients. Contributes to the withdrawal of medication by pharmacological treatment, and avoid relapse.

KEYWORDS: attacks, panic, treatment techniques, cognitive therapy, behavioral therapy.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	07
1.1 Critérios diagnósticos	08
1.2 Diagnóstico Diferencial.....	09
1.3 Tipos de Pânico	10
1.4 Agorafobia.....	10
1.5 Terapia Cognitivo-Comportamental.....	11
2 OBJETIVO	13
3 METODOLOGIA	14
4 RESULTADOS.....	15
4.1 Fatores de vulnerabilidade ao Transtorno de Pânico	15
4.2 Modelo Cognitivo do Transtorno de Pânico.....	16
4.3 Tratamento.....	17
4.4 Técnicas de enfrentamento da ansiedade (relaxamento muscular, controle da respiração)	20
4.5 Técnicas de Exposição Situacional e Interoceptiva	21
4.6 Reestruturação Cognitiva e Técnicas Cognitivas	22
5 DISCUSSÃO	27
6 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	34
ANEXOS	36

1 INTRODUÇÃO

Gentil (1994, p. 97) descreve o Transtorno de Pânico como:

Uma síndrome caracterizada pela presença de ataques de pânico: crises espontâneas, súbitas de mal-estar, sensação de perigo ou morte iminente, com múltiplos sintomas e sinais de alerta e hiperatividade autonômica, atingindo seu máximo em cerca de 10 minutos.

O Transtorno de Pânico (TP) ocorre, sobretudo, em adultos jovens na faixa etária entre 20 e 45 anos, podendo surgir na adolescência e raramente na infância (DSM-V, 2014). Nesta faixa etária os pacientes estão na plenitude de seu potencial de trabalho e com o transtorno são geradas consequências desastrosas voltadas tanto para o desenvolvimento profissional, quanto social. Constata-se que o Transtorno de Pânico existe com maior frequência em algumas famílias, significando haver uma participação importante de fatores hereditários na determinação de quem está sujeito ao distúrbio. Apesar dessa concordância, muitas pessoas desenvolvem o transtorno sem qualquer antecedente familiar. A prevalência em mulheres ocorre na proporção de 2:1 (BECK e CLARK, 2012).

Um ataque de pânico é inesperado e frequentemente seguido de medo de ter outro ataque. Quando ocorre em uma situação específica costuma levar o indivíduo a evitá-la. É geralmente descrito como uma experiência devastadora. Nas primeiras ocorrências os ataques são normalmente confundidos com outro mal-estar ou doença como problemas de pressão, indigestão ou infarto, até que a incidência dos mesmos aumente gerando sofrimento e fazendo com que os pacientes resolvam procurar ajuda, o que dificulta e atrasa o diagnóstico (RANGÉ, 1998).

O Transtorno de Pânico está classificado segundo o DSM-V (2014) como um transtorno de ansiedade, dentre o qual, apresentam-se características de medo e ansiedade excessivos.

Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga; e a ansiedade sendo mais frequentemente associada à tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. Os ataques de pânico se destacam dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo. Não estão limitados aos transtornos de ansiedade e também podem ser vistos em outros transtornos mentais (DSM-V, 2014).

Segundo Beck e Clark (2012) o medo é um estado ou resposta fisiológica a determinado perigo ou ameaça à própria segurança, e a ansiedade uma resposta mais ampla envolvendo subjetividade, cognição e afetividade ligadas à percepção de falta de controle diante de determinada circunstância ou situação com desfecho considerado imprevisível e ameaçador. O medo está presente em todos os transtornos ansiosos. Nos ataques de pânico, entretanto, o medo aparece como resposta mal adaptativa a uma situação que não apresenta perigo real, mas é vista como potencialmente ameaçadora devido interpretação errônea por parte do indivíduo que a vive. No estado anormal de medo, devido distorções na cognição, podem ocorrer alarmes falsos na ausência de qualquer circunstância ameaçadora ou hipersensibilidade a um estímulo percebido como ameaça potencial, mantendo o indivíduo num estado ansioso por um tempo maior que o esperado e geralmente prejudicando seu funcionamento social e profissional.

Barlow et al (2009) citam que ataques de pânico ocasionais atingem cerca de 3 a 5% da população mundial sem, no entanto, preencherem os critérios para o Transtorno de Pânico.

1.1 Critérios diagnósticos

De acordo com o DSM-V (2014) os critérios diagnósticos para o Transtorno de Pânico envolvem ataques de pânico recorrentes e inesperados com os seguintes sintomas:

- ✓ Palpitações, coração acelerado, taquicardia.
- ✓ Sudorese.
- ✓ Tremores ou abalos.
- ✓ Sensações de falta de ar ou sufocamento.
- ✓ Sensações de asfixia.
- ✓ Dor ou desconforto torácico.
- ✓ Náusea ou desconforto abdominal.
- ✓ Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.
- ✓ Calafrios ou ondas de calor.
- ✓ Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento).
- ✓ Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo).
- ✓ Medo de perder o controle ou “enlouquecer”.
- ✓ Medo de morrer.

Para o diagnóstico de Transtorno de Pânico ser considerado, os ataques de pânico devem ser recorrentes e haver uma ou mais das seguintes características:

não surgir em decorrência do uso de substâncias; não ocorrer em decorrência de outros estados ansiosos anteriores ou em resposta a exposição a estímulos fóbicos específicos, como um ataque de pânico secundário a uma exposição forçada de um fóbico social, por exemplo; preocupação do indivíduo a respeito de novos ataques; e mudança de comportamento significativa a fim de evitá-los (DSM-V, 2014).

A característica definidora do transtorno não é a presença de ataques de pânico em si e sim a ansiedade adicional com relação à ocorrência de pânico e suas consequências ou uma alteração significativa de comportamento decorrentes dos ataques (BARLOW et al 2009).

Assim, para que o diagnóstico seja considerado é necessária à ocorrência de um ataque de pânico do tipo inesperado (sem se associar a evento desencadeante), seguido pela preocupação persistente e excessiva, por um mês, de ter novos ataques além de outras mudanças comportamentais relacionadas às preocupações sobre os riscos ou consequências,

caso estes ocorram. Se, associado aos sintomas, o indivíduo assumir uma postura evitativa às situações que julga poderem lhe ocasionar novos ataques, pode-se considerar o diagnóstico de Transtorno de Pânico com agorafobia, descrito posteriormente neste trabalho (DSM-V, 2014).

1.2 Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial é realizado visto que, muitos sinais e sintomas do transtorno, até mesmo ataques de pânico, existem em outras condições e/ou doenças orgânicas e psiquiátricas. Entre as condições orgânicas, estão as alterações da tireóide, alterações metabólicas, disfunções do vestibulo auditivo, convulsões, uso de substâncias como cocaína e estimulantes, problemas cardíacos e outros (BECK e CLARK, 2012).

Conforme estudos, não existem evidências de que os ataques de pânico com fortes dores no peito venham a provocar qualquer tipo de doença cardíaca, nem de que doenças cardíacas possam ser a causa de pânico. Entretanto, um fato que merece destaque é que muitos pacientes portadores do Transtorno do Pânico apresentam prolapso da válvula mitral, uma alteração anatômica cardíaca. Não se sabe ainda se existe alguma ligação genética entre o prolapso e o pânico e também não há nenhuma prova de que o pânico leve à formação do prolapso e vice-versa, já

que muitas pessoas apresentam prolapso da válvula mitral sem apresentarem Transtorno de Pânico. A concomitância entre essas duas manifestações médicas é reconhecida e não muda em nada a evolução, o tratamento e a gravidade do Transtorno do Pânico e vice-versa (BECK e CLARK, 2012).

Os ataques de pânico podem ocorrer em uma variedade de transtornos de ansiedade como transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, fobia específica sem, no entanto, preencherem os critérios para o quadro de Transtorno do Pânico (BECK e CLARK, 2012).

1.3 Tipos de Pânico

Segundo Shinohara (2005), os ataques de pânico têm sido categorizados de diversas formas por diferentes autores. Shinorara (2005) apud Barlow (1988) descreve quatro combinações possíveis de ataques termos de “esperado” e “sinalizado”:

- ✓ Sinalizado e Esperado: o indivíduo relata saber que em determinado local terá um ataque;
- ✓ Sinalizado e Não esperado: o indivíduo relata que em determinado local não teria certeza se ocorreria ou não um ataque;
- ✓ Não sinalizado e Não esperado: o indivíduo relata que os ataques “surgiram do nada”;
- ✓ Não sinalizado e Esperado: o indivíduo relata que não sabe quando vai ter um ataque, mas sabe que vai tê-lo.

1.4 Agorafobia

Para Rangé (1998), frequentemente existe por parte do paciente uma preocupação e medo de que novos ataques ocorram e que nessa ocasião não haja escapatória, podendo então, desenvolver agorafobia (medo de estar em local ou situação da qual seria muito difícil ou embaraçoso sair ou na qual um socorro poderia não estar disponível na eventualidade de ocorrer um ataque de pânico). Isso geralmente ocasiona restrição na vida do paciente como evitar sair ou sair somente acompanhado, o que gera problemas relacionados ao trabalho, estudo, vida social, etc, além do medo e sofrimento constantes.

Além disso, muitas crises de pânico costumam ser inesperadas surpreendendo o paciente em situações variadas como ao dirigir um automóvel, diante de multidões, dentro de um banco, etc. Essas crises resultam em esquiva das

situações ou locais onde ocorreram caracterizando quadro de agorafobia (RANGÉ, 1998).

Portanto, se uma pessoa experimenta os efeitos totais de um alarme falso numa situação onde não haja uma saída possível sua atenção provavelmente será dirigida à essa situação que impede a tendência de fuga. Diversos locais como aviões, cadeiras de dentistas, igrejas, etc, cuja saída rápida pode ser embaraçosa tendem a ser evitados. A ansiedade agorafóbica pode ser inclusive antecipatória, ou seja, aparecer diante da simples possibilidade de ter que participar de determinadas situações ou locais, por exemplo (BARLOW e CERNY, 1999). Pânico e agorafobia costumam estar associados, visto que 95% dos agorafóbicos já tiveram uma crise de pânico e a maioria dos indivíduos com transtorno de pânico apresenta algum grau de agorafobia (BECK e CLARK, 2012).

O desenvolvimento de evitação agorafóbica pode ser descrito como uma tendência do indivíduo a usar a evitação como estratégia de enfrentamento e está mais relacionado à alta ansiedade antecipatória sobre a ocorrência de novos ataques, sensibilidade elevada à ansiedade e senso de controle diminuído; do que em relação à frequência e gravidade dos ataques em si (BECK e CLARK, 2012).

De acordo com Rangé (1998), o evitamento agorafóbico pode ser classificado como:

- ✓ Leve: algum evitamento, mas estilo de vida normal. Por exemplo: viajar desacompanhado, quando necessário.
- ✓ Moderado: Resulta num estilo de vida restrito. Por exemplo, a pessoa é capaz de deixar a casa sozinha, porém somente consegue percorrer alguns quilômetros desacompanhada.
- ✓ Grave: Por evitamento, resulta em estar parcial ou completamente restrita a casa ou incapaz de sair desacompanhada.

1.5 Terapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem estruturada, direta e colaborativa e com um forte componente educacional. Integra um modelo cognitivo de psicopatologia e um conjunto de técnicas e estratégias terapêuticas com fundamentação científica que permite, através de estudos empíricos, a verificação constante de sua eficácia.

O modelo cognitivo de psicopatologia baseia-se na hipótese de vulnerabilidade cognitiva como um modelo de transtorno emocional. Vulnerabilidade cognitiva se refere à tendência de certos indivíduos de cometer distorções sistemáticas ao processar informações, distorções que os predispõe a transtornos emocionais. Pressupõe que o pensamento disfuncional é um elemento importante nos transtornos mentais e sua modificação leva à melhora dos sintomas (BARLOW e CERNY, 1999).

Para o modelo cognitivo não é uma situação que determina as emoções e comportamento de um indivíduo, mas sim suas cognições ou interpretações a respeito dessa situação, as quais refletem formas idiossincráticas de reagir, de processar a informação (BARLOW e CERNY, 1999).

As técnicas advindas da Terapia Cognitiva objetivam primariamente modificar os pensamentos. Ensinam formas de autocontrole, mudança de cognições, crenças e comportamentos disfuncionais de um indivíduo (RANGÉ, 2001).

Além das técnicas cognitivas, a TCC para o Transtorno de Pânico agrega técnicas da Terapia Comportamental, como relaxamento e exposição, que objetivam diminuir e/ou extinguir o comportamento de esquiva e são baseadas no conceito de habituação, onde a redução de resposta de ansiedade a determinado estímulo ocorre a partir da exposição repetida ao mesmo (RANGÉ, 2001).

2 OBJETIVO

O objetivo do estudo é investigar o uso da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento do Transtorno de Pânico descrevendo a natureza do transtorno, as intervenções utilizadas em TCC e o desfecho esperado com essa modalidade de tratamento.

3 METODOLOGIA

Para o presente trabalho foi realizada revisão bibliográfica e busca de artigos nas bases de dados PUBMED e SCIELO utilizando os seguintes descritores: Transtorno de Pânico; Transtorno de Pânico e Agorafobia; Terapia Cognitivo-Comportamental; Terapia Cognitivo-Comportamental e Transtorno de Pânico.

Os critérios de inclusão e exclusão dos artigos foram:

✓ Inclusão: Documentos que abordassem as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno de Pânico de maneira quantitativa, qualitativa, descritiva e relatos de experiências.

✓ Exclusão: documentos que abordassem somente a abordagem medicamentosa e documentos que abordassem outras comorbidades.

4 RESULTADOS

4.1 Fatores de vulnerabilidade ao Transtorno de Pânico

De acordo com esse modelo, o Transtorno do Pânico (TP) surgiria da relação entre os estressores e a vulnerabilidade psicológica e biológica. Dentre os fatores de vulnerabilidade propostos por alguns autores e descritos por Barlow et al (2009) estão a genética e o temperamento, como o neuroticismo (uma propensão a emoções negativas a partir de fatores estressantes); sensibilidade à ansiedade que reativa o medo das sensações corporais; e histórico de problemas de saúde e abuso.

A explicação mais comum para os efeitos do estresse é aquela na qual este precipita e facilita um transtorno físico ou particular no qual o indivíduo já está predisposto. É possível que alguns indivíduos sejam vulneráveis a pânico durante períodos de estresse, geralmente definidos como eventos de vida negativos, tais como uma perda, doença, separação ou dificuldade interpessoal, como outras pessoas nestas mesmas condições são vulneráveis a outros tipos de transtornos. Como não há uma associação temporal da reação de medo com o evento de vida negativo, a pessoa é incapaz de especificar uma suposta causa para o medo. Na realidade não existe um antecedente que necessitaria de uma reação de alarme imediata, de luta ou fuga, por exemplo. Portanto, o alarme é falso. A ocorrência de um primeiro alarme falso, nesses indivíduos, pode estabelecer ocasião para que estímulos internos fiquem associados à sensação de ansiedade. Estes passam a sinalizar a possibilidade de outro alarme e a dispararem uma resposta condicionada de medo (BARLOW e CERNY, 1999).

O alarme falso, geralmente, não segue diretamente o evento estressante. Os fatores biológicos e cognitivos contribuem para a ocorrência de alarmes falsos em situações de estresse. Isso não significa, porém, que todas as pessoas que experimentam um estresse agudo venham a desenvolver pânico ou qualquer outro tipo de transtorno. Supõe-se que variáveis moderadoras diminuem os efeitos do estresse nesses indivíduos, como certas variáveis cognitivas e de personalidade, bem como apoio social, etc. (BARLOW et al, 2009).

Assim, indivíduos que apresentem vulnerabilidade biológica à ansiedade e que tenham aprendido um conjunto de crenças disfuncionais podem, em situações de vida adversas, disparar uma resposta autonômica inesperada. Estas sensações corporais passam, então, por um condicionamento interoceptivo e acabam associadas a qualquer mudança percebida no funcionamento geral do organismo (BARLOW et al, 2009).

O condicionamento interoceptivo está relacionado a sensações somáticas reduzidas de excitação ou ansiedade que se tornam estímulos condicionados, de forma que componentes somáticos iniciais da resposta de ansiedade venham a gerar surtos importantes de ansiedade ou pânico (BARLOW et al, 2009, p. 19).

A consciência interoceptiva, portanto, é um fator relevante e predisponente para o Transtorno de Pânico. Consciência interoceptiva é a capacidade de detectar sensações corporais de excitação que, se interpretadas como perigosas, podem desencadear um ataque. Isso porque há uma tendência em interpretar uma variedade de sensações corporais normais como catastróficas e reagir excessivamente a ela. (BARLOW e CERNY, 1999).

A avaliação negativa que esses indivíduos fazem de seus recursos pessoais para lidar com a experiência do pânico, bem como as crenças que têm a respeito do perigo que as sensações corporais representam, os colocam vulneráveis e interferem na apreensão crônica por novos ataques, já que associam indícios interoceptivos com alarmes falsos e se tornam sensíveis e vigilantes em relação aos indícios somáticos. Sem muitos recursos para lidar com experiência tão avassaladora, o indivíduo se engaja em evitações. A hipervigilância e certas formas de evitação, portanto, tendem a contribuir para a manutenção do quadro (BECK e CLARK, 2012).

4.2 Modelo Cognitivo do Transtorno de Pânico

A Terapia Cognitivo-Comportamental tem elaborado uma compreensão do Transtorno de Pânico que auxilia o terapeuta tanto na formulação do caso, quanto no planejamento da intervenção terapêutica. Segundo esse modelo, a forma como determinado acontecimento é interpretado é que gera uma emoção, na maioria das vezes, não condizente com a realidade. Assim, são as cognições do sujeito responsáveis pela sua ansiedade e não a situação em si. Isso explica o porquê

determinada pessoa demonstra tamanha ansiedade em relação a uma ameaça irreal e irracional (BECK e CLARK, 2012).

Durante a experiência do pânico o indivíduo é incapaz de avaliar realisticamente uma sensação física específica, considerando-a, inevitavelmente, de forma catastrófica. No Transtorno de Pânico os processos cognitivos primários que são responsáveis pelo início e manutenção do pânico ocorrem em um nível de ativação automática, isto é, não passam pelo pensamento, raciocínio e consciência. Isso ocorre porque o medo em si é uma resposta à necessidade de rápida avaliação de ameaça potencial para a sobrevivência do organismo (BECK e CLARK, 2012).

Existem outros processos que contribuem para a manutenção do pânico também conhecidos como processamento estratégico. São secundários e representam esforços elaborativos para lidar com a ansiedade aumentada e antecipação de pânico. Esses processos envolvem pensamento consciente, julgamento, raciocínio e memória e fornecem ao indivíduo uma avaliação secundária de recursos pessoais e capacidade de enfrentamento e resposta à ameaça percebida. O que se observa, no entanto, é que há uma incongruência por parte do sujeito entre a percepção do perigo e a percepção de sua capacidade de enfrentamento, ou seja, ocorre um erro cognitivo onde há uma percepção exagerada de perigo e uma impotência aumentada, uma subestimação da própria capacidade de enfrentá-lo (BECK e CLARK, 2012).

Um processo secundário que mantém um estado de ansiedade aumentada e conseqüente evitação e busca de segurança ocorre a partir da apreensão e preocupação acerca do pânico e da possibilidade de novos ataques (BECK e CLARK, 2012).

O modelo cognitivo, portanto, consiste na percepção exagerada e inadequada de um possível dano pessoal a partir de uma situação que envolve um estímulo neutro. Os indivíduos superestimam um estímulo que na realidade não é ameaçador e apresentam uma vulnerabilidade ao mesmo, demonstrando uma percepção errônea de impotência e incapacidade de enfrentamento em relação à situação. Assim, mesmo não havendo perigo real o indivíduo sente-se impotente justamente porque a capacidade de enfrentamento frente ao perigo percebido, que envolve uma avaliação mais consciente e racional, está prejudicada (BECK e CLARK, 2012).

4.3 Tratamento

O tratamento do Transtorno de Pânico pode ser feito em consultório ou ambulatório e é baseado em psicoeducação, farmacoterapia e psicoterapia. O tratamento busca tratar os sintomas agudos, ou seja, os ataques de pânico. Objetiva diminuir a frequência e a intensidade dos ataques; diminuir a ansiedade antecipatória e os sintomas de agorafobia se estiverem presentes; e abordar e tratar possíveis comorbidades. Este trabalho aborda somente a psicoterapia através da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o tratamento do Transtorno de Pânico, sem a presença de comorbidades.

Dentre as psicoterapias, a TCC é a que tem os resultados mais consistentes para o Transtorno de Pânico, sendo superior às terapias de controle de atenção psicossocial e a placebo na maioria dos estudos e apresentando uma boa aceitabilidade e aderência, rápido início de ação e uma boa relação de custo-efetividade (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Em pesquisa realizada com 562 pacientes com TP ou agorafobia, ou ambos, acompanhados por 1 ano, a metade da amostra, tratada com TCC, apresentou melhora do quadro de ansiedade. A outra metade, tratada com terapia psicodinâmica, apresentou resultados inexpressivos (KING et al, 2007 apud GOISMANET et al, 1994).

A Terapia cognitiva supõe que o comportamento é influenciado pela cognição. Esta pode ser monitorada e alterada e a partir das mudanças realizadas através da cognição, comportamentos são alterados. As mudanças na cognição envolvem mudanças no sistema de crenças intermediárias e nucleares a partir da mudança de pensamentos automáticos que são o nível de cognição mais superficial e, por isso, mais facilmente acessados pelo paciente (BECK e CLARK, 2012).

Em 1998, a American Psychiatric Association apresentou os resultados de 12 estudos controlados de terapia cognitivo-comportamental para pacientes com pânico, nos quais constatou que a TCC apresenta um índice de melhora de 78% comparada com a lista de espera, que obteve um índice de 26% e placebo 33% (SOARES e TENG, 2008).

“Estudos confirmaram que a TCC pode alterar o curso do Transtorno de Pânico não só para prevenir recaídas, mas também porque ela prolonga o intervalo entre elas” (OTTO e WHITTAL, 1995 apud MANFRO et al, 2008; OTTO e DEVENNEY, 2005 apud MANFRO et al, 2008)

“A TCC nos casos de transtorno do pânico, teria como premissa básica o descondicionamento das sensações corporais e do medo, utilizando os princípios de aprendizagem para enfraquecer comportamentos desadaptados” (YANO et al, 2003).

Nas primeiras sessões o terapeuta coleta os dados necessários através de entrevistas para uma análise de como o transtorno se apresenta naquele indivíduo em particular, já que os sintomas, número de ataques e os padrões de comportamentos evitativos diferem entre os pacientes. Neste sentido, é importante monitorar as sensações fisiológicas disparadoras, acessar as interpretações catastróficas e consequências temidas e as estratégias desenvolvidas para lidar com os ataques (YANO et al 2003).

Yano et al (2003) sugerem a realização de uma avaliação das ocorrências dos ataques de pânico espontâneos ou situacionais, frequência, estímulos desencadeantes, pensamentos disfuncionais, esquivas fóbicas e possíveis dificuldades decorrentes do quadro, logo no início da psicoterapia.

Barlow & Cerny (1999) descrevem vários instrumentos específicos que auxiliam a avaliação do caso, como entrevistas estruturadas, questionários e medidas de auto monitoramento. Os mais usados são o Registro Diário de Pensamentos, o Registro de Ataques de Pânico, o Inventário Beck de Ansiedade, e o Inventário Beck de Depressão.

Desde o início do tratamento o terapeuta esclarece dúvidas do cliente e fornece informações sobre a ansiedade e o transtorno de pânico buscando familiarizar o cliente com o modelo cognitivo (psicoeducação), o que facilita o envolvimento dele com o processo terapêutico e corrige falsas crenças sobre os sintomas presentes em um ataque de pânico. Além disso, utiliza a reestruturação cognitiva para identificar e corrigir distorções do pensamento, além de alterar as crenças disfuncionais sobre o funcionamento corporal e as consequências das sensações. São realizadas também técnicas comportamentais que incluem treinamento para diminuição da ansiedade como respiração diafragmática e relaxamento muscular, exposição interoceptiva, no intuito de que o paciente aprenda a lidar com os sintomas físicos do ataque de pânico e exposição in vivo, a fim de estimulá-lo a enfrentar as principais situações que teme por medo de passar mal e não encontrar saída ou ajuda (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Os resultados de um estudo com 76 pacientes com TP com ou sem agorafobia sugeriram que a combinação de técnicas cognitivas (psicoeducação, reestruturação cognitiva, técnicas de resolução de problemas) e comportamentais (exposição interoceptiva e in vivo) possui eficácia significativa na melhora da remissão dos sintomas agudos e na manutenção dos ganhos no acompanhamento até seis meses após TCC (GALASSI, et al, 2007 apud MANFRO et al, 2008).

Segundo Rangé (1998), a Terapia Cognitivo-Comportamental utiliza para o tratamento do Transtorno de Pânico várias técnicas que se sobrepõe, de modo que o indivíduo:

- ✓ Possa aprender a manejar seus sintomas corporais (relaxamento aplicado, treino respiratório);
- ✓ Elimine o “medo do medo” através de exposição sistemática às sensações corporais temidas (exposição interoceptiva).
- ✓ Deixe de interpretar de forma distorcida suas sensações corporais (reestruturação cognitiva);

As principais técnicas utilizadas pela TCC são descritas a seguir:

4.4 Técnicas de enfrentamento da ansiedade (relaxamento muscular, controle da respiração)

4.4.1 Relaxamento

O relaxamento é uma técnica efetiva para o enfrentamento da ansiedade. Consiste no tensionamento e relaxamento sistemáticos dos grupos musculares maiores de todo o corpo. Após passar por essa série de exercícios de tensão-relaxamento a maioria das pessoas fica relaxada. Com a prática (que é fundamental para conseguir o benefício máximo do tratamento) pode-se aprender a ficar relaxado com razoável rapidez. O indivíduo pode usar a habilidade de relaxamento quando perceber que está tenso e/ou agitado (BARLOW e CERNY, 1999).

Através de estudos realizados por Jacobson em 1938, foi demonstrado que a indução de um profundo estado de relaxamento atenua várias respostas reflexivas, melhora as atividades mentais e reduz reações emocionais incluindo reações à dor súbita (BARLOW e CERNY, 1999).

4.4.2 Controle da respiração (treino respiratório)

Barlow (1999) ressalta que ataques de pânico são considerados alterações respiratórias induzidas por estresse que, ou provocam medo porque são percebidos como amedrontadores, ou aumentam o medo já evocado por outros estímulos fóbicos.

Padrões de respiração impróprios levam à hiperventilação e aos sintomas fisiológicos que se originam de um aumento significativo na oxigenação sanguínea: tontura, sufocação e taquicardia”, sensações estas muito parecidas com um ataque de pânico e podem ser controladas por meio de respiração controlada (MANFRO et al 2008).

A respiração diafragmática é uma técnica que utiliza os músculos abdominais para o controle respiratório e consiste em treinar a respiração lenta e regular inalando-se pelo nariz, utilizando-se o diafragma e expirando muito lentamente pela boca, fazendo com que ocorra a diminuição dos batimentos cardíacos e consequente diminuição da ansiedade (SOARES e TENG, 2008).

Uma das técnicas utilizadas pela TCC pode induzir a hiperventilação propositalmente. O paciente é orientado a respirar rápida e profundamente por mais ou menos dois minutos, observar os efeitos da respiração acelerada e verificar sua proximidade com as sensações dos ataques de pânico. Se houver muita proximidade é constatado que a hiperventilação está contribuindo para os sintomas e então é ensinado ao paciente a técnica de controle da respiração (BARLOW e CERNY, 1999).

4.5 Técnicas de Exposição Situacional e Interoceptiva

São técnicas advindas da Terapia comportamental e são efetivas no caso das complicações comuns ao transtorno de pânico como agorafobia, hipervigilância e dependência dos familiares.

As técnicas de exposição referem-se a procedimentos nos quais o paciente se expõe a um estímulo que evoca medo na vida real (exposição in vivo), na fantasia (exposição por imagens) ou em alguma situação estruturada mas artificial (exposição in vitro). Esta última é conseguida através de formas de indução às sensações corporais que sinalizem a possibilidade de um alarme falso (BARLOW e CERNY, 1999).

Segundo Soares e Teng (2008), o procedimento de exposição ao vivo é indicado aos pacientes que apresentam situações de esquiva fóbica. Esse procedimento consiste na construção de uma lista de situações eliciadoras de ansiedade fóbica, elaborada pelo terapeuta e pelo cliente em colaboração. O paciente, em seguida, irá fazer uma confrontação progressiva, sistemática e por

tempo prolongado das situações temidas, hierarquicamente da menos temida para a que mais teme.

Essa técnica baseia-se em pesquisas que indicam que a exposição prolongada a uma situação temível facilita a eliminação de respostas de medo e pânico a essa situação. No entanto, a simples exposição passiva durante a qual não ocorre nenhum aprendizado não é suficiente para ocasionar mudanças terapêuticas no comportamento. O novo aprendizado que ocorre durante as tentativas de exposição é o elemento decisivo na terapia onde o paciente é encorajado a lidar diretamente com seu medo e ansiedade, assumindo um papel ativo (BARLOW e CERNY, 1999).

A exposição interoceptiva consiste em provocar sintomas físicos presentes na ansiedade por outros meios. O objetivo é que o paciente aprenda a discriminar os momentos em que os sintomas físicos são decorrentes da ansiedade ou de outros estímulos (SOARES e TENG, 2008).

Segundo Barlow (1999) o objetivo da exposição interoceptiva, como no caso da exposição a estímulos fóbicos externos, é romper ou enfraquecer as associações entre as sensações corporais específicas e as reações de pânico. A exposição interoceptiva é conduzida através de procedimentos que induzem seguramente sensações do tipo do pânico tais como: exercício cardiovascular, inalações de dióxido de carbono, movimento giratório numa cadeira e hiperventilação. A exposição ocorre de forma gradual.

4.6 Reestruturação Cognitiva e Técnicas Cognitivas

Reestruturação Cognitiva refere-se à reestruturação do sistema de esquemas e crenças do paciente, através da intervenção clínica. Segundo Rangé (1998), envolve a identificação e correção de pensamentos distorcidos assim como a contestação da veracidade desses pensamentos.

Barlow e Cerny (1999), baseados nas técnicas de Beck e Emery, desenvolveram um tratamento no qual os pacientes aprendem diversas técnicas cognitivas a fim de lidar com o estresse e com as reações e sintomas de ansiedade em relação aos ataques de pânico, reavaliando suas crenças sobre a avaliação de sugestões ambientais e internas (fisiológicas). As técnicas por eles apresentadas a

seguir são integradas com os procedimentos de relaxamento e exposição, descritos anteriormente.

4.6.1 Monitoramento de Cognições e Autoafirmações (RPDs)

Cognições mal adaptadas têm duas características principais: (a) elas são automáticas e (b) elas são previsões ou interpretações muito distintas de determinada situação. O termo automático significa que essas cognições com frequência ocorrem rapidamente em certas situações e podem ser inconscientes. O termo distinto refere-se ao fato de que essas cognições são comumente de conteúdo muito específico e incluem interpretações e previsões também muito específicas sobre a situação. A implicação para o tratamento é que o paciente deve primeiro tornar-se mais claramente consciente dos tipos de autoafirmações que está fazendo nas situações provocadoras de ansiedade e que ele deve aprender a perseguir o pensamento até chegar ao conteúdo ou previsão específica que está contribuindo para aumentar sua ansiedade (BARLOW e CERNY, 1999).

O terapeuta deve servir como modelo e treinador para esse tipo de automonitoramento e análise crítica de pensamentos provocadores de ansiedade e fazer com que o paciente possa explorar explicações alternativas para autoafirmações cognitivas, ou seja, possa questionar a si mesmo se há maneiras alternativas de enxergar a situação (BARLOW e CERNY, 1999).

4.6.2 Questionamento Socrático ou Análise Da Lógica Falha

São introduzidas ao tratamento técnicas que objetivam mudar as autoafirmações negativas do paciente, questionando e desafiando suas interpretações e suposições examinando as evidências e como ele chegou a determinadas conclusões. O paciente deverá, portanto, se perguntar como está interpretando certas situações e algumas das previsões negativas que está fazendo. As autoafirmações frequentemente precipitam ansiedade. Uma vez isoladas, o paciente poderá tratá-las mais como crenças ou hipóteses do que como fatos (BARLOW e CERNY, 1999).

4.6.3 Descatastrofização ou Seta Descendente (“E se”)

Essa técnica é geralmente utilizada após o debate socrático (análise detalhada da lógica falha). Objetiva auxiliar o terapeuta a apoiar a reinterpretação do paciente após este reconhecer que suas previsões negativas ou catastróficas quanto à determinada situação provavelmente não são tão plausíveis como imaginara. A técnica consiste em fazer com que o paciente se questione quanto à possibilidade de realmente o pior acontecer e qual o resultado disso. O terapeuta poderá, assim, encorajar o paciente a delinear especificamente as consequências do evento temido através de perguntas que envolvem esse evento (BARLOW e CERNY, 1999).

Geralmente, o nível de ansiedade do paciente aumenta com as perguntas e terapeuta e paciente podem discutir algumas das consequências esperadas do evento temido e avaliar se, de fato, as mesmas seriam tão intoleráveis quanto o paciente acredita ou se a ansiedade seria por tempo limitado. Ao mesmo tempo, nessas circunstâncias o paciente pode demonstrar que o evento temido tem implicações generalizadas por sua autoavaliação se, por exemplo, se ao responder à pergunta do terapeuta disser “Se eu tiver um ataque de pânico significa que não tenho controle sobre a minha própria vida”. Neste caso, o terapeuta usa o debate socrático para auxiliar o paciente no reconhecimento de que determinada conclusão é uma generalização injustificada (BARLOW e CERNY, 1999).

4.6.4 Fatores de Resgate

A discussão detalhada das consequências temidas permite que medidas que possam ser tomadas para corrigir determinada situação sejam exploradas. Geralmente o paciente, tendo evitado cogitar determinada situação temida por achar, por exemplo, que um ataque cardíaco induzido por pânico pode ser fatal, desconsidera o fator de resgate, como ambulância, hospitais, pessoas na situação, tratamento para situações cardíacas, por exemplo. A consideração desses fatores auxilia o paciente a considerar o evento temido dentro de uma perspectiva mais real e menos catastrófica (BARLOW e CERNY, 1999).

4.6.5 Testagem da Hipótese

Objetiva encorajar o paciente a monitorar cognições negativas e fazer previsões mais realistas sobre os eventos temidos. Consiste em fazer com que o

paciente, por exemplo, escreva previsões catastróficas a respeito de situações que ele imagina que ocorrerão durante a semana. Nas sessões seguintes, paciente e terapeuta podem verificar que poucas (ou nenhuma situação) se realizaram e examinar as evidências que confirmam ou não estas previsões (BARLOW e CERNY, 1999).

4.6.6 Reatribuição

Objetiva aumentar a efetividade das demais técnicas apresentadas e proporcionar, novamente, ao paciente reavaliar seus pensamentos. Visto que a maioria dos pacientes ansiosos tende a assumir total responsabilidade por um determinado evento, o terapeuta auxilia o indivíduo a separar aspectos de determinado problema sobre os quais ele tem o mínimo ou nenhum controle. Assim, o paciente pode ficar aliviado quanto à carga da responsabilidade auto imposta (irreal) e concentrar-se na situação que pode ser realmente capaz de mudar (BARLOW e CERNY, 1999).

4 6.7 Autoinstrução

O treino da autoinstrução possibilita ao paciente superar seus medos e crenças em relação a uma situação de ansiedade. Ele deve fazer autoafirmações que o auxiliarão a lidar com medos e ansiedade relacionados a situações associadas ao pânico ou procurar explicações alternativas em tais situações. O paciente deve desenvolver um conjunto de autoinstruções e o terapeuta pode fornecer-lhe uma lista de exemplos para que ele escolha duas ou três afirmações. Exemplos: “Eu posso continuar trabalhando mesmo se estiver ansioso”, “Posso lidar com essa situação”, “Se eu ficar aqui, com o tempo certamente minha ansiedade vai diminuir”, etc. (BARLOW e CERNY, 1999).

4.6.8 Interrupção e Refocalização do Pensamento

Visam aumentar o controle de pensamentos e imagens, por parte do paciente. Segundo Barlow e Cerny (1999), a ideia é cessar a insistência de pensamentos e imagens através do autocontrole e/ou refocalização da atenção. O terapeuta deve

instruir ao paciente a desviar intencionalmente a atenção de pensamentos e imagens catastróficas para os detalhes nas tarefas que ele está envolvido. Ao mesmo tempo, a refocalização ajuda o paciente a tornar-se envolvido com a situação, sem, no entanto, fingir que não está ansioso ou em pânico. O objetivo é reconhecer os sintomas de ansiedade, mas não ruminar sobre eles.

5 DISCUSSÃO

De acordo com Yano et al (2003) apud Gentil et al (1993), a estratégia principal de controle psicofarmacológico no controle dos ataques de pânico é o uso de antidepressivos. Drogas como clomipramina, imipramina, fluoxetina e, mais recentemente, a paroxetina, têm eficácia comprovada no controle dos ataques de pânico. No tratamento farmacológico, após o período de um ano de utilização a medicação é retirada gradualmente e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode ser utilizada para a manutenção da resposta.

No caso do reaparecimento de ataques de pânico, nem sempre será indicada reintrodução da medicação. Os pacientes devem ser orientados a manter as técnicas de enfrentamento minimizando assim as evitações fóbicas, procurar ajuda e reiniciar o tratamento rapidamente. No caso do curso crônico com recaídas, sugere-se a manutenção do medicamento a longo prazo associado à TCC para minimizar prejuízos na qualidade de vida desses pacientes (MANFRO e BLAYA, 2005).

De acordo com Carvalho et al (2008) apud Hunt et al (1998), diversos estudos apontam a eficácia da TCC para Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia e progresso na melhora durante anos após o término do tratamento, quando comparada com grupos-controle.

Estudos demonstraram que após quatro anos de terapia medicamentosa, cerca de 30% dos pacientes estão assintomáticos, 40-50% estão melhores, mas ainda sintomáticos, e 20-30% permanecem iguais ou piores. O tratamento breve com TCC (geralmente ao redor de 12 sessões) está associado a altos índices (75%) de pacientes livres de pânico. A eficácia demonstrada nos estudos sugere que os resultados de TCC são melhores do que a farmacologia de longo prazo: 87% dos pacientes permanecem sem ataques após um ano e 75-81% dois anos após a finalização de TCC breve (GOULD et al, 1995 apud MANFRO et al, 2008; OTTO e WHITTAL, 1995 apud MANFRO et al, 2008).

Desde o início do processo psicoterápico com a TCC, o terapeuta esclarece, através da psicoeducação, sobre o problema (influências biológica e psicológica) e sobre o papel da ansiedade no dia-a-dia das pessoas, assim como a importância dos medicamentos, possibilitando maior adesão ao tratamento através da confiança no terapeuta (YANO et al, 2003).

No tratamento do Transtorno de Pânico por meio da TCC, salienta-se o foco essencial na exposição (situacional para esquiva agorafóbica e interoceptiva para sinais corporais temidos); reestruturação cognitiva focada nas interpretações

catastróficas das sensações corporais; e técnicas de enfrentamento, a saber: treino de habilidades de tratamento de sintomas corporais (relaxamento aplicado) e treino respiratório (RANGÉ, 2001).

Segundo Yano et al, (2003) apud Clark, Salkovskis & Chalkley (1985), a reeducação da respiração é uma importante estratégia para lidar com a crise visto que 50% a 60% dos indivíduos que apresentam o quadro de pânico descrevem sintomas hiperventilatórios como muito parecidos aos sintomas de ataques de pânico. À medida que o paciente percebe que pode “produzir” as sensações temidas induzidas pela hiperventilação, tende a corrigir sua atribuição aos sintomas às catástrofes médicas e psicológicas.

Observa-se que as técnicas de relaxamento e controle de respiração facilitam o reconhecimento, por parte do paciente, das cognições presentes no momento das crises e, conseqüentemente, a redução da intensidade das mesmas, assim como facilitam a percepção do mesmo quanto à possibilidade de controle dos seus sintomas.

O conhecimento de procedimentos como exercícios respiratórios e de relaxamento muscular se constitui em instrumentos de autoconfiança para o paciente, que passa a ter recursos próprios para lidar com o Transtorno de Pânico, sabendo que, mesmo sem auxílio de outra pessoa, poderá acalmar-se e diminuir a ansiedade (KING et al, 2000 apud ÖST,1988).

Barlow e Cerny (1999) sugerem que no decorrer do tratamento o terapeuta introduza o relaxamento por lembrança no qual o paciente lembra qual a sensação do estado de relaxamento e tenta alcançar aquele estado sem relaxar os músculos, e o relaxamento por motivo, onde o paciente concentra-se na sua respiração, respira profundamente e pensa na palavra “relaxe”. Esse procedimento é repetido por diversas vezes e combinado com a palavra “relaxe” durante a expiração. A partir daí, pensar nesta palavra torna-se um motivo para o relaxamento.

Um estudo de tratamento de pacientes com Transtorno de Pânico e Agorafobia apenas com exposição utilizou-se de avaliações de follow-up que variaram de 2 a 14 anos. Verificou-se que esse tipo de tratamento pode acarretar efeitos duradouros, comprovando sua eficácia. Em uma amostra de 132 pacientes, 31 recaíram em algum momento do seguimento. Ofereceu-se novo tratamento baseado em exposições e 28 pacientes ficaram livres de ataques de pânico (CARVALHO et al, 2008 apud FAVA et al, 2001).

Para Barlow e Cerny (1999) o tratamento de exposição deve ser prolongado, repetido até que a ansiedade e o medo associados a determinadas situações sejam

eliminados, graduado de situações de baixo estresse para situações de alto estresse e planejado.

Segundo Rosos e Lotufo (1994), os resultados são melhores se a exposição durar mais de 90 minutos e quanto mais frequente for a exposição, melhor e mais rápido será o resultado. Além disso, uma avaliação do desempenho, através de um diário que controle a duração dos exercícios, ajuda a melhorar os resultados. A habituação só ocorre, no entanto, se o paciente estiver engajado na situação com a atenção voltada para os exercícios e não é eficaz caso o paciente esteja sob o uso do álcool ou benzodiazepínicos.

Nos casos de agorafobia é mais fácil identificar situações temidas (externas), através das quais as exposições podem ser planejadas. Essas situações se referem geralmente a igrejas, shoppings, transporte público, locais aglomerados, ou situações nas quais seja difícil escapar, no caso de um ataque de pânico. Alguns pacientes, no entanto, têm os ataques de pânico inesperadamente não os relacionando a nenhuma situação ambiental (externa). Nestes casos o procedimento *in vitro*, que envolve a exposição interoceptiva é mais utilizado (BARLOW e CERNY, 1999).

Um estudo de Fava et al (2001) descreve o tratamento de pacientes com Transtorno de Pânico com Agorafobia apenas com exposição. Foram utilizadas avaliações de follow-up que variaram de 2 a 14 anos. Os resultados sugerem que esse tipo de tratamento pode acarretar efeitos duradouros, comprovando sua eficácia. Em uma amostra de 132 pacientes, 31 recaíram em algum momento do seguimento. Ofereceu-se novo tratamento baseado em exposições e 28 pacientes ficaram livres de ataques de pânico (CARVALHO et al, 2008).

Segundo King et al (2007) apud Razran (1961), os ataques de pânico podem apresentar maior tendência de se tornarem recorrentes quando existem associações entre certas sensações ou sintomas corporais como sinais de possíveis novos ataques. Sendo assim, as atividades que produzem sensações corporais semelhantes aos sintomas físicos de ataque de pânico, como exercícios físicos, estímulos sexuais, ingestão de cafeína, alterações térmicas, entre outras, costumam ativar os ataques.

Nesse sentido, o foco da TCC nas sensações corporais é fundamental na primeira etapa do tratamento criando condições do paciente reestruturar os aspectos cognitivos mal-interpretados desenvolvidos que deram origem aos ataques de

pânico. O paciente percebe então que as reações corporais são naturais, não representando perigo real e é capaz de lidar com as sensações corporais sem medo, elaborando estratégias para lidar com os pensamentos e interpretações das sensações físicas até então distorcidos (KING et al, 2007 apud BECK e EMERY, 1985).

Visto que é essencial a terapia de exposição no tratamento do Transtorno de Pânico, Barlow e Cerny (1999) sugerem que sejam realizados treinamentos em visualização de imagens e exercícios para casa, de fácil realização. Essas oportunidades encorajam o paciente a praticar estratégias cognitivas de enfrentamento. O terapeuta deve explicar ao paciente que a prática das habilidades cognitivas é uma atividade contínua e necessária.

Para as estratégias cognitivas de enfrentamento (relaxamento e controle da respiração) sugere-se que sejam realizadas durante visualizações graduais de estímulos geradores de ansiedade, visto que, é mais fácil imaginar situações e na imaginação ver-se usando tais estratégias. Tais exercícios permitem ao paciente planejar quais habilidades cognitivas serão mais úteis para determinadas situações e como poderá empregá-las (BARLOW, 2009).

Deve ser realizada a integração das estratégias de enfrentamento com os tratamentos de exposição in vivo, já que elas por si só provavelmente não são suficientes para reduzir ataques de pânico, mas são úteis no sentido de aumentar a probabilidade de que o paciente complete a terapia de exposição planejada (BARLOW e CERNY, 1999).

Barlow e Cerny (1999) enfatizam que os registros são necessários ao tratamento, bem como a prática de habilidades e a generalização das estratégias de enfrentamento para uma grande variedade de situações de vida.

Segundo Carvalho et al (2008) apud Beck et al (1997), em um estudo que objetivou verificar o ritmo de mudança de variáveis clínicas, cognitivas e comportamentais durante exposição (interoceptiva e situacional) e reestruturação cognitiva no tratamento do Transtorno de Pânico com Agorafobia, verificou-se que reestruturação cognitiva e exposição mostraram-se igualmente efetivas no tratamento. Ambos os tratamentos foram igualmente significativos na modificação de pensamentos, resultado que aponta para estreita interrelação entre pensamentos e comportamentos.

Segundo Carvalho et al (2008) apud Salkovskis et al (2006):

Foi realizado um estudo em que compararam a eficácia de sessões de exposição ao vivo que utilizaram duas abordagens diferentes: uma delas com ênfase no processo de habituação (tendendo a uma abordagem puramente comportamental) e outra com o objetivo de desconfirmação de pensamentos catastróficos (TCC). Na primeira abordagem, o foco foi permitir a redução da ansiedade durante o enfrentamento da situação temida, com objetivo de extinguir a resposta ansiogênica, mostrando que o alívio da ansiedade mantém comportamentos de fuga e esquiva. Nessa modalidade, os pacientes foram instruídos a manter comportamentos de segurança para lidar com a ansiedade. Na outra modalidade de exposição, a diminuição e a reversão de comportamentos de segurança específicos eram encorajados de forma a desconfirmar a ocorrência das "catástrofes" temidas. Os resultados da pesquisa apontaram as exposições ao vivo com ênfase na desconfirmação de pensamentos catastróficos como mais eficazes, com melhoras nas medidas de autorrelato de ansiedade, pânico e evitação situacional.

Carvalho et al (2008) apud Murphy et al (1998) descrevem outro estudo onde confrontou-se a eficácia de técnicas cognitivas combinadas às técnicas comportamentais e técnicas comportamentais isoladas, como relaxamento e exposição, em pacientes com agorafobia severa. Constatou-se que somente as técnicas comportamentais, como a exposição, não foram suficientes para o tratamento de pacientes com agorafobia severa, sendo necessária sua combinação com as técnicas cognitivas, para potencializar a eficácia do tratamento.

A reestruturação cognitiva, portanto, é de suma importância no tratamento de Transtorno de Pânico, visto que visa interromper o ciclo de interpretações distorcidas, que é um importante foco de ansiedade. Através da identificação de pensamentos automáticos, sua avaliação e contestação, é possível a modificação dos pensamentos considerados disfuncionais e o paciente passa a perceber a realidade de forma mais objetiva e funcional, alterando os sentimentos negativos (Carvalho et al, 2008).

Os exercícios para casa devem ser individualizados para cada paciente e o encorajam a reavaliar suas cognições e crenças. Possibilitam-lhe a oportunidade de testar a validade das crenças e expectativas sobre situações estressantes. Conseqüentemente o paciente, ao colocar-se em situação estressante, estará fornecendo a si próprio, uma experiência de exposição (BARLOW e CERNY, 1999).

6 CONCLUSÃO

Frequentemente encontra-se entre os pacientes com Transtorno de Pânico certas reações distintas do próprio pânico, mas oriundas dele. Normalmente, depois do primeiro ataque, as pessoas experimentam importante ansiedade e medo de vir a apresentar um segundo episódio. Trata-se de uma extrema insegurança e, como as crises são fortes e muitas vezes associadas a mal-estar cardíaco, os pacientes acreditam que sofrem de algum mal cardiológico e outros, e costumam peregrinar pelos consultórios e laboratórios, além de prontos socorros em busca de auxílio.

Como o paciente não sabe quando sofrerá uma nova crise está sempre apreensivo. Quando associa a crise a determinado local ou situação passa a ter ansiedade referente a ele. A evitação é o comportamento decorrente da atribuição do local à crise. O nível de ansiedade e o medo de ter uma nova crise vão gradativamente aumentando até atingir proporções que podem predispor, dependendo do paciente, à ansiedade antecipatória diante da possibilidade de ter que sair de casa, podendo necessitar sempre de companhia e, posteriormente, sua recusa à sair devido ao medo de passar mal na rua, enlouquecer, perder o controle de repente ou de morrer subitamente. A ansiedade é tanta que os pacientes ficam ansiosos diante da possibilidade de virem a ficar ansiosos. Por causa disso, estes passam a evitar situações possivelmente facilitadoras da crise, prejudicando-se ocupacionalmente e/ou socialmente em graus variados. Afastamento do trabalho, faltas, impossibilidade de aceitar promoções e até pedidos de demissão, são situações corriqueiras na vida desses pacientes, sobretudo se o transtorno não for diagnosticado precocemente e venha acompanhado de agorafobia. Socialmente as recusas aos convites recebidos geram afastamentos e perda de contatos sociais.

Embora vários estudos tenham demonstrado a eficácia do tratamento farmacológico para o Transtorno de Pânico, uma proporção significativa dos pacientes permanece sintomática após o tratamento agudo, não apresentando uma remissão completa. Assim, enquanto doença crônica, o tratamento do Transtorno de Pânico deve ser mantido por um período longo. A Terapia Cognitivo-Comportamental tem sido então, recomendada para o tratamento dos sintomas residuais, particularmente quando persistem sintomas agorafóbicos e é também frequentemente indicada em qualquer momento do tratamento, pois seus efeitos,

associados aos medicamentos, parecem ser mantidos nas avaliações em longo prazo.

Nesse sentido são relevantes os estudos atuais no que diz respeito ao tratamento psicoterápico do Transtorno de Pânico. A TCC contribui para a diminuição do sofrimento causado pelos ataques e consequente diminuição da agorafobia presente em muitos pacientes.

REFERÊNCIAS

ABREU, N. C.; ROSO, M. **Psicoterapias cognitiva e construtivista**: Novas fronteiras da prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: (DSM-V). Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARLOW, D. H; CERNY, J. A. **Tratamento psicológico do pânico**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BARLOW, D. H; CERNY, J. A. **Transtornos psicológicos**: tratamento passo a passo. São Paulo: 4ª ed. Artmed, 2009.

BECK, A. T.; CLARK, D. A. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade**. São Paulo: Artmed, 2012.

BERNIK, M.; BORBA, A. G.; MELO, N. M. M.; RANGÉ, B. Transtorno de pânico e agorafobia. In: RANGÉ, B. organizador. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: 2ª ed. Artmed, 2011. Cap. 17, p. 238-261.

CARVALHO, M. R.; NARDI, E. A.; RANGÉ, B. Comparação entre os enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico. **Revista de Psiquiatria Clínica**. vol.35, no.2. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-> Acesso em: 02.ago.2016.

GENTIL, V. Transtorno de Pânico. In: GENTIL, V. N.; NETO, F. L. (orgs.). **Pânico, fobias e obsessões**. São Paulo: EDUSP, 1994. Cap. 7, p. 95-105.

GREENBERG, R. L. Transtorno do pânico e Agorafobia. In: SCOTT, J.; WILLIAMS, J. M. G.; BECK, A. T. (orgs.). **Terapia cognitiva na prática clínica**: Um manual prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. Cap. 2, p. 31-59.

KING, A. L. S.; VALENÇA, A. M.; NETO, V. L. M.; NARDI, A. E. A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: relato de caso, **Revista de Psiquiatria Clínica**. vol.34 no.4. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000400005>. Acesso em: 23.jun.2016.

MANFRO, G. G.; BLAYA, C. **Transtorno do pânico**: diretrizes para o uso de psicofármacos e algoritmo. 2005. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Algoritmo%20do%20Pânico%20%20final.pdf>. Acesso em: 02.abr.2016.

MANFRO, G. G.; HELDT, E.; CORDIOLI, A. V.; OTTO, M. W. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2008. 30 Suppl 2: s81-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600005. Acesso em 28.jul.2016.

RANGÉ, B. Transtorno do pânico e agorafobia. In; RANGÉ, B. (org.). **Psicoterapia comportamental e cognitiva dos transtornos psiquiátricos**. São Paulo: Editorial Psy II, 1998. Cap. 5, p. 67-103.

RANGÉ, B. Transtorno de pânico e agorafobia. In: RANGÉ, B. organizador. **psicoterapias cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 145-82.

ROSO, M. C.; NETO, F. L. Terapias psicológicas para os transtornos ansiosos. In: GENTIL, V.; NETO, F. L. (orgs.). **Pânico, fobias e obsessões**. São Paulo: EDUSP, 1994. Cap. 12, p. 153.

SALUM, G. A.; BLAYA, C.; MANFRO, G. G. **Transtorno do pânico**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23.mar.2016

SHINOHARA, H. Transtorno de pânico: da teoria à prática. **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva**. Rio de Janeiro: v. 1, n. 2, p. 115-122, dez. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25.jul.2016.

SOARES, O. T.; TENG, C. T.: **Como Diagnosticar e Tratar o Transtorno do pânico**. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3948. Acesso em: 08.jul.2016.

ANEXOS

Termo de Responsabilidade Autoral

Eu Carina Rodrigues de Castro, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental, sob o título "Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento do Transtorno de Pânico", isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Aluno (a)