



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA  
COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

**ROGÉRIO CARLOS DA SILVA**

**O TRANSTORNO DE PÂNICO SOB A PERSPECTIVA DA  
PSICODINÂMICA E TERAPIA COGNITIVO  
COMPORTAMENTAL**

**São Paulo**

**2016**

**ROGÉRIO CARLOS DA SILVA**

**O TRANSTORNO DE PÂNICO SOB A PERSPECTIVA DA  
PSICODINÂMICA E TERAPIA COGNITIVO  
COMPORTAMENTAL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização.

Área de concentração: Terapia Cognitivo  
Comportamental

Orientadora: **Prof.<sup>a</sup> Dra. Renata Trigueirinho Alarcon**

Coorientadora: **Prof.<sup>a</sup> Msc. Eliana Melcher Martins**

**São Paulo**

**2016**

SILVA, Rogério Carlos da.

O Transtorno de Pânico Sob a Perspectiva da Psicodinâmica e Terapia Cognitivo Comportamental. – 2016.

66 f : il. color. + CD-ROM

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC). 2016. Orientação: Prof <sup>ª</sup>. Dra Renata Trigueirinho Alarcon. Coorientação: Prof <sup>ª</sup>. Msc Eliana Melcher Martins.

1. TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL. 2. PSICODINÂMICA. 3. TRANSTORNO DE PÂNICO. 4. LIVRO IMPRESSO. 5. E-BOOK. I. Silva, Rogério Carlos da. orient II. Alarcon, Renata Trigueirinho. III. Martins, Eliana Melcher. coorient. IV. Título.

Rogério Carlos da Silva

O Transtorno de Pânico sob a perspectiva da Psicodinâmica e da Terapia Cognitivo Comportamental

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: \_\_\_\_\_

Profa. \_\_\_\_\_

Parecer: \_\_\_\_\_

Profa. \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

*“Não se pode criar experiência. É preciso  
passar por ela. Pois o êxito é fácil de obter. O  
difícil é merecê-lo.”*

*Albert Camus*

*“A vida é a soma das suas escolhas.  
Por isso abençoados os corações flexíveis;  
Pois nunca serão partidos.”*

*Albert Camus*

## AGRADECIMENTOS

*À minha grande estimada amada inspiração, Sophia, meu sonho. À amizade, estima e companheirismo de Talita, Patrícia e a todos aqueles que direta ou indiretamente me auxiliaram e contribuíram para as bases deste trabalho, com amizade, paixão, disposição, paciência, irmandade, fé e amor.*

*À professora Eliana Melcher, minha coorientadora em TCC, por ter me ajudado a compreender os preceitos básicos da terapia cognitivo-comportamental, com seu vasto conhecimento e experiência. À minha orientadora, Renata T. Alarcon, por sua sinceridade, atenção e conselhos valiosos que me ajudaram a desenvolver esta monografia.*

*Aos meus pais, Maria Áurea e José Lopes, pelo dom da vida, pelo amor incondicional; por acreditarem em minhas convicções e continuamente me inspirarem bons valores e me apoiarem nos momentos difíceis. Aos meus irmãos, Aline, Eduardo, Karine e Anderson pelos bons momentos, por saudosas lembranças e pelo suporte nos momentos difíceis. À minha tia Francisca que sempre foi solícita e presente como uma avó. À tia Lúcia, prima Andrea e família. Ao meu tio Adail e família. Família Lopes, Carlos, Silva; Izabel Carmo e Manuel Inácio. Em memória dos meus avós Lucas, Biluca e Apolinário Lopes por representarem figuras de determinação, sabedoria, fé, luz e inspiração.*

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo verificar por meio de revisão bibliográfica, a conceitualização do Transtorno do Pânico (TP) sob a perspectiva da Psicodinâmica e da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), bem como a averiguar as principais técnicas e estratégias de ambas as correntes psicoterápicas para lidar com os desdobramentos dessa nosologia, isto é, a partir de suas peculiares medidas interventivas e tratamentos. Os estudos selecionados estão situados entre 2006 e 2016. Tivemos como foco as pesquisas acadêmicas que visassem descrever quais os protocolos mais atualizados e adequados para a intervenção psicoterápica/ farmacológica do Transtorno de pânico, incluindo trabalhos de revisão, ensaio clínico, estudos de caso, a partir de plataformas de buscas como: IndexPsi, Lilacs, Psique, PsycINFO, PubMed, Capes, Scielo, material digital e livros. Os resultados das buscas e o conteúdo das pesquisas demonstram que há um grande arcabouço informativo e interventivo em artigos científicos para a TCC e um número quase ínfimo em relação à Psicanálise/Psicodinâmica, a nível nacional. Foram encontradas a nível internacional, principalmente em língua inglesa, um razoável número de pesquisas e artigos científicos em Psicodinâmica, como o protocolo de psicoterapia focada no pânico (PPFP), desenvolvido por Milrod, Busch e colaboradores, todavia, em relação as pesquisas científicas, observa-se uma carência de trabalhos da Psicodinâmica em comparação com pesquisas científicas e acadêmicas disponíveis em TCC, voltadas para o TP a nível mundial. Além disso, observou-se que para alguns autores na Psicodinâmica, a Teoria do Apego de Jonh Bowlby, apresentou-se como um constructo teórico profícuo para compreensão e intervenção não só do TP, mas, também, de outros transtornos de ansiedade, o que pode fomentar outras pesquisas. Contatou-se também, que a TCC demonstrou técnicas eficientes que auxiliam na remissão dos sintomas a partir de técnicas como a hiperventilação, exposição interoceptivas, exposição in vivo e, entre outras, que auxiliam na dessensibilização sistemática, propiciando a remissão dos sintomas a curto e médio prazo dos estímulos condicionados ao TP. Não obstante, sugere-se que novas pesquisas possam ser delineadas, com mais abrangência e fixidez nos aspectos etiológicos, epidemiológicos, clínicos e diagnósticos do TP, para nortear novas técnicas de intervenção e prevenção, tanto na TCC como na nas psicoterapias de base Psicodinâmica. O intuito é identificar já a partir da infância, a vulnerabilidade mediante a tal quadro nosológico, no que tange seus aspectos diagnósticos, etiológicos, assim como o seu tratamento clínico, ainda de difícil acesso e compreensão, e que já desponta neste século nas grandes cidades, como um grave problema na saúde pública.

**Palavras-Chave:** Terapia Cognitivo-Comportamental. Psicodinâmica. Transtorno de Pânico. Conceitualização e Técnicas. Revisão Bibliográfica.

## ABSTRACT

The objective of this study was to verify the conceptualization of Panic Disorder (PT) under the perspective of Psychodynamics and Behavioral Cognitive Therapy (CBT), as well as to investigate the main techniques and strategies of both psychotherapeutic Deal with the developments of this nosology, that is, from its peculiar intervention measures and treatments. The selected studies are located between 2006 and 2016. We focused on academic research aimed at describing the most up-to-date and adequate protocols for the psychotherapeutic / pharmacological intervention of Panic Disorder, including review work, clinical trial, case studies, From search platforms such as IndexPsi, Lilacs, Psyche, PsycINFO, PubMed, Capes, Scielo, digital material and books. The results of the searches and the content of the research show that there is currently a large informational and interventional framework in scientific articles for CBT and a very small number in relation to Psychoanalysis / Psychodynamics at the national level. A number of research and scientific articles on psychodynamics, such as the panic-focused psychotherapy protocol (PPFP), developed by Milrod, Busch et al., Were found, mainly in the English language, mainly in English. However, in relation to scientific research , There is a shortage of psychodynamic works in comparison with scientific and academic research available in CBT, oriented to PT worldwide. In addition, it was observed that, for some authors, in Psychodynamics, John Bowlby's Theory of Attachment was a useful theoretical construct for the understanding and intervention not only of PD but also of other anxiety disorders. Which may encourage further research. It has also been reported that CBT has demonstrated efficient techniques that help in the remission of symptoms through techniques such as hyperventilation, interoceptive exposure, in vivo exposure and, among others, that aid in systematic desensitization, favoring the remission of symptoms in the short and Medium term, of the stimuli conditioned to the TP. Nevertheless, it is suggested that new research can be delineated, with more comprehensiveness and fixity in the etiological, epidemiological, clinical and diagnostic aspects of PD, to guide new techniques of intervention and prevention, both in CBT and psychodynamic psychodynamics. The aim is to identify already from childhood, vulnerability through such a nosological framework, as far as its diagnostic and etiological aspects are concerned, as well as the clinical treatment, which is still difficult to access and understand, and which has already emerged in this century in large cities, such as A serious problem in public health.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy. Psychodynamics. Panic Disorder. Conceptualization and Technical. Treatment. Literature review.

## LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Aspectos críticos do transtorno de pânico.....	28
Tabela 2 - Resultados dos artigos revisados em TCC .....	29
Tabela 3 - Resultados dos artigos revisados em Psicodinâmica.....	45
Tabela 4 - Exercícios de exposição interoceptiva para pacientes.....	54

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 Transtorno do Pânico .....	11
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivo específico.....	17
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	18
<b>4. RESULTADOS</b> .....	20
4.1 O Pânico como produto do mal estar na pós modernidade .....	20
4.2 Transtorno de Pânico e Terapia Cognitivo Comportamental .....	23
4.3 Transtorno de Pânico e Psicodinâmica .....	32
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	48
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	56
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	59

## 1. INTRODUÇÃO

O transtorno do pânico é responsável por ataques recorrentes e inesperados, faz parte dos transtornos de ansiedades, geralmente se manifesta em circunstâncias imprevisíveis como um mal-estar intenso, súbito, desatinando um medo irracional, exacerbado e incapacitante, responsável por sintomas físicos e cognitivos como: taquicardia, sudorese, dispneia, desmaios, pensamentos e sensação de morte iminente, despersonalização, pensamentos de desrealização, perda de controle. Por suas crises se manifestarem rapidamente através de um surto repentino, o medo abrupto e intenso atinge seu ápice em questão de minutos. Além disso, em alguns indivíduos que já experimentaram tal experiência e desconforto, o receio de que outras crises possam acontecer, pode ser responsável por reforçar e desencadear o comportamento de esquiva ansiosa antecipatória chamada de Agorafobia. Tais sintomas trazem um enorme prejuízo a saúde e dificultam as relações sociais e interpessoais (CID 10, 1993).

Em dados recentes, a OMS diz que 33% da população mundial sofre de ansiedade, entre um dos mais prevalentes está o Transtorno de Pânico (PROGRESSO, 2016)

Vale ressaltar, que de acordo com o DSM-V (2014), mesmo apesar do pânico se destacar dentro dos transtornos de ansiedade, como uma espécie subjetiva e peculiar de resposta ao medo, este não se limita apenas aos transtornos de ansiedade, mas também pode ser observado como sintoma em outros transtornos mentais.

O presente trabalho tem o intuito de realizar um levantamento bibliográfico, com o auxílio do método descritivo, para contextualizar o Transtorno de Pânico (TP) sob a perspectiva da Psicodinâmica e da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), assim como compreender, a partir de uma revisão, as técnicas interventivas utilizadas por ambas, para lidar com as suas consequências e sintomas. Vale ressaltar, que este trabalho não tem a pretensão de ser um estudo comparativo, com intuito de aferir a Terapia Cognitivo Comportamental à Psicodinâmica, em termos de eficácia, nem tão pouco, esgotar definitivamente a ampla temática disponível ao TP. Ao invés disso, ao longo dos capítulos deste trabalho, nossa proposta terá o intuito de dialogar com outras pesquisas, que

possam dentro de suas perspectivas, elucidar e agregar para a compreensão desse transtorno crônico, de ampla complexidade e difícil diagnóstico.

## 1.1 O Transtorno de Pânico

A palavra pânico deriva de Pã, entidade da mitologia grega, que representa um medo incoerente, tremor súbito ou pavor repentino. Pânico está vinculado a representação de totalidade, isto é, há um medo generalizado. O deus de incerteza, Tezcatlipoca, de acordo com os Astecas, é responsável por esses episódios de terror repentino (PIETRO, 2013).

No francês, encontramos a palavra panne, substantivo feminino o qual tem o significado de parada por defeito, avaria em português, pode representar a súbita parada de um mecanismo que estava funcionando adequadamente (MENEZES, 2006).

O DSM V (2014) avalia que os ataques podem acontecer inesperadamente em questão de minutos, manifestando quatro (ou mais) dos treze sintomas físicos e cognitivos como um mal-estar intenso. As frequências dos ataques variam de modo considerável: moderadamente frequentes (um por semana), mais frequente (todos os dias) e menos frequentes (dois por mês, durante muitos anos), além de variar de acordo com a comorbidade com outros transtornos, características demográficas, histórico familiar e dados genéticos. Importante lembrar que o surto abrupto pode ocorrer inesperadamente entre um estado considerado calmo ou um estado ansioso.

A duração, de acordo com Rachman (2004, apud CLARCK e BECK, 2012) é de cerca de 5 a 20 minutos, entretanto num estado aumentado de ansiedade, pode delongar-se por mais tempo, após o episódio de pânico cessar.

Entre os sintomas estão: palpitações ou taquicardia, sudorese, abalos ou tremores, sensações de sufocamento ou falta de ar, sensação de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, sensação de tontura, instabilidade, vertigens e desmaio, calafrio ou onda de calor, parestesias (anestesia ou sensação de formigamento), desrealização (perda de contato com a realidade), despersonalização (sensação de estranhamento de si), medo de perder a consciência e enlouquecer, sensação de morte iminente (DSM V, 2014).

Na cidade de Atenas, um templo de Pan foi construído ao lado de *Ágora*, que era considerada o núcleo e coração da antiga Atenas. Reconhecida como o ponto de encontro de reunião entre as pessoas que discutiam política, lei e entre outras atividades comerciais e sociais. Local o qual a democracia foi inventada e também ponto referencial para difusão da filosofia de Sócrates, assim como local que foi julgado e condenado a morte. Muitas pessoas nutriam medo (*phobos*) de frequentar tais aglomerações, daí deriva-se o termo para agorafobia, que se associa ao pânico, em alguns pacientes, como uma das sequelas provocadas pela sequência de crises e mal-estar (VARELLA, 2011; GOULART, 2013; TRINTINAGLIA, 2009).

De acordo com Trintinaglia (2009) a agorafobia não está condicionada apenas a espaços abertos, mas sobretudo a aspectos relacionados ao pavor de aglomerações, as quais dificultem o livre acesso à saída para um local seguro.

O CID 10 (1993) salienta que por conta dos ataques de pânico acontecerem de forma fortuita, aleatória e imprevisível, o indivíduo acaba desenvolvendo estratégias compensatórias para lidar com novas crises, desenvolvendo como medida de prevenção a evitação a lugares que se assimilam com situações as quais foi surpreendido pelo mal-estar, sobretudo em lugares onde a fuga ou possibilidade de ajuda torne-se difícil ou embaraçosa. Esta esquivada compensatória, tomada como medida preventiva, pode dar origem a agorafobia, responsável por uma ansiedade crônica, persistente e antecipatória em alguns indivíduos, trazendo sérios danos e prejuízos a convivência social.

Em relação a gravidade do TP em indivíduos, estes podem ter ataques considerados com sintomas completos (quatro ou mais sintomas) ou limitados (menos de quatro sintomas), sendo necessário para o diagnóstico do transtorno, mais de um ataque de pânico inesperado com sintomas completos, isto é, com quatro ou mais sintomas (DSM V, 2014).

Entre as preocupações mais inerentes aos indivíduos acometidos pelo TP, estas geralmente estão condicionadas a preocupações físicas, ou preocupação em relação a doenças ameaçadoras à vida (como doenças cardíacas e convulsivas); preocupações pessoais inerentes ao constrangimento ou medo de julgamento negativo por outras pessoas devido as crises de pânico imprevisíveis que possam se manifestar além do controle inibitório ou do autocontrole. Além de preocupação em relação ao funcionamento mental, isto é, preocupação com o receio de surtar e

enlouquecer. (DSM V, 2014). Tais ataques de pânico, imprevisíveis, quase que de forma constante podem reforçar o medo da solidão ou de frequentar lugares sociais com uma alta concentração de pessoas, podem ser acompanhados ou não de agorafobia (CID 10, 1993).

Segundo Neto (2010) o TP inicia-se geralmente por volta da adolescência ou jovens, acometendo cerca de 1 a 2 % da população, em geral, sendo mais prevalente no sexo feminino.

Baère (2015), em concordância com Neto (2010), reitera que o TP é mais comum em mulheres sendo, em geral, que a sintomatologia inicia-se também no período da adolescência e que há, todavia, um risco de um familiar de primeiro grau, quase sete vezes maior, de se ter um membro que vá desenvolver o mesmo transtorno (TELCH e LUCAS, 1994 apud BAÈRE, 2015).

Salum et al (2009) também concorda com Neto (2010) e Baère (2015) em relação a prevalência do TP no sexo feminino, já que observa que o TP é por volta de duas vezes mais comum em mulheres, iniciando-se geralmente no fim da adolescência ou no começo da vida adulta, por volta dos 20 e 30 anos; raramente há relato da manifestação do TP em crianças.

De acordo com o DSM V (2014) embora seja rara a manifestação em crianças, a prevalência abaixo dos 14 anos é de 0,4%. Em adultos após os 64 anos, a taxa do TP registra um declínio, assim como em crianças é bem incomum, entretanto pode ocorrer em alguns casos. Já a proporção de indivíduos femininos e indivíduos masculinos afetados pelo pânico, esta é de dois para um, sendo observável esse contraste entre os gêneros já a partir da adolescência.

Entre suas causas predisponentes e desencadeantes, ainda inexplicáveis e sem consenso entre os pesquisadores, os fatores genéticos, ambientais e sociais associados ao estresse e ao uso abusivo de substâncias como drogas e álcool, podem ser os principais fatores. Observa-se que muitos dos que são acometidos por esse mal súbito, apresentam quadros de depressão. Alguns dos seus sintomas podem confundidos com sinais bem peculiares a um infarto, além disso, em alguns casos, o álcool é utilizado como uma alternativa para mitigar as crises de ansiedade (VARELLA, 2011).

Neto (2010) salienta que as experiências de ansiedade de separação, por volta da primeira infância, também podem ser consideradas um fator preponderante para tornar os indivíduos mais suscetíveis ao TP.

Salum et al., (2009) cita uma pesquisa realizada pela *National Comorbidity Survey (NCS) Replication*, utilizando uma amostra representativa da população estadunidense, a qual observou nas pessoas consultadas, que 23% dos indivíduos preenche critérios para ao menos uma crise de pânico esporádica ao longo da vida. A agorafobia concomitante com ataques de pânico sem fechar todos os critérios para TP, chegou a 1%.

Já observando a prevalência do TP, ao longo da vida, o resultado encontrado foi de 5%, destes 4% sem agorafobia e 1% com agorafobia. Verificou-se também que a gravidade clínica tende a se reforçar em termos de cronicidade com a presença da agorafobia, incapacitando ainda mais seus portadores. Por volta de 95% dos consultados apresentaram incapacitações entre moderado e grave condicionados ao transtorno e somente 21% dos pacientes com ataques de pânico isolados sofrem com incapacitações de moderado a grave (SALUM et al., 2009).

A prevalência na população geral, entre os Estados Unidos e países europeus segue uma estimativa entre 2% a 3% em adolescentes e adultos. Estimativas mais baixas foram observadas em países asiáticos e africanos, com taxa variando entre 0,1 a 0,8% (PROGRESSO, 2016; DINIZ, 2016).

De acordo com estudo realizado recentemente no Brasil e divulgado pela OMS, os resultados apontam que 29,6% dos paulistanos, residentes da região metropolitana, possuem algum tipo de perturbação mental. A pesquisa foi realizada em 24 grandes cidades de diversos países. Dos problemas mais comuns no estudo, estão os relacionados com a ansiedade, afetando 19,9% das 5.037 pessoas, entre os mais prevalentes está o TP. A alta vulnerabilidade social e as situações de estresse constante nas grandes cidades, conflitos familiares, mudanças intempestivas de vida, violência sexual e entre outras experiências de impacto, estão entre os principais catalisadores (PROGRESSO, 2016; DINIZ, 2016).

Para Trintinaglia (2009) existe atualmente um avanço com psicofarmacos que estão cada vez mais sólidos e com uma menor incidência de efeitos colaterais indesejáveis e, o mais importante, cada vez menos oferecem riscos ao desenvolvimento da dependência do organismo, tanto física quanto emocional, ao paciente. Inicialmente o objetivo da medicação é equilibrar a bioquímica, reduzindo o excesso de angústia a um nível plausível, de modo que em concomitância com o

tratamento psicoterápico, a harmonia possa ser restabelecida.

No circuito neural, local onde há uma troca intensa informações entre as sinapses neuronais, mais precisamente, no interstício espacial entre os neurônios, conhecido como fenda pré-sináptica; para que a transmissão de dados seja efetiva e ocorra, se faz necessário a presença importante dos neurotransmissores, no pânico, especificamente, há um desequilíbrio bioquímico que afeta e causa uma alteração importante com os neurotransmissores noradrenalina e serotonina (TRINTINAGLIA, 2009).

No TP, a condução do tratamento medicamento visa administrar ansiolíticos associados a antidepressivos, entretanto, outros medicamentos podem ser introduzidos de acordo com o perfil de cada paciente, já que cada paciente responde de uma forma bem específica às diferentes medicações (TRINTINAGLIA, 2009).

Não obstante, se faz necessário um bom acompanhamento psiquiátrico com um profissional o qual o paciente possa sentir certa confiança, e que este faça uma avaliação detalhada periodicamente, já que a relação médico/paciente torna-se central nos rumos do tratamento, sendo essencial em alguns casos específicos, o acompanhamento de uma equipe multiprofissional. Outro dado considerável a relevar seria correspondente a um perfil específico de paciente, o portador de doenças orgânicas. Tal perfil de paciente pode não reagir muito bem a certos medicamentos, sendo importante que seja bem estudada a estratégia mais adequada, em suma, o que é adequado para um perfil é um ameaça para outros (DIB et al., 2006; TRINTINAGLIA, 2009; ARAÚJO et., al, 2012 apud TORQUATO, 2014).

Trintinaglia (2009) cita ser extremamente importante que o profissional antes de medicar os psicofarmacos, peça a realização de exames específicos para detectar a condição clínica às vulnerabilidades causadas por outras doenças orgânicas.

As medicações no caso do pânico funcionam basicamente como um anti-inflamatório para quem está com uma inflamação, analgésico para quem está com dor, insulina no caso da diabetes ou AZT para quem tem Aids, ou seja, são de suma importância, contudo, não há ainda um psicofarmaco que 'magicamente' subtraia totalmente os efeitos devastadores do pânico.

Entretanto, como observa Trintinaglia (2009), vale a pena salientar que a

medicação traz condições para que o paciente possa pensar com mais serenidade novamente, todavia, se esse pensar não foi trabalhado no espaço analítico, não terá muita qualidade, uma vez que a medicação por si só não busca os significados e significantes ocultos da angústia e do pavor que cerca o pânico. Por isso torna-se de suma importância a interação entre os psicofarmacos e a psicoterapia adequada ao perfil de cada paciente

Em sequência, nos próximos capítulos, a partir da revisão bibliográfica, procura-se observar e delinear como o TP é conceitualizado por duas abordagens terapêuticas: A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e a Psicodinâmica.

## 2. OBJETIVOS

**2.1 Objetivo geral:** Descrever através do levantamento bibliográfico como a Psicodinâmica e a Terapia Cognitivo Comportamental definem conceitualmente o Transtorno de pânico.

**2.2 Objetivo específico:** Descrever quais os métodos específicos de intervenção da Psicodinâmica e da Terapia Cognitivo Comportamental em relação ao Transtorno de Pânico.

### 3. METODOLOGIA

A proposta deste trabalho é observar e descrever o Transtorno de Pânico a partir de um levantamento bibliográfico, no que tange os aspectos conceituais e interventivos inerentes à abordagem psicodinâmica e cognitiva, a partir de buscas em bibliotecas digitais como: Medline, Scielo, PubMed e PsycInfo. Também recorreremos a livros específicos, material informativo digital e artigos científicos que tinham como temática o transtorno de pânico a partir da perspectiva de ambas as abordagens. Os critérios de inclusão foram apenas artigos em português e inglês que abordassem o transtorno de pânico pelo viés da TCC ou da Psicodinâmica e que enfatizassem as principais técnicas interventivas em relação ao TP e seu respectivo tratamento. Entre os de exclusão, tivemos acuidade para selecionar pesquisas e trabalhos atualizados e publicados nos últimos 10 anos (recorte correspondente ao período de 2006 a 2016). Utilizou-se para coleta de dados nessa presente pesquisa descritiva e qualitativa, o método de pesquisa bibliográfico de acordo com Marconi e Lakatos (2010).

Dos 1034 trabalhos listados na base de dados, foram selecionados 140 que abordavam sobre a TCC como opção para o tratamento e intervenções e 47 artigos em Psicodinâmica, posteriormente foram selecionados 7 artigos que atendiam especificamente aos critérios propostos pelos objetivos desse trabalho em TCC e Psicodinâmica. Entre os descritores utilizados em inglês: Cognitive-Behavioral Therapy, CBT, Psychodynamics, Panic Disorder, Conceptualization and Technical, Treatment. Descritores em português: Terapia Cognitivo-Comportamental, Psicodinâmica, Transtorno de Pânico, Conceitualização e Técnicas; Tratamento. Entre os trabalhos selecionados para definição conceitual e técnicas interventivas para o TP na Psicodinâmica: “Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica”, Gabbard, (2016); “Um ensaio clínico controlado randomizado de psicoterapia psicanalítica do transtorno de pânico”, Milrod et al., (2007) (original em inglês); “Um estudo demonstrando a eficácia da psicoterapia psicanalítica no transtorno de pânico: implicações para pesquisas psicanalíticas, teoria e prática”, Busch et al., (2009) (original em inglês); “A clínica psicanalítica atual: obsessão, compulsão, fobia e pânico”, Lowenkron, (2009); “Psicodinâmica focada no pânico em uma mulher com Transtorno de Pânico e Transtorno de Ansiedade

Generalizada”, Sandberg et al., (2012), (original em inglês); “Avaliação da presença de trauma e da qualidade do apego em pacientes com transtorno do pânico”, Seganfredo, (2008); “Um protocolo unificado transdiagnostico para o tratamento psicodinâmico dos transtornos de ansiedade: uma abordagem baseada em evidências”, Leichsenring, (2012) (original em inglês).

Já os artigos em Terapia Cognitivo Comportamental (TCC): “Técnicas cognitivas comportamentais para o tratamento do transtorno do pânico”, Baère (2015); “Transtorno do pânico”, Salum et al., (2009); “Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de Pânico e agorafobia: uma história de 35 anos”, Rangé, (2008); “Uma revisão bibliográfica de técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas no Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Pânico e Fobia Social”, Farria, (2011); “Terapia Cognitivo Comportamental: Estado de Arte”, Maia et al., (2015); “Treinamento físico intervalado como ferramenta na terapia cognitivo-comportamental do transtorno de pânico”, Sardinha et al., (2011); “A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: relato de caso”, King et al., (2007).

## 4. RESULTADOS

### 4.1 O Pânico como produto do mal estar na pós modernidade

O pânico nos dias atuais, reflete apanágios e idiosincrasias da vida desequilibrada que a maioria dos indivíduos vivenciam na sociedade atualmente. As profundas injustiças sociais, a falta de segurança ou proteção, a alta competitividade num mundo cada vez mais globalizado e imerso no virtual e em seus simulacros, assim como as crises caóticas na área da saúde, cada vez mais reverberam o sentimento de abandono e desamparo do homem pós-moderno (TRINTINAGLIA, 2009).

As expressões de modelos de subjetividades na atualidade, na chamada pós modernidade, representariam certas formas de sofrimento consideradas como psicopatologias da atualidade, entre elas o pânico. Seriam, portanto, um modelo de produção específico de produção de subjetividade na sociedade cotidiana. De acordo com Giddens (1991 apud MENEZES, 2012) a crise maior passa pela questão que já não se marca a história, atualmente.

A modernidade, de acordo com Giddens (1991 apud MENEZES, 2012), é condizente com um padrão de organização social que emergiu na Europa no séc. XVII. A terminologia modernidade vincula-se com uma série de transformações sociais, políticas e intelectuais a partir da difusão do iluminismo, mesclando posteriormente a revolução industrial e as grandes mudanças inseridas pelo capitalismo. A partir daí estabelece-se que o ideal de progresso se estabelece a partir da razão e da ciência, como resultado inerente aos padrões crítico surgidos no Renascimento. (BAUMAN, 1998 apud MENEZES, 2012)

Tal mentalidade embalou realizações e aspirações na sociedade humana, determinado a ideologia e uma dinâmica de sistema caracterizado pela "obsessiva marcha adiante". Em suma, o iluminismo desde a revolução francesa enunciou o ideal de felicidade o qual o homem tornar-se-ia protagonista em relação à natureza, com base na razão científica, e, esta, por sua vez se incumbiria de constituir uma sociedade mais justa e igualitária. Essa ideologia prometia uma reforma que traria grandes mudanças à sociedade e ao espírito humano. (MENEZES, 2012)

Desde modo tal ideologia predominante na modernidade foi responsável por alterar a ordem social por intermédio de suas conquistas culturais, políticas, tecnológicas e científicas. Diversos estilos e costumes de vida surgiram ou se originaram dando origem a novas formas de organização social. Observou-se a evidência do declínio da esfera política e pública (MENEZES, 2012)

A mescla entre público e privado e as chamadas novas formas de identidade social como o socialismo, fundamentalismo, tribalismo etc. As consequências da informatização geraram um acréscimo na produção material no cotidiano, ecológica e as dimensões da globalização (MENEZES, 2012).

Tais fenômenos provocam alterações de grande significância, dando origem a modos de vida social que demandavam o enquadramento de subjetividades compatíveis a tal cenário (MENEZES, 2012).

As instituições mais básicas em suas dimensões subdividem-se em: industrialismo, capitalismo, vigilância e poder militar, como organizadores da dinâmica inter-relacional direta ou indiretamente nas instituições da modernidade. Tal combinação entre as mais variadas criou possibilidades para o advento da pós-modernidade (MENEZES, 2012).

Para Bauman (1998 apud Menezes 2012,) o que conduziu a sociedade humana foram certos ideais, entre eles o de ordem, pureza e beleza, os quais são perseguidos à custa do maior predicado humano atual: a liberdade individual, que antes era talvez a responsabilidade para todos edificados dentro da ordem.

De acordo com Costa (1984 apud MENEZES, 2012) ao refletir sobre essas manifestações narcísicas da cultura, Freud antevê o funcionamento de uma sociedade onde haveria o declínio da autoridade e da perda na crença. Freud denominou “pânico narcísico a partir de um cenário de estado social em que os indivíduos, sem lei e sem deus, agiriam exclusivamente pressionados pelo medo ou interesse e motivos privados.

Bauman, inspirando no mal-estar na civilização de Freud, procura a partir do contraste entre os termos modernidade e pós-modernidade, estabelecer diferenças entre o modo de subjetividade moderna e a subjetividade pós-moderna; observa que a pós-modernidade não conseguiu promover frente ao mal-estar, a sua superação. Para ele o que fez foi reconfigurar o mal-estar (Menezes, 2012).

Para Giddens (1991 apud MENEZES, 2012) a pós-modernidade define-se pela ausência da história. A historicidade humana que se orientava pelo eixo

temporal a partir do presente, avaliando o passado e projetando-se no futuro, na opinião de Lyotard, evaporou-se. Aumentado a sensação de desamparo e desvalia, produzindo em larga escala a sensação de vazio que incita a busca frenética por objetos que tamponarem esse vazio e que estabelecem um sentido à vida dos indivíduos.

Em suma não há segurança, num cenário assim, utilizando a metáfora de Bauman, vivemos tempos líquidos, onde além da instabilidade nada foi feito para durar. E isto seria responsável pela sensação de engodo e desamparo do homem pós-moderno, que encontra saída no consumismo como modo de criar identidades temporárias e artificiais a partir das marcas que consome (MENEZES, 2012).

Não obstante, já que no cenário da vida pós-moderna o indivíduo não consegue ter garantia de um terreno estável e profícuo para se fixar e se abrigar, mediante a perda de referenciais, há uma tensão constante no esforço da constituição da identidade individual que não pode retificar e lidar com as consequências do processo de desvinculação estabelecido nos sistemas sociais geridos pela pós-modernidade. Os egos são agora flutuantes e estão à deriva, por oposição a solidez e continuidade do contexto de outras épocas (MENEZES, 2012).

Tais fenômenos provocam alterações de grande significância, dando origem a modos de vida social que demandavam o enquadramento de subjetividades compatíveis a tal cenário. O dinamismo da pós-modernidade se deve basicamente a separação do tempo e do espaço, o processo de desencaixe dos sistemas sociais e a apropriação reflexiva do conhecimento, tais características presentes nas instituições modernas, acabaram se adequando a desregulamentação e a liberdade individual (MENEZES, 2012).

As expressões de modelos de subjetividades na atualidade, na chamada pós-modernidade, representariam certas formas de sofrimento consideradas como psicopatologias da atualidade, entre elas o pânico. Seriam, portanto, um modelo de produção específico de produção de subjetividade na sociedade cotidiana (MENEZES, 2012).

## 4.2 Transtorno de Pânico e Terapia Cognitivo Comportamental

Através dos trabalhos pioneiros e visionários de Aron Beck, terapeuta mundialmente famoso e de grande influência entre os maiores psicoterapeutas de todos os tempos, no início dos anos 60, deu origem ao que conhecemos hoje como Terapia Cognitivo Comportamental. Desde 1960, essa corrente psicológica, desenvolveu-se e tornou-se uma das mais significativas no tratamento de uma vasta classe de transtornos. Teve sua origem vinculada aos estudos depressivos, os quais foram importantes para detectar e constatar as primeiras evidências de um funcionamento psíquico vinculado ao que conhecemos atualmente como estruturas cognitivas (MOURA e SOUSA, 2009).

Nos primórdios, Aaron Beck foi um psicanalista até certo tempo, quando começou a se deparar com pacientes com depressão. Beck percebeu que a técnica psicanalítica não estava trazendo resultados significativos e que os pacientes com depressão apresentavam melhoras de seus sintomas independente do tratamento psicanalítico (ASSIS, 2011).

Assim, investiu ainda mais em seus estudos baseando-se também na utilização dos pressupostos empíricos da teoria da melancolia de Freud. Não satisfeito, Beck aprofundou seus estudos e desenvolveu trabalhos significativos sobre a depressão, contribuindo para mudar, melhorar e expandir os modelos de tratamentos psicológicos disponíveis até então, voltados para a ansiedade, depressão, transtorno de pânico e entre outros. Além disso, também criou e fez progredir uma série de técnicas e instrumentos primorosos para mensurar a gravidade de síndromes singulares, acrescentando conhecimentos originais à compreensão e precaução do suicídio (MOURA E SOUSA, 2009; BECK, 1997 apud ALMEIDA, 2013).

Não obstante, o pilar que sustenta a TCC, parte do pressuposto que, entre outras coisas, os comportamentos não são apenas controlados pelo ambiente, mas, sobretudo, pelos processos cognitivos da mente, entre eles a consciência, percepção, memória, atenção e entre outros. A terapia cognitiva de Beck, define que processos psicológicos que sustentam comportamentos disfuncionais constroem-se a partir de crenças nucleares disfuncionais. Estas crenças disfuncionais são cristalizadas e perpetuadas através das distorções cognitivas e

crenças intermediárias, todavia, alterando-se as crenças pode se alterar os pensamentos, sentimentos e comportamentos considerados patológicos (ASSIS, 2011).

Beck defende a tríade negativa sobre como as pessoas veem elas mesmas, o mundo e o futuro. Estas podem ser acessadas e modificadas através de um questionamento direto, conhecido como debate socrático, por intermédio da técnica da seta descendente, o qual o paciente pode compreender quais são suas crenças nucleares, as quais possuem um significado subjacente aos pensamentos denominados automáticos, ou pelo padrão que se estabelece entre pensamentos automáticos e situações específicas (MOURA e SOUSA, 2009).

Operacionalizada e estruturada, estabeleceu-se com base em evidências empíricas, que são prontamente derivados de seus pressupostos teóricos. Se faz necessário em terapia um aprofundamento das origens dos pensamentos automáticos disfuncionais, desse modo, será possível acessar as crenças centrais do paciente, que nada mais são do que ideias fixas e arraigadas, vinculadas ao processo de desenvolvimento de cada indivíduo, como experiências de infância, tidas como verdades absolutas e irredutíveis. A resposta emocional, comportamental e fisiológica do indivíduo responde de forma disfuncional às distorções cognitivas que influenciam todo o funcionamento psíquico, perpetuando o mal-estar e os transtornos psicológicos (MOURA e SOUSA, 2009).

Tais indivíduos com distorções cognitivas psicológicas possuem tendência a processar cada situação e interpretar de modo errôneo ocasiões positivas ou até mesmo neutras, isto é, seus pensamentos automáticos trabalham contra elas, podendo ser tendenciosos e auto sabotadores (MOURA e SOUSA, 2009).

Em tempos atuais, têm-se observado o acréscimo de demanda de indivíduos que possuem uma ansiedade exacerbada nos consultórios de psiquiatria e psicologia. Tais sintomas manifestam-se de forma somática, cognitiva ou comportamental. O que denominamos por transtornos ansiosos são assimilados e diagnosticados quando suas manifestações e sintomatologia são acentuadamente vigorosas, perenes e percebe-se uma disparidade vinculada a situações extremas, trazendo um imenso prejuízo social à vida do paciente (RAMOS, 2006 apud BAÈRE, 2015).

Como observa Baère (2015) a *American Psychiatric Association* (APA) divulgou que o transtorno de pânico costuma ter seu diagnóstico a partir de uma

sequência de crises súbitas, com recorrências a ataques imprevisíveis, seguidos de preocupações persistentes de, mais ou menos, um mês, trazendo como consequência certa mudança significativa de comportamento, produto e efeito dos ataques.

Para Clarck e Beck (2012) o transtorno de pânico são ocorrências inesperadas e intermitentes de desconforto, medo de início súbito e intenso, acompanhados por uma hiperexcitação fisiológica, além disso, a conceituação do pânico é postulada como um medo adquirido a partir de determinadas sensações corporais e a agorafobia como uma resposta à previsão dessas sensações. Onde há a presença de uma ideação verbal ou imaginária distorcida, a qual não é compatível com a realidade, que reage a essa excitação autonômica, provocando os sintomas corpóreos, que são reinterpretados como uma tragédia física ou mental, como o medo de estar perdendo a razão, de estar enlouquecendo ou de que se vai morrer.

De acordo com Clarck e Beck (2012) pânico e agorafobia estão intrinsecamente interligados, na maioria de indivíduos com TP, apresentando-se uma grande proporção de evitação agorafóbicas em cerca de 95% das pessoas, as quais relatam agorafobia em concomitância com TP, no passado ou atual. Em dos estudos epidemiológicos de Kessler et al., 2005, o TP possuía uma prevalência de 12 meses de 2,7%, já a agorafobia sem TP, um pouco menos comum com 0,8%.

Para Barlow e Craske (2009), geralmente os sintomas são tanto físicos quanto cognitivos, passando pelo medo intenso e o temor. Acredita-se que as predisposições biológica e psicológica elevem a vulnerabilidade à aquisição desse mal-estar. No demais, os ataques são distintos em relação ao início das crises, podem ser súbitos e inesperadas e de duração curta, ao contrário do surgimento gradativo da ansiedade.

Do ponto de vista do paciente, na maioria das vezes, sua manifestação parece ocorrer sem um fator visível específico desencadeador; um mal-estar que acaba surgindo como 'fator surpresa'. Sendo o diagnóstico realizado a partir de uma sequência de ataques inesperados com recorrência de pelo menos um mês, junto a um excesso de preocupações persistentes e mudança de comportamento significativa, em função dos ataques (BARLOW e CRASKE, 2009).

Barlow e Craske (2009) citam que nos ataques de pânico encontra-se uma

tendência imperativa à ação, com mais frequência à necessidade de fugir e com uma menor frequência à necessidade de lutar, e que essas tendências implicam numa elevada excitação do sistema nervoso autônomo para manter a reatividade luta-fuga. Tal reatividade é acompanhada geralmente por percepções de ameaças iminentes de perigo, como morte, perda de controle ou ridicularização pública.

Além dessa forte excitação autonômica e de uma intensa e incontrolável ansiedade, há a ideação verbal ou imaginária distorcida de catástrofe física e mental, como por exemplo, o receio de enlouquecer. No geral, não é tão somente fundamental a presença de sintomas fisiológicos na manifestação do pânico, mas, também, como esses sintomas são interpretados pelos indivíduos (CLARK e BECK, 2012).

Baère (2015) salienta que os episódios, crises e ataques de pânico no modelo cognitivo-comportamental, são oriundos de interpretações baseadas em catastrofizações associadas às sensações corporais. Alguns sintomas desagradáveis como sudorese e dores fortes no peito, ou cabeça, podem fazer alusão a um infarto ou acidente vascular cerebral em pacientes com distorções cognitivas de catastrofização.

Quando o indivíduo as vivencia continuamente, pode ativar o pensamento automático de estar realmente desenvolvendo um ataque. Essas distorções de percepção com base em tais manifestações corporais podem colaborar para intensificar a ansiedade, produzindo um agravamento dos sintomas, gerando novas crises, reforçando e perpetuando o transtorno (CLARK, 1986 apud BAÈRE, 2015).

Para Barlow e Craske (2009), a ansiedade excessiva em confluência com cognições catastróficas representa o diferencial entre pessoas com TP em relação às outras que sentem apenas pânico ocasional. Caracteriza-se como uma preocupação frequente e um medo grave e intenso. Acredita-se que as diretrizes de condicionamento do medo, a resposta comportamental evitativa e o processamento específico de informação, além da ocorrência da presença constante do afeto negativo, contribuam para reforçar esse mal-estar

Não obstante, de acordo com esses autores, a abordagem cognitivo comportamental orientada aos fatores de perpetuação, isto é, a partir dos três fatores de vulnerabilidade: a vulnerabilidade biológica, vulnerabilidade psicológica e a terceira vulnerabilidade condicionada às primeiras experiências de

aprendizagem, as quais possuem grande relevância no direcionamento da ansiedade para algumas áreas de preocupação, são correspondentes ao perfil do indivíduo que sofre ou que virá sofrer, algum dia, com o TP (BARLOW e CRASKE, 2009).

Barlow e Craske (2009) supõem que o protocolo de tratamento para TP continua avançando com credibilidade e sustentação empírica e não ficou inerte ao longo dos anos. A credibilidade que demonstra tal eficácia terapêutica é resultado de diversos estudos que indicam que a TCC, enquanto abordagem, oferece vantagens em relação a outros enfoques alternativos ao tratamento do TP, isoladamente ou combinada com o tratamento farmacológico.

No que tange os aspectos de seu diagnóstico, seja farmacológico ou psicoterápico, deve ser realizado o diagnóstico de TP e verificar se há presença de comorbidades, já que o TP associa-se a uma taxa de comorbidade diagnóstica muito alta, o que dificulta o diagnóstico e o seu tratamento. De acordo com uma grande amostra clínica (N= 1.127), Brown e colaboradores, observaram que 60% dos indivíduos com o diagnóstico dominante de TP com agorafobia (n = 360) possuíam pelos menos um outro transtorno do Eixo I (CAMPBELL et al., 2001 apud CLARCK e BECK, 2012)

BARLOW (2009 apud BAÈRE, 2015) cita que o TP possui um diagnóstico de difícil acesso e detecção, já que outros transtornos como fobias específicas, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno de ansiedade generalizada (TAG), podem atinar com crises de ataques de pânico, em muitos indivíduos.

O tratamento psicoterápico da TCC para o TP pode ser realizado individualmente ou em grupo. Tem com características sessões estruturadas, breves e focais, com etapas e metas direcionadas, tanto pelo terapeuta, quanto pelo paciente, que passa ter um papel ativo baseado em tarefas e técnicas específicas ao longo do tratamento (BAÈRE, 2015).

O paciente deve aprender, como observa Baère (2015), a identificar os gatilhos, isto é, saber identificar quais as sensações físicas específicas que se manifestam durante os ataques, além de tomar ciência das crenças e distorções cognitivas inerentes as crises. Na tabela abaixo, Clarck e Beck (2012) pontuam os principais aspectos, comportamentos, sensações, pensamentos disfuncionais e gatilhos do TP:

---

**QUADRO 1– Aspectos críticos do transtorno de pânico**


---

- . Gatilhos situacionais
  - . Início abrupto de excitação fisiológica
  - . Autofoco aumentado, hipervigilância de sensações corporais
  - . Catástrofe física, mental ou comportamental percebida
  - . Apreensão, medo de futuros ataques de pânico
  - . Ampla busca de segurança (fuga, evitação, etc.)
  - . Falta de controle percebida
  - . Qualitativamente distinto de ansiedade
- 

(Clarck e Beck, 2012) Variedade de ataques de pânico. Pág 284.

O descondicionamento da intensidade do medo associada às sensações corporais, valendo-se dos princípios da TCC e de suas premissas mais básicas, por intermédio da aprendizagem de técnicas, acaba por mitigar os comportamentos disfuncionais desadaptados, ao longo do tempo, trazendo resultados satisfatórios (BAÈRE, 2015).

O tratamento em terapia cognitivo, entre tantas outras técnicas, envolve: psicoeducação dentro do modelo de terapia cognitivo, ativação intencional de certas sensações corporais e esquemas subjacentes de medo, Além de reestruturação cognitiva e uma profícua rearticulação das interpretações errôneas das sensações corpóreas (CLARCK e BECK, 2012).

A TCC é uma modalidade terapêutica indicada para pacientes com TP, seja como primeira escolha ou também para pacientes que apresentam resposta parcial (permanecem com sintomas residuais como ansiedade antecipatória e evitação fóbica) após tratamento farmacológico. Estudos comprovam que a TCC pode modificar o curso do TP, tanto em curto como em longo prazo, tanto na prevenção das recaídas como no prolongamento do intervalo entre elas. Além disso, a TCC pode ser realizada como monoterapia ou combinada ao tratamento farmacológico, apresentando eficácia comprovada (CLARCK e BECK, 2012).

Em nosso meio, Heldt et al. (2003) verificaram que a TCC em grupo foi eficaz no tratamento de pacientes com TP refratários ao tratamento farmacológico. A seguir, a tabela referente às técnicas no transtorno de pânico a partir da TCC.

**Tabela 2 – Resultados dos artigos revisados em TCC**

AUTOR/ANO	TÍTULO	TÉCNICA/Procedimentos	SÍNTESE
Rangé (2008)	“Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de Pânico e agorafobia: uma história de 35 anos”	TCC utilizada com: Dessensibilização sistemática, análise dos RDPD, reestruturação cognitiva, hiperventilação, habituação interoceptiva, de exposição situacional, reestruturação existencial, exposição interoceptiva. Técnica A.C.A.L.M.E.S.E..	Descrição do protocolo Vencendo o Pânico: Programa de Tratamento Multicomposto Específico para o Transtorno de Pânico e a Agorafobia. Protocolo composto por 8 (oito) sessões TCC, com duas primeira sessões focadas numa avaliação inicial, além de escalas recomendadas para serem preenchidas em casa; uma reavaliação dessas escalas ao final da penúltima sessão e, durante esta, novamente os pacientes levam para preencher em casa. Em grupo observou-se que os pacientes obtiveram melhora acentuada em seus sintomas. O intuito foi preparar paciente para que este pudesse continuar processo sem a mediação do terapeuta.
Farria (2011)	“Uma revisão bibliográfica de técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas no Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Pânico e Fobia Social”	TCC utilizada com: Reestruturação Cognitiva, Psicoeducação, Técnicas para enfrentamento da ansiedade e Exposição interoceptiva e ao vivo para conduta evitativa.	Descrever técnicas utilizadas Com eficácia no tratamento de TAG, TP E FS. A avaliação demonstrou, a partir dos estudos da revisão, que as técnicas utilizadas nos transtornos descritos, foram efetivas
Maia et al., (2015)	“Terapia Cognitivo Comportamental: Estado de Arte”	Colaboração do paciente como um fator de motivação, a fim de gerar mudanças de comportamento, crenças e hábitos que podem ser auto-reforçados. Estratégias de reestruturação cognitiva.	Protocolos em TCC quando aplicados em grupo ou individualmente para tratamento de transtornos de ansiedade e de humor têm eficácia. O protocolo para o transtorno do pânico mostra eficácia quando associado ao uso de medicamentos psiquiátricos. Os sintomas depressivos são levemente reduzidos pela TCC por meio de aquisição das novas habilidades de enfrentamento

Sardinha et al., (2011)	"Treinamento físico intervalado como ferramenta na terapia cognitivo-comportamental do transtorno de pânico"	- Treinamento intervalado supervisionado como ferramenta na TCC exercício físico supervisionado por um médico e uma psicoterapeuta, que funcionaria como exposição interoceptiva, no contexto da TCC. reestruturação cognitiva, psicoeducação sobre os sintomas de ansiedade, técnicas de relaxamento e respiração diafragmática, exposições imaginárias, exposições ao vivo em situações evitadas e exposições interoceptivas."	Foi possível concluir que a inserção de treinamento aeróbico intervalar em adição às medicações e à TCC pode ser uma estratégia terapêutica viável em casos de pacientes com TP e ansiedade cardíaca.
King et al., (2007)	"A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: relato de caso"	- Reestruturação das cognições distorcidas - Exposição <i>in vivo</i> - Exercício de indução de sintomas seguido por exercício de reeducação da respiração (inspirar contando até três), prender o ar (contando até três) e expirar (contando até seis), por intermédio da utilizando da musculatura diafragmática. Controle da hiperventilação através da reeducação da respiração.	Sintomas de hipocondria estavam presente na paciente, subjacente a queixas de falta de ar, medo de perder o controle, taquicardia e especialmente ao estar em ônibus, metrô ou túneis. A prescrição farmacológica foi de uso do antidepressivo tricíclico, imipramina, 75 mg/dia, e 16 sessões de TCC. Conclusão: Ao final, a paciente obteve com sucesso remissão dos ataques de pânico e apresentou uma melhora significativa do comportamento com agorafobia.
Baère (2015)	"Técnicas cognitivas comportamentais para o tratamento do transtorno do pânico"	Realização da psicoeducação; Respiração diafragmática e relaxamento muscular; mudanças cognitivas e exposições interoceptivas; categorização das distorções cognitivas por intermédio do RPD; técnica do questionamento socrático e descoberta guiada para checar coerência das evidências e confronto com crenças centrais rígidas.  No TP, a técnica da seta descendente é eficaz para a correção dos pensamentos e crenças relacionadas aos sintomas físicos. Exposição <i>in vivo</i> .	O estudo mostrou que a TCC alcança bons resultados para o tratamento de TP com ou sem agorafobia. Há evidências de eficácia para o tratamento de TP tanto pela TCC quanto pelo método medicamentoso, mas de acordo com estudos realizados por Whittal e colaboradores (2001), a TCC mostra mais eficácia a longo prazo quando ocorre suspensão da medicação.
Salum et al., (2009)	"Transtorno do pânico"	- RPDs e psicoeducação sobre o TP, com o objetivo de reciclar as interpretações distorcidas acerca do TP, relaxamento muscular, respiração diafragmática, reestruturação cognitiva (para alterar padrões de percepção disfuncionais), exposição interoceptiva, com o objetivo de que o paciente desenvolva hábitos perceptivos para lidar com os sintomas físicos do ataque de pânico, e, por fim, exposição <i>in vivo</i> , para que o paciente gradualmente assimile o objeto ou gatilhos fóbicos presentes	Geralmente os pacientes com TP procuram vários outros especialistas até chegar ao tratamento psicoterápico e farmacológicos. Em função desses aspectos a descoberta está associada a um grande dispêndio em termos econômicos e de tempo, já que muitos dos seus sintomas físicos levam a crer que pertencem a outras entidades nosológicas, isto faz com que o diagnóstico adequado demande uma certa paciência

nas situações temidas

e persistência em oposição a frustração, que pode aumentar a cronicidade; A psicoterapia e/ou psicofarmacos são tratamento adequados e com uma certa eficácia TP.

### 4.3 Transtorno de Pânico e Psicodinâmica

A psicanálise nasceu em Viena no final do século XIX e início do século XX, mais precisamente em 1885, por intermédio de seu idealizador Sigmund Freud, em confluência com ideias do Josef Breuer. Foram necessários pelo menos uns quatro milênios de pensamento humano para que alguém de forma sistêmica enquadra-se o inconsciente à uma teoria. Aqui falamos de um sujeito desejante, descentrado do espaço que ocupa o sujeito logocêntrico cartesiano, composto por pulsões, desejos, afetos, símbolos e imagens. Eis o sujeito do inconsciente, um sujeito pós-cartesiano, responsável por criar uma suposta ferida narcísica na humanidade (ZIMERMAN, 2010).

Entretanto, seus primeiros escritos e postulações teóricas foram recebidos com restrições. Freud, um recém-formado e brilhante médico neurologista, pretendia investir na carreira acadêmica, realizando pesquisas na área de neurologia, tinha como principal finalidade a compreensão das chamadas doenças nervosas, o interesse pelo sistema nervoso desde seus tempos de estudante, já era um dos primeiros prenúncios da descoberta da Psicanálise (ZIMERMAN, 2010).

Teoria do trauma, teoria topográfica, teoria estrutural, conceituações sobre o narcisismo e dissociação do ego, seriam a síntese brevemente resumida da história psicanalítica de Freud e suas principais contribuições originais (ZIMERMAN, 2010).

Num trabalho conjunto e pioneiro, tanto Freud quanto Breuer elaboraram e desenvolveram melhor a teoria da “ab-reação”. A tarefa, portanto, do médico, seria a de auxiliar o paciente, durante a hipnose, a rememorar os eventos traumáticos que deram origem a seus sintomas para que eles fossem ab-reagidos (NAPOLI, 2011).

Se o paciente não conseguia se lembrar de determinados eventos, logo havia algo que o impedia de fazê-lo. Foi esse “algo” que Freud chamou de resistência. Quando Freud se apercebe do fenômeno da resistência, as finalidades do tratamento passam a ser mais complexas, pois a ab-reação não coloca em questão as razões pelas quais o evento traumático foi deslocado para o campo inconsciente, ou seja, o motivo pelo qual o paciente excluiu tais lembranças de seu

campo de consciência (NAPOLI, 2011).

Conta-se que Freud, após observar os estudos de hipnose de Breuer e Charcot com pacientes histéricas, por julgar ser um mau hipnotizador, resolveu experimentar o método de associação livre de ideias, para atingir o mesmo resultado com o hipnotismo com seus pacientes despertos. De tal maneira, os pacientes eram convidados a deitarem-se e relaxarem no divã, e com os dedos pressionados na frente de seus pacientes, os induziria a associarem o conteúdo traumático (ZIMERMAN, 2010).

Entretanto, de acordo com Zimerman (2010), este método indutivo foi abandonado quando uma de suas pacientes, Elizabeth Von R, lhe repreendeu dizendo que conseguiria sem a devida pressão coercitiva dos polegares sobre a frente, associar o conteúdo reprimido livremente. A partir daí, Freud chegou a conclusão que as fronteiras entre o recordar e o associar, estavam mais vinculadas as intensidades do inconsciente, que entrariam em conflito com as resistências do plano consciente. Produto de fantasias, desejos e intensidades reprimidos.

O sintoma passou a ser considerado como uma representação simbólica de tais conflitos entre o inconsciente e o consciente. Freud passou a se sentar atrás do divã para amenizar no paciente a sensação de julgamento que estes estariam sujeitos, de acordo com suas fantasias, o que ajudaria ao paciente entrar num estado de imersão em seus conteúdos reprimidos e melhor elaborá-los, sem se distrair com o analista. Tal método funcionaria muito bem com pacientes de transtorno de personalidade Borderline e Narcisistas (ZIMERMAN, 2010).

Na Psicanálise, o médico (analista) passa a ser um mero instrumento para que paciente possa se escutar, coisa que não costumamos fazer cotidianamente. Esse método ficou mundialmente conhecido, principalmente após a primeira conferência de Freud e seus discípulos nos EUA, como '*talking cure*', cura pela palavra. (NAPOLI, 2011; FOCHESTATTO, 2011; ZIMERMAN, 2010).

Por meio da fala, é dada ao paciente a oportunidade de se conectar com ideias recalçadas no inconsciente, ideias as quais produzem os sintomas. Assim, ele passa a ter uma nova compreensão desta memória. Supõe-se que, na medida em que o paciente mantém ideias recalçadas de eventos ligados ao passado, este passado torna-se presente, uma vez que é constantemente atualizado através dos sintomas. Quando a reação é reprimida, o afeto permanece ligado à lembrança e

produz o sintoma (FOCHESATTO, 2011).

Entendendo que a resistência é um fenômeno advindo do eu da pessoa que olha para si mesma e emite um juízo de que determinadas representações não devem vir para o plano da consciência, logo, a melhor estratégia para conseguir ao mesmo tempo desvencilhar-se e entender a resistência, é solicitar ao paciente que tente ao máximo deixar de lado essa função egóica de julgar as representações que vem ao campo de consciência. Em outras palavras, pedir a ele que diga tudo o que lhe vier à cabeça. É o que Freud chamou de “associação livre” (NAPOLI, 2011).

A partir da segunda tópica, Freud designou três instâncias psíquicas como responsáveis pelo funcionamento da psique: Ego, ID e Superego, além deles, o Ego Ideal (instância intrapsíquica definida como ideal narcísico de onipotência vinculado a partir do narcisismo infantil, definida por muitos autores como, um ego ainda caótico vinculado ao ID, anterior ao superego, que tem o intuito de regressão ao estado fusional com a célula narcísica materna) e o Ideal do ego (instância resultante da convergência das idealizações do ego e do narcisismo, herdeiro das identificações parentais, figuras amadas, idealizadas e grupos coletivos), presentes no interior do Superego (ZIMERMAN, 2010).

Nos postulados da Psicanálise, geralmente o Ego é responsável por mediar os impulsos, desejos do ID (polo pulsional do sistema psíquico) assim como as imperativas do Superego (consciência moral herdeira do complexo do Édipo e das figuras parentais), além disso, possui o papel de gerenciar e filtrar o nível de excitação externa e interna, do princípio de realidade e do princípio do prazer. No Ego (Eu) parte dos recursos egoícos utilizados, estão vinculados a autoestima e aos mecanismos de defesa, os quais realizam certos procedimentos utilizados pelo Eu (Ego) para desempenhar suas tarefas, que em termos gerais consiste em evitar o perigo, o desprazer e a ansiedade (ZIMERMAN, 2010).

Silva (2010), salientando os mecanismos de defesa, descreve que estes fazem parte de um procedimento sistêmico do inconsciente, vinculados ao Ego (personalidade). Tais processos, por intermédio do Ego, possibilitam a resolução de conflitos e proteção contra ansiedades, angústias, impulsos hostis, frustrações e ressentimentos não tão bem elaborados no que tange a consciência.

Seu funcionamento ou ativação, opera automaticamente a nível inconsciente, tem como finalidade tentar criar defesas robustas e bem-sucedidas,

estabelecendo uma espécie de compromisso entre os impulsos divergentes e as tensões internas, a fim de aliviar a pressão e a tensão inerente aos conflitos (SILVA, 2010).

De acordo com Freud, o conceito de defesa deveria ser empregado para qualquer recurso que o ego utiliza em conflitos que podem propiciar o sofrimento, atuam de modo adaptativo, ajustando o indivíduo à realidade dos processos primários e processos secundários. Alguns mecanismos são: a negação, anulação, formação substitutiva, formação de compromisso, esta última muito presente, de acordo com Busch et al (2009) e Milrod et al (2007), no funcionamento do TP.

Desde os primórdios à metapsicologia freudiana, como mostra Menezes (2012), visou articular e criar instrumentos teóricos que tornassem possível mensurar as experiências psíquicas do inconsciente, através da predominância dos registros psíquicos (um predominando sobre o outro) e dos aspectos quantitativos (quantidade de energia pulsional) e qualitativos das pulsões (aspectos subjetivos da energia pulsional).

O modelo pulsional é um constructo teórico fundamental à Psicanálise, inserido como um modelo dual: Pulsão de Vida (*Eros*) e Pulsão de Morte (*Tanatos*), geralmente associados com amor e ódio. Visam explicar os sintomas a partir dos conflitos pulsionais do ego, a partir das demandas do princípio de realidade e das exigências do princípio do prazer (FREUD, 1920 apud MENEZES, 2012).

A pulsão situar-se-ia na concepção freudiana, de acordo com Menezes (2012), na fronteira entre o somático e o mental, exercendo a função de representante psíquico de estímulos que tem origem no organismo e atingem o plano mental, gerando exigências à mente para que esta possa funcionar e trabalhar em decorrência de sua ligação com o corpo. É uma força motriz constante que exige trabalho do psiquismo. Seu circuito pulsional no indivíduo transita entre o corpo e a psique.

Nesse circuito as pulsões brotam, fusionando-se a afetos e pensamentos, transitando pelo inconsciente e o consciente, influenciando e sendo influenciada pelos processos da psique, a partir da dimensão das representações (*Vorstellungen*) (HANNIS, 1999 apud MENEZES, 2012).

Deste modo, a pulsão tem sua representação psíquica a partir de uma

moção pulsional vinculada a uma representação (*Vorstellung*), conteúdo ideativo e o afeto. Tal conteúdo ideativo é o que constitui, em suma, o conteúdo inconsciente. O afeto seria a parte energética (quantum de afeto) ligado ao conteúdo ideativo, capaz de dissociar-se dele no inconsciente.

O afeto (*affekt*) e suas outras denominações psicanalíticas: quantum de afeto (*affektbetrag*), memória da experiência afetiva (*affektbildung*), seria um dos representantes do conceito da pulsão (*Trieb*) no psiquismo, sendo o outro a representação (*Vorstellung*). Através da fonte somática os estímulos pulsionais germinam, chegando ao psiquismo, onde são percebidos pelo indivíduo sobre o aspecto de afetos e imagens (HANNS, 1999 apud MENEZES, 2012).

Desde o início o conceito de afeto sofreu várias modificações, contudo, tornou-se conceitualmente fundamental aos pressupostos teóricos da Psicodinâmica, sendo o afeto intrinsecamente vinculado e compreendido a partir do conceito de pulsão (MENEZES, 2012)

Menezes (2012) observa que na perspectiva psicanalítica, o pânico pode ser considerado como uma psicopatologia da atualidade, promovido pelos modos de subjetivação da sociedade contemporânea o qual representa um estado afetivo de extrema angústia e que merece caráter e pertinência de um espaço discursivo e clínico próprio, assim como se faz necessário uma cisão dessa nosologia como discurso apenas ideológico, rearticulando o que já foi referido pela obra freudiana, em tempos atuais, reaproximando o indivíduo do seu modo de subjetivação peculiar e da forma como este se relaciona com o seu sofrimento, isto é, como este se relaciona com questões referentes ao desamparo.

No entanto, de acordo com Menezes (2012), isto não quer dizer que o pânico, necessariamente, seja uma psicopatologia inédita com origens na atualidade, mas que o estilo do mundo contemporâneo e aspectos da sociedade, estimulam condições para a produção dessa psicopatologia tão presente em tempos atuais.

O excesso pulsional não simbolizado, numa perspectiva freudiana, mediante uma situação de desamparo, traria à tona a condição desamparo original, gênese estruturante do psiquismo. Neste prisma freudiano, o desamparo é condizente a duas faces: uma referente com o conceito erótico e sexual, vinculado a sexualidade infantil e a falta de garantias referentes ao existir e as inseguranças relativas a esse existir no futuro, não obstante, o sujeito se vê

compelido a uma renúncia pulsional como condição para viver socialmente. Neste cenário, os indivíduos criam novas condições afetivas para enfrentamento desse desamparo, estabelecendo novos vínculos e novas relações e formas de subjetividade (MENEZES, 2012).

O indivíduo faz a renúncia pulsional ao objeto de desejo, por temer o amor de quem estima e por suportar a angústia da perda. Tal angústia é responsável por produzir o sentimento de culpa como forma de proteção, simbólica, ao desamparo. Tal questão será fundamental para modelar as relações do indivíduo com o outro, aparecendo como uma angústia social; um mal-estar à sociedade. Não obstante, o pânico passa a representar os efeitos desse mal-estar (sentimento de culpa), todavia, também como produto da cultura (MENEZES, 2012).

O superego seria, para Menezes (2012), o agente das relações que se estabelecem entre a cultura e o sujeito, sendo o sentimento de culpa intrínseco e indissociável do sentimento de culpa. Sacrificando a pulsão agressiva há um aumento do sentimento de culpa; culpa e frustração seriam responsáveis pelo ressentimento, partindo do pressuposto que a motivação inerente ao pânico está vinculada a um rompimento com o ideal protetor, que por sua vez está atrelada a relação conflituosa entre ego e ao superego/ideal do ego, responsável pelo sentimento de culpa inconsciente.

Menezes (2012) observa que o sentimento de culpa, de acordo com Freud, é um dos problemas mais relevantes no que tange os aspectos de desenvolvimento da civilização, já que este está vinculado, simbolicamente, ao desamparo original, sendo uma espécie de medo de perda do amor, uma angústia social. Geralmente nas crianças isso vem à risca; nos adultos se altera quando o lugar do pai ou dos genitores é substituído por uma comunidade mais ampla. A civilização passa a estabelecer no interior do indivíduo uma espécie de agente de guarnição.

O sentimento de culpa passa a exercer uma função estranha, capaz de decidir o que deve ser qualificado como bom ou mau. Mediante essa influência, o indivíduo deve ter sempre um motivo para submeter-se. Tal motivo está vinculado implicitamente com o medo do desamparo e do amor das pessoas, isso faz com que o indivíduo torne-se refém da dependência dos outros. Em suma, se ele perde a estima de quem ama, também deixará de ser protegido de uma série de perigos

(MENEZES, 2012).

A origem do sentimento de culpa tem assim uma origem dupla, a angústia mediante a recusa do amor e a angústia frente ao superego. Sua origem está vinculada a partir do que delimita a instancia interditora e critica, denominada superego, na tensão que se estabelece entre o ego e o superego/ideal do ego, no entanto, de acordo com Freud, o sentimento de culpa é anterior ao superego, sendo a angústia social, num primeiro momento, a uma evolução da angústia da perda do amor idealizado, para a angústia perante a autoridade, assim como a má consciência, já num segundo momento, personifica a angústia frente ao superego, sendo a má consciência e intenções igualadas às más ações, dando origem ao sentimento de culpa e a necessidade de punição, que em relação a cultura pode surgir sob um tipo de mal estar (MENEZES, 2012).

O amor e o ódio, presente nas pulsões, direcionados à figura de autoridade ou estimada, produzem uma ambivalência afetiva, gerando o sentimento de culpa e a angústia passa a ser direcionada ao perigo. A angústia se localiza no lugar do outro (amado/odiado) recalçado, fazendo com que esse não dito, possa se manifestar-se por vias do sintoma (TRINTINAGLIA, 2009; MENEZES, 2012)

Trintinaglia (2009) reitera que o pânico provém de um tipo de afeto específico inerente à condição humana, considerado um dos mais primitivos em nossa espécie, como já supracitada: a angústia. Esta remete a perturbadora ideia do desconhecido que todos nós nutrimos e enfrentamos desde o nascimento.

Contudo, na medida em que este afeto se expande no psiquismo, acaba por desaguar sempre no corpo, podendo ser acompanhado pela a agorafobia, que representa, como já citado neste trabalho, uma esquivas a situações de perigo, reforçada pela ideia de aglomerações que incapacitem a fuga. Mediante tal evitação, o indivíduo, simboliza a sensação de abandono e desamparo que o ego já sente (TRINTINAGLIA, 2009).

Menezes (2012) cita o sintoma do pânico nos indivíduos, como uma das possibilidades ou uma das alternativas para se produzir condições afetivas de enfrentamento a angústia do desamparo.

De acordo com Oliveira (2013) a metapsicologia freudiana em relação à angústia, se assimila ao ataque de pânico, e está intrinsecamente relacionada ao desamparo. Confluindo com Trintinaglia (2009), considerando os postulados e concepções psicanalíticas, não há como negar que já se falasse de pânico em

seus primórdios. Sendo o termo neurose de angústia, tão utilizado por Freud em seus escritos, o equivalente ou mais próximo do que conhecemos como transtorno de pânico.

A angústia, *angere* em latim, tem o significado de estreitamento, apertamento. Trintinaglia (2009) pontua que quando a angústia está manifesta, pode indicar haver uma falha nos mecanismos de representação, mediante alguma situação traumática. É como se não houvesse filtros protetores que contivessem os estímulos de excitação externos e internos. Sem essa solidez nos mecanismos de defesa, há uma impossibilidade de tal excitação ser deslocada para outro destino, mais funcional, que não seja a somatização disfuncional no corpo.

Menezes (2012) cita Freud (1917) “a pessoa protege-se do terror por meio da angústia”. Para esta autora, a angústia se caracteriza como uma precaução ou proteção, que prepara o indivíduo contra esse terror que pode vir ou não acontecer. Como geralmente envolve a expectativa ante o acontecimento temido, tal angústia pode ocasionar o pânico.

Trintinaglia (2009) observa que em nosso aparelho psíquico, assim como em todo sistema fisiológico, existe um limite, uma espécie de tolerância aos estímulos, sendo previsível a desorganização do sistema psíquico quando este limite é excedido; sendo variável este limite de resiliência para cada indivíduo, que dispõe de certos recursos egoícos para acionar as defesas contra as excitações violentas.

Nos episódios que provocam ansiedade crônica, sem a representação mental, ou seja, a simbolização adequada, tal excitação transforma-se em um estado de angústia exacerbado, que pode sobrecarregar o sistema emocional, ocasionando um tipo específico de *pane* (TRINTINAGLIA, 2009).

O indivíduo no pânico falha em simbolizar tal angústia, sendo o pânico o representante do perigo que pode pôr em risco o ego, provocando o desmoronamento do mundo simbólico organizado na psique. (MENEZES, 2012)

Busch e Milrod (2007) pontuam que no transtorno de pânico um dos mecanismos de defesa, a formação de compromisso, atua representando a interação entre desejos e defesas, sendo a realização do desejo indireta, isto é, um ganho secundário, vinculada ao caráter simbólico do transtorno de pânico.

Carvalho (2011) observa que os conflitos internos inconscientes estão

vinculados as atribuições e manifestações ansiosas. Nesse enfoque teórico, os ressentimentos, frustrações e relações infantis reprimidos e recalçados, são atuados e enfatizados intensamente, assim como a estrutura de personalidade subjacente dos indivíduos.

Trintinaglia (2009) cita que por mais complexo que posso parecer, o pânico é uma tentativa de comunicado com o mundo externo de que alguma coisa no mundo interno não consegue ser expresso, sendo o pânico uma forma de comunicar esse indizível. Quem sofre com as crises, inconscientemente, como já supracitado neste capítulo, se vale delas para entrar em contato com a angústia mais primitiva presente em nossa espécie humana, que no plano interno está solta. É uma espécie de pedido de ajuda.

De acordo com Oliveira (2013), Freud observou que, geralmente os eventos que envolviam a perda súbita de pessoas relevantes na vida do indivíduo ou a perda de situações que lhe garantiam segurança e proteção, desencadeariam um grande desequilíbrio, capaz de provocar a vulnerabilidade do indivíduo à angústia. Tal averiguação freudiana tem uma proximidade com os postulados da psiquiatria em relação aos fatores desencadeadores do pânico.

Freud postula que a impossibilidade da simbolização que permita marcar o acontecimento na memória de vida do indivíduo, pode provocar o mal-estar da angústia. Geralmente tal situação vincula-se a eventos que desencadeiam acesso a perda de pessoas relevantes ou situações adversas que não assegurem garantias de proteção e segurança (PEREIRA, 2003 apud OLIVEIRA, 2013)

Partindo desse pressuposto sobre proteção e segurança, Hales et.al (2012) observaram que muitos psicodinâmicos contemporâneos reiteram que as dificuldades psicológicas inerentes a ansiedade da separação na infância, pode produzir uma certa vulnerabilidade ao pânico, sobretudo aos teóricos do apego.

De acordo com Hales et.al (2012) uma teoria etiológica proposta por D.F Klein, em meados dos 60, com base na teoria de apego de Jonh Bowlby, investigou a agorafobia ligada aos ataques de pânico, e de acordo com tal pesquisa, funções do substrato biológico poderiam ser afetados, assim como poderiam estar vinculadas as causas do apego humano normal e também as suas ameaças, como a ansiedade da separação.

Hales et al., (2012) contam que tal investigação culminou na observação de que um filhote animal ou de um bebê humano, não reconhecem a mãe apenas

como uma resposta aprendida, mas como um aspecto geneticamente programado e pelo âmbito biológico, determinado. Por volta de 20 a 50% dos indivíduos adultos com agorafobia e TP possuem recordações de manifestarem sintomas de ansiedade de separação patológica, na idade escolar, como fobia escolar.

Não obstante, a ameaça da perda de um relacionamento significativo, em indivíduos que vivenciaram em sua história, o primeiro ataque de pânico, mediante a perda real ou ameaça de perda de um relacionamento importante, foi preponderante para desatinar as primeiras crises de pânico (HALES et al., 2012).

Em um outro estudo sistemático, de acordo com Faravelli e Pallanti (1989, apud HALES, 2012), verificou-se que o número, assim como a gravidade de eventos recentes, principalmente aqueles com ameaça de perda, eram mais relevantes em indivíduos que tinham desenvolvido pânico recente, do que em outros sujeitos.

Para Ramires (2010) a teoria do apego preconizada por Bowlby, traz em seus postulados, considerações significativas para clínica. Pois como este autor cogitou em seus estudos, o grande papel do terapeuta, através da transferência e do vínculo terapêutico, reside em auxiliar o seu paciente a revisitar suas representações de figuras de apego, examinando como estes padrões norteiam suas ações e percepções, além de compreender como tais modelos desenvolveram-se durante o período de infância, passando pela fase da adolescência, ajudando a compreender certos aspectos emocionais adquiridos e inerentes a tais representações de apego, auxiliando-o a remodelar tais padrões e estados mentais.

De acordo com Bowlby (1958, apud SEGANFREDO, 2008) a resiliência frente a uma situação estressora é determinada por um significativo padrão de comportamento de apego desenvolvidos em situações precoces da vida. Os mais significativos são: o apego seguro, o apego evitante e o apego ansioso e apego desorganizado.

Bowlby (2002, apud ESPERANDIO, 2016) postula que no apego seguro a criança sente-se confortável para se desvincular da mãe temporariamente e explorar o ambiente desenvolvendo suas potencialidades, interagindo com o mundo em seu entorno, ao retorno aos cuidados da mãe, a criança experimenta um sentimento de segurança, demonstra felicidade e um contentamento genuíno por revê-la novamente. Neste padrão a confiança impera e a criança sente-se

segura de qualquer ameaça, o que será importante quando estiver na fase adulta, pois, certamente, estará mais preparada para enfrentar os grandes desafios impostos pelo mundo e a sociedade.

No apego ansioso a criança experimenta uma sensação de ambivalência emocional, sentimentos negativos como medo, tristeza e insegurança se alternam com a necessidade esperança de receber amor e cuidados, tal sensação promove uma angústia avassaladora e a sensação de não saber como reagir a certas situações com ou sem os pais. Alternam, no íntimo, a constante probabilidade de serem abandonadas ou esquecidas. Tal padrão seria oriundo de uma possível parcial e intermitente rejeição por parte dos pais (BOWLBY, 2002, apud ESPERANDIO et al., 2014).

No apego evitante, a criança por experimentar um modo de coerção comportamental educativa imposta pelos pais, de que “se não se comportarem, podem ser abandonadas”, acabam por desenvolverem um receio à rejeição, o que as fazem procurar estratégias disfuncionais de autoproteção, desse modo, elas mesmas anulam-se e, com isso, evitam contatos considerados nocivos a segurança. Vivenciam uma espécie de auto dependência compulsiva, com uma maior tendência a desenvolverem comportamentos antissociais, de vinculação a grupos disfuncionais, relacionamentos instantâneos e busca constante de aprovação e atenção (BOWLBY, 2002, apud ESPERANDIO et al., 2014).

De acordo com Assis (2006), no apego desorganizado, a criança por não ter qualquer tipo de confiança em seus pais ou cuidadores mais próximos, desenvolve comportamentos incoerentes e brincadeiras estranhas, teme a quase tudo e a todos, pois possui uma forte sensação de medo e desorientação afetiva, tornam-se hostis e distantes, ficam inertes, sem ânimo, jogam-se constantemente ao chão, isto seria uma espécie de estratégia de defesa contra pais inconsistentes que não podem ou não conseguem oferecer um padrão adequado de apego.

Seganfredo (2008) cita que o apego é oriundo da díade relacional mãe-bebê, um padrão instintivo que se alonga até cerca de 3 anos do bebê. O objetivo fundamental é garantir proteção e a autopreservação contra os perigos que possam afligir a criança na fase inicial da vida.

Esses padrões de apegos estão vinculados a estilos de parentagem. O primeiro seria condizente a um estilo de parentagem mais rígido e dominador o qual procura manter a criança sempre próxima. O segundo estilo de parentagem

estaria vinculado ao padrão de família de comportamento violento e agressivo, com ameaças de agressão a criança. No terceiro padrão a criança torna-se insegura por ser constantemente ameaçada de abandono exclusiva da convivência familiar por mau comportamento. Por fim, O último estaria relacionado a um tipo de família extremamente superprotetora que a mantém a criança sempre reclusa com receio de que algo de que algo de ruim aconteça (BOWLBY, 2002, apud SEGANFREDO, 2008).

Bowlby (1958, apud SEGANFREDO, 2008) especula que o apego ansioso é relacionado como o responsável pelo desenvolvimento da agorafobia, fruto das interações conflituosas adversas em famílias durante a tenra infância. Adultos com esse tipo de apego, provavelmente serão inflexíveis a separações e mais dependentes de figuras de apegos

Num estudo realizado de acordo com Seganfredo (2008), procurou observar as principais diferenças relevantes entre grupos de pacientes com e sem TP, assim como suas relações com o trauma, parentagem e padrões de apego.

Utilizou-se o PBI (*Parental Bonding Instrument*) como princípio de avaliação do apego, o qual divide os tipos da parentagem em dois aspectos: superproteção e afeto e o CTQ (*Childhood Trauma Questionnaire*) para avaliar as características das situações traumáticas, assim, o CTQ separou e elencou as situações traumáticas em 5 itens: abuso emocional, abuso físico e abuso sexual, negligência emocional e negligência física A primeira etapa do estudo teve 123 pacientes com TP e 123 controles sem transtornos psiquiátricos em Eixo I, como participantes. Ambos os grupos foram avaliados através do M.I.N.I. (*Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0 – DSM IV*). Seguindo de uma entrevista estruturada, que tinha o intuito de avaliar o modo padronizado dos principais transtornos psiquiátricos do Eixo I, de acordo com os pressupostos e critérios do DSM-IV (SEGANFREDO, 2008).

Para esta avaliação verificou-se que alguns pacientes demonstraram-se bem mais superprotetores, enquanto pais, em relação ao grupo controle. Contudo, constatou-se que um grupo feminino com TP também demonstrou pais muito superprotetores, já o grupo masculino com TP demonstrou mães superprotetoras. Em relação ao trauma, foi encontrada uma maior frequência de abuso emocional entre os pacientes com TP comparados ao grupo controle (SEGANFREDO, 2008).

Uma segunda etapa desse estudo, de acordo com Seganfredo (2008),

contou com a participação de 87 mulheres com TP, selecionadas por idade e nível socioeconômico em paralelo com um grupo controle de 87 mulheres sem patologias psiquiátricas. Ambos os grupos passaram pelo crivo avaliativo, semelhante etapa anterior, valendo-se praticamente dos mesmos instrumentos: M.I.N.I., PBI e o CTQ. Observou-se mediante a interação entre apego e trauma no TP, que em mulheres traumatizadas apresentavam modelos de mães superprotetoras, no entanto não se observou uma vinculação ao TP na vida adulta, já o outro grupo de mulheres não traumatizadas, mediante presença de mães superprotetoras, verificou-se uma certa probabilidade de TP na idade adulta. mulheres sem patologias psiquiátricas. Os grupos foram avaliados da mesma forma que na etapa anterior, utilizando-se o M.I.N.I., o PBI e o CTQ.

Neste estudo de interação entre apego e trauma no TP, observa-se que em mulheres traumatizadas que possuíam mães superprotetoras, não se observou uma associação com TP na vida adulta, no entanto, em mulheres não traumatizadas, com mães superprotetoras, constatou-se uma maior probabilidade de TP na vida adulta (SEGANFREDO, 2008).

Tal estudo concluiu que mediante um padrão de apego superprotetor em confluência com a presença do trauma, associa-se ao TP, com disparidade entre os gêneros. Todavia, variáveis (trauma e apego) interagem, capazes de modificar esta associação com TP na fase adulta. Desta forma, tais fatores merecem ser observados durante o processo avaliativo, a priori do planejamento terapêutico e diagnóstico dos pacientes (SEGANFREDO, 2008).

A seguir, a tabela com as técnicas no transtorno de pânico a partir da Psicodinâmica.

Tabela 3 – Resultados dos artigos revisados em Psicodinâmica

AUTOR/ANO	TÍTULO	TÉCNICA/Procedimentos	SÍNTESE
<b>Gabbard (2016)</b>	“Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica”	<p>De acordo com o autor, no perfil dos pacientes acometidos pelo transtorno de pânico pode-se observar o predomínio da combinação das seguintes defesas: formação reativa, neutralização, somatização e externalização. O objetivo principal do terapeuta é lidar com a flexibilização das resistências e mecanismos de defesa, promovendo através da transferência uma melhor relação do paciente com os conteúdos reprimidos como: a ansiedade de separação e a raiva.</p> <p>- Uma certa inadequação a situação atual são manejados pelo terapeuta com interpretação, confrontação, clarificação, encorajamento para elaborar, validação empática, conselho e elogio; afirmação.</p> <p>- Resistência, transferência, e contratransferência são identificados no setting terapêutico e utilizados para embasar estratégias de enfrentamento e nortear as intervenções.</p>	<p>Livro de psiquiatria que salienta a combinação do tratamento farmacológico com técnicas psicodinâmicas para lidar com o transtorno de pânico.</p>
<b>Milrod et al., (2007)</b>	“Um ensaio clínico controlado randomizado de psicoterapia psicanalítica do transtorno de pânico.”	<p>- A terapia focada nos sintomas, durante 24 sessões, em três fases, com encontro de duas vezes por semana. Livre associação e o acompanhamento das associações permaneceram ferramentas de tratamento centrais. Além disso, saber explorar estressores, sentimentos e significados emocionais de ataques de pânico, com o objetivo de identificar e articular a dinâmica subjacente.</p>	<p>Ensaio clínico randomizado controlado de indivíduos com transtorno do pânico primária DSM-IV. Os participantes foram recrutados mais de 5 anos na área metropolitana de New York City. Os sujeitos foram 49 adultos com idades entre 18-55 com transtorno do pânico primária DSM-IV. Todos os indivíduos receberam tratamento designado, psicoterapia psicodinâmica focada no pânico ou treinamento de relaxamento aplicado em sessões duas vezes por semana durante 12 semanas. Indivíduos em psicoterapia psicodinâmica focada no pânico tiveram uma redução significativamente maior na severidade dos sintomas de pânico. Além disso, aqueles que receberam a psicoterapia psicodinâmica focada no pânico eram significativamente mais propensos a responder ao término do tratamento (73% versus 39%)</p>

<b>Busch et al., (2009)</b>	"Um estudo demonstrando a eficácia da psicoterapia psicanalítica no transtorno de pânico: implicações para pesquisas psicanalíticas, teoria e prática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Associação livre, elucidando significados inconscientes e conflitos, explorando as origens do desenvolvimento, interpretação, manuseio da transferência com a flexibilidade adequada, confluindo com significados subjacentes específicos dos sintomas de transtorno do pânico.</li> <li>- Esforço exploratório em aberto para desvendar os significados inconscientes, simbólicos de sintomas de pânico e fantasias inconscientes em conflito</li> <li>- Salientando os mecanismos de defesa mais predominantes, na transferência dos pacientes com pânico, como por exemplo, a formação reativa, a negação ou neutralização."</li> </ul>	PFPP se mostrou como um protocolo útil, sendo certamente um tratamento alternativo em relação aos outros.
<b>Lowenkron (2009)</b>	"A clínica psicanalítica atual: obsessão, compulsão, fobia e pânico."	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aliança terapêutica, empatia, intervenções mais ou menos diretivas e o investimento e capacidades do próprio paciente.</li> <li>- Tratamento de longo e curta duração</li> <li>- Alterar por via do vínculo terapêutico certas imagens internalizadas e sentimentos negativos relacionados a situações desagradáveis reprimidas. Já que tais sentimentos e imagens, acabam funcionando como estímulos intrapsíquicos ao TP.</li> </ul>	. O estudo a partir de uma revisão bibliográfica cita o TP como produto da Interação negativa entre fatores psicológicos e fatores biológicos. Vulnerabilidade psicológica vinculada ao medo do desamparo, sensação de se estar indefeso, sufocado; vinculação baseada no apego inseguro. Laços familiares fragilizados. Fantasias inconscientes disfuncionais.
<b>Sandberg et al., (2012)</b>	Psicodinâmica focada no pânico em uma mulher com Transtorno de Pânico e Transtorno de Ansiedade Generalizada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A terapia focada nos sintomas, durante 24 sessões, em três fases, com encontro de duas vezes por semana. Livre associação e o acompanhamento das associações permaneceram ferramentas de tratamento centrais. Além disso, saber explorar estressores, sentimentos e significados emocionais de ataques de pânico, com o objetivo de identificar e articular a dinâmica subjacente.</li> <li>Elaboração da separação do vínculo com terapeuta no final da sessão, funciona também para trabalhar com a questão da agressividade reprimida a figurais parentais.</li> </ul>	Mulher 55 anos, casada, com uma filha adolescente, com TP, selecionada para um estudo randomizado dentro do protocolo pânico focado na psicodinâmica (PFPP) em 24 sessões. Sofreu abusos psicológicos por parte da mãe e sexual quando tinha 7 anos, por meninos vizinhos, quando criança. Pai ausente e alcoólico, contribui para sentir a sensação de desamparo. Sofria de transtorno do pânico sem agorafobia.

<p><b>Seganfredo (2008)</b></p>	<p>"Avaliação da presença de trauma e da qualidade do apego em pacientes com transtorno do pânico"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensações como perda ou ameaça de abandono experimentadas pelo paciente quando criança podem propiciar uma maior vulnerabilidade e padrão de apego disfuncional. O bom vínculo terapêutico entre paciente e terapeuta, como modo de amenizar e elaborar sentimentos negativos associado a representações de desamparo, baixa estima, abandono e dependência excessiva de determinadas figuras de apego.</li> </ul>	<p>TP enquanto vulnerabilidade neurofisiológica, fisiológica associada a afetos negativos. Analisa presença de trauma e a qualidade do apego em específico voltado para o TP. Mensurando a especificidade do apego, pelo tipo de parentagem a partir de dois instrumentos. Parental Bonding Instrument (PBI) e Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Mulheres com TP possuem pais mais superprotetores. Já os homens, apresentaram mães mais superprotetoras.</p>
<p><b>Leichsenring (2012)</b></p>	<p>"Um protocolo unificado transdiagnóstico para o tratamento psicodinâmico dos transtornos de ansiedade: uma abordagem baseada em evidências"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destacar o significado inconsciente dos sintomas</li> <li>- Uma investigação do contexto em que os sintomas apareceram e sentimentos inerentes a este início prevalentes na época do início conflito.</li> <li>- A significação pessoal atribuída aos sintomas</li> <li>- exploração do conteúdo dos sentimentos presentes nos episódios dos ataques de pânico</li> <li>- elaboração e desenvolvimento da separação, tema central do conflito, que se manifesta geralmente na figura no terapeuta na terapia. Foco no afeto e expressão das emoções, e exploração de tentativas de evitar pensamentos e sentimentos ruminantes e angustiantes, identificação de temas e padrões recorrentes, discussão de experiência passada e, por fim, foco nas relações interpessoais</li> </ul>	<p>Avaliar a efetividade da psicoterapia psicanalítica, a partir da vinculação com o terapeuta e da transferência. Atenção nos mecanismos de defesa que possuem o intuito de recalcar o excesso de ansiedade provocada por uma ameaça muitas vezes intrapsíquica e não ambiental, quando a defesa falha e não é efetiva o ego se vê inundando por uma torrente de emoções como raiva, frustração e agressividade: o que acaba provocando os sintomas</p>

## 5. DISCUSSÃO

Nas amostras coletadas, pode-se observar que, na teoria psicodinâmica, as técnicas mais relevantes para as intervenções terapêuticas em relação ao transtorno de pânico são: a associação livre e a transferência, a qual é utilizada para regulação de vínculos emocionais disfuncionais e flexibilização dos mecanismos de defesa e as resistências, umas das principais ferramentas utilizada pelo terapeuta para explorar os conteúdos simbólicos e elucidar as fantasias que permeiam as crises de pânico do paciente.

Para Gabbard (2016) e Busch et al. (2009), resistência, transferência, e contratransferência são identificados no setting terapêutico e utilizadas como técnicas para nortear as intervenções. Muitas vezes as resistências observadas nos pacientes, surgem do desejo do paciente manter o 'status quo', muitas vezes processo realizado de forma inconsciente e que dificulta aos Insights e livre associação livre na transferência com o terapeuta. As resistências observadas na terapia psicodinâmica, assim como a contratransferência, são reconhecidas no setting terapêutico muitas vezes como parte do conteúdo manifesto, que nada mais é que a atualização dos conteúdos latentes, isto é, resquícios do passado, mal elaborados e revividos no momento presente, o qual o transtorno de pânico o acomete. Na figura do terapeuta as relações disfuncionais do passado são revividas, fazendo com que o terapeuta norteia suas intervenções orientando o paciente a falar livremente, sem censura,

O conteúdo inconsciente, representações, desejos, o afeto reprimido dissociado do consciente, através da resistência, transferência e contratransferência são identificados no setting terapêutico e utilizados para nortear as intervenções. Para Gabbard (2016), a escuta empática é utilizada para que o paciente possa livremente se expressar sem censura ou julgamento; organizando e atualizando seus desejos e anseios, dúvidas, sentimentos, fantasias, sonhos e conteúdos simbólicos através do vínculo transferencial, facilitando a associação livre do conteúdo inconsciente, reprimindo ou recalçado que porventura possa se atualizar na terapia.

Gabbard (2016) salienta que no perfil dos pacientes acometidos pelo transtorno de pânico pode-se observar o predomínio da combinação das seguintes

defesas: formação reativa, neutralização, somatização e externalização. O objetivo principal do terapeuta é lidar com a flexibilização das resistências e mecanismos de defesa, promovendo através da transferência, uma melhor relação do paciente com os seus conteúdos reprimidos: a ansiedade de separação, repressão da sexualidade e a raiva.

Lowenkron (2019), Busch et al., (2009), Milrod et al., (2007) e Gabbard (2016) descrevem sete enfoques técnicos para nortear a intervenções psicodinâmicas: foco em afeto e expressão de emoção; explorar tentativas de evitar a perturbação de pensamentos e sentimentos; Identificação dos temas recorrentes e padrões (o paciente pode desconhecer os padrões até que o terapeuta o ajude a reconhecer e compreende-los); discussão da experiência passada (foco no desenvolvimento); foco nas relações interpessoais; foco na relação terapêutica e, por fim, investigação e exploração das fantasias.

Milrod et al., (2007) realizou um ensaio clínico randomizado, comparando o tratamento psicoterápico psicodinâmico a técnicas de relaxamento no TP ao longo de 12 semanas, sugerindo bons resultados com o tratamento psicodinâmico através do protocolo desenvolvido para lidar com o Transtorno de Pânico. Também a partir de uma revisão de literatura e de pesquisas mediante a experiência clínica, envolvendo o tratamento psicodinâmico, aplicado ao transtorno de pânico foram realizados por Milrod et al.,(2007) e Busch et al., (2016), a qual pode-se comprovar que o tratamento com o protocolo PFPP (Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy /Psicodinâmica Focada no Transtorno de Pânico) demonstrou-se eficaz e trouxe um significativo alívio sintomático, tão efetivo quanto intervenções com psicofarmacos ou TCC.), entretanto, os autores concordam que outras pesquisas devem ser realizadas para dar consistência a esse novo protocolo da psicodinâmica com enfoque em pânico.

Em Sandberg et al., (2012) foi utilizada também a terapia psicodinâmica focada nos sintomas do pânico (PFPP), durante 24 sessões, em três fases, com encontro de duas vezes por semana. Livre associação e o acompanhamento das associações permaneceram ferramentas de tratamento centrais. Além disso, saber explorar estressores, sentimentos e significados emocionais de ataques de pânico, com o objetivo de identificar e articular a dinâmica subjacente. No caso de Sandberg et al., (2012), uma mulher de 55 anos, com sintomas de ansiedade e pânico. - Reestruturação Cognitiva, Psicoeducação, Técnicas para enfrentamento

da ansiedade e Exposição interoceptiva e ao vivo para conduta evitativa.”

Seganfredo (2008) salienta que o apego seguro funciona como um regulador homeostático para os indivíduos. Na psicodinâmica, o paciente projeta suas aflições, sentimentos ambivalentes e insegurança na figura do terapeuta, que pode exercer o papel representacional de figura parental sadia, regulando tal conteúdo afetivo/emocional e o manejando através da vinculação empática, promovendo a internalização e substituição desses estados afetivos e emocionais disfuncionais, por outros mais positivos, provenientes do vínculo terapêutico. Lowenkron (2009) pontua que a separação da mãe na infância pode ser um dos fatores preponderantes para o desenvolvimento do TP. Além disso, para esse autor, os terapeutas de orientação psicodinâmica devem averiguar a história de cada paciente, assim como circunstâncias em que os ataques acontecem para melhor determinarem as premissas psicológicas relevantes. Um grande número de pacientes pode manifestar o TP sem fatores desencadeadores ambientais ou intrapsíquicos aparentes.

Leichsenring (2013) observa que as fantasias inconscientes que geralmente envolvam perigos catastróficos vinculados a sentimentos negativos, são responsáveis por conduzir a ativação dos mecanismos defesa e a manifestação dos sintomas do TP.

Para Lowenkron (2009), assim como para Milrod et al., (2007) Busch et al., (2009), Gabbard (2016), a maior parte dos acometidos pelo TP podem possuir dificuldades para lidar com os sentimentos de agressão e de raiva. Mudanças intempestivas na vida podem provocar os ataques de TP em pacientes com uma certa pré-disposição. Na maioria dos casos, tais mudanças quando provocam perdas, acabam estimulando a manifestação do TP. A perda ou a ameaça de perda em concomitância à inúmeras frustrações, podem simular simbolicamente a perda de figuras centrais na vida do indivíduo. Um excesso de ansiedade inadequado e incompatível com os recursos do egoícos, podem ativar os mecanismos defesa do ego, ou fatores como abuso físico e sexual. A internalização de imagens que representem o abuso dos pais, também pode ser considerada como um dos fatores preponderantes para a ativação do TP. Outro fator importante, é que na fantasia os perigos imaginários não são discriminados em relação aos perigos reais. Além disso, o terapeuta pode vir a observar um excesso de dependência a sua figura, na medida que a terapia progredir. O

terapeuta precisa saber trabalhar com a flexibilização dos mecanismos de defesa suportando essas projeções de dependência, fazendo com que o paciente perceba a somatização, projeção, neutralização e formação reativa, que os impedem de avaliar seus sentimentos reprimidos e produzir insights construtivos.

Em Maia et al., (2015) um dos fatores de motivação seria o fator colaborativo do paciente com o terapeuta na realização das técnicas assertivas da TCC, como um fator de motivação, capaz de engendrar e promover mudanças significativas comportamento disfuncionais, hábitos e crenças que podem ser assertivamente auto-reforçados. A psicoeducação realizada com o debate socrático, aliada as técnicas como reestruturação cognitiva, role-play dessensibilização sistemática, também são citadas como uma das estratégias para lidar com o pânico. Além disso, o tratamento medicamentoso deve estar associado ao tratamento terapêutico. Assim como o uso de técnicas de relaxamento, gestão de novas habilidades na resolução de problemas, no que tange o treinamento e aquisição de novas habilidades sociais.

Sardinha et al., (2011) pontua que uma ganhos efetivos e melhora significativa foram alcançados através das técnicas da TCC combinada com um treinamento aeróbico intervalado e medicações, em 12 sessões, em paciente que relatava TP desde dos 12 anos e possuía uma vida sedentária, com comorbidade entre TAG e TDAH. As técnicas utilizadas foram, psicoeducação condicionada as técnicas e sintomas de ansiedade, reestruturação cognitiva, respiração diafragmática e técnicas de relaxamento, exposições ao vivo em situações que geralmente eram evitadas, exposições interoceptivas e exposições imaginárias. Foi possível concluir que a inserção de treinamento aeróbico intervalar em adição às medicações e à TCC pode ser uma estratégia terapêutica viável em casos de pacientes com TP e ansiedade cardíaca, já que estes tendem por percepções interoceptivas a reforçar o TP, o qual o medo é reativo decorrentes a determinadas alterações fisiológicas que visam manter a homeostase. A partir do exercício aeróbico a contração muscular, respiração e frequência cardíaca são monitorados e passam a ser associados com uma atividade de bem-estar e, de uma certa, deixam de ser associados apenas com o medo.

Faria (2011), Baère (2015), King et al., (2007) citam a Psicoeducação, Reestruturação Cognitiva a partir das distorções cognitivas distorcidas, associadas as técnicas para enfrentamento da ansiedade do pânico, além disso, enfatiza a

exposição interoceptiva e ao vivo para melhor a conduta evitativa. A psicoeducação em relação ao TP, também se mostrou útil, sendo uma importante alternativa para readaptar e readequar as interpretações e percepções errôneas acerca do TP. Além disso exercício de indução de sintomas seguido por exercício de reeducação da respiração, como inspiração contando até 3 (três), segurar e manter o ar contando até 3 (três) e expirando, subsequentemente, contando até 6 (seis) trabalhando a musculatura diafragmática. Desde o início, envolve o controle da hiperventilação reforçando e inculcando uma melhor reeducação da respiração e um melhor relaxamento muscular. A exposição interoceptiva é fundamental pois produz habituação e readequação do sistema cognitivo em relação a percepção advinda do ambiente onde ocorrem os gatilhos disfuncionais, a partir de simulações, como exposição a modelos virtuais, exercícios físicos, imaginações a situações temidas e entre outras a quais possam produzir as sensações incomodadas do TP, em um local seguro, o qual o paciente possa desenvolver consciência de que está seguro, e que pode acalma-se e assimilar tais desconfortos físicos em segurança. A exposição interoceptiva pode ser um passo para a exposição in vivo, real e gradual ao objeto ou ambiente vinculado as ideias temidas, ativadores dos sintomas físicos desagradáveis, responsáveis por desencadear as crises de pânico.

Rangé (2008) e Baère (2015) em TCC, citam a exposição gradual ao vivo, como a técnica que tem como objetivo produzir respostas mais concretas e adequadas a exposição ao objeto que ativa os gatilhos e as respostas de medo, a psicoeducação mostrou-se também eficiente, se estabelecendo como outro recurso utilizável para pacientes com transtorno de pânico. Isso demonstra a importância da informação sobre o transtorno de pânico para seus pacientes acometidos pela ansiedade, medo excessivo e receio de desamparo. O autor cita (Range, 2008 apud Seligman, 2005) que em uma experiência realizada em grupo de 20 pacientes com TP, separados e organizados em dois grupos de 10 pacientes que receberam a seguinte orientação “O lactato é uma substância corporal natural que produz sensações semelhantes ao exercício ou ao álcool. É normal sentir intensas sensações durante a infusão, mas elas não indicam uma reação adversa.” O outro grupo não foi instruído com essa informação. Posteriormente essa substância citada foi administrada nos dois grupos. Verificou-se que nos membros do primeiro grupo, o qual recebeu a informação e orientação

sobre a substância, apenas 3 pacientes desenvolveram sintomatologia compatível com o TP, dentro aqueles participantes que não foram orientados e nada sabiam entre 10 (dez) pacientes, 9 (nove) manifestaram sintomatologia do TP. Isso demonstrou a importância da psicoeducação e do autoconhecimento.

Além disso numa conferência realizada em 1991, organizada pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos, com intuito de estabelecer uma certa aproximação e consenso entre 25 especialistas de diferentes áreas do conhecimento sobre Transtorno de Pânico e Agorafobia, (Range 2008, apud Wolfe e Maser, 1994) cita que observou no relatório, a informação de que haviam boas evidências de eficácia no contato estabelecido com um terapeuta, com apenas 3,5 horas, complementadas com biblioterapia, na promoção de uma melhora significativa no quadro dos pacientes acometidos TP.

Faria (2011), Salum et al., (2009), King et al., (2007) citam Reestruturação Cognitiva, Psicoeducação, Técnicas para enfrentamento da ansiedade e exposição interoceptiva e in vivo.

Rangé (2008) também cita como técnica os exercícios de exposição interoceptiva, para que o paciente possa produzir habituação e familiaridade com às sensações.

Abaixo veremos a tabela 4 postulada por Barlow & Cenny (1999, apud RANGÉ, 2008) sobre exercícios de exposição interoceptiva, que visam mensurar a intensidade das sensações, grau de ansiedade e grau de similaridade entre os sintomas provocados pelos exercidos e a uma crise real de pânico

São exercícios de exposição interoceptiva os quais o paciente pode realizar no consultório ou no lar, com intuito de assimilar os sintomas fisiológicos e sensações físicas, a fim de desenvolver resiliência a futuras e hipotéticas crises de pânico. Em intensidade da sensação (0-10) e grau de ansiedade (0-10), o paciente preenche a tabela e classifica o quanto sentiu de intensidade de sensação e ansiedade, após os exercícios de exposição interoceptiva:

**Tabela 4. Exercícios de exposição interoceptiva para pacientes**

<b>Exercício</b>	<b>Duração (seg)</b>	<b>Intensidade da sensação (0-10)</b>	<b>Ansiedade (0-10)</b>	<b>Similaridade (0-10)</b>
Sacudir a cabeça de um lado para o outro	30			
Colocar a cabeça entre as pernas e levantar	30			
Correr parado	60			
Prender a respiração	30 ou mais			
Tensão muscular completa do corpo	60 ou mais			
Rodar em uma cadeira giratória	30			
Hiperventilar	60			
Respirar por um canudo fino	120			
Manter o olhar em um ponto na parede ou na própria imagem no espelho	90			

(Rangé 2008 apud Barlow & Cerny, 1999).

De acordo com Manfro et al., (2008), a exposição interoceptiva pode funcionar como um treinamento preparatório para a exposição in vivo.

Rangé, (2008) também desenvolveu a técnica A.C.A.L.M.E-S.E. Técnica a qual o paciente realizando uma respiração diafragmática vai soletrando letra por letra até acalmar-se, enquanto o terapeuta realiza no consultório a Psicoeducação. Pode também ser realizada em casa.

Em suma, para os cognitivistas comportamentalistas, há uma compreensão de que o TP e suas crises podem estar condicionados aos gatilhos situacionais ambientais, pensamentos automáticos disfuncionais atrelados a crenças centrais e intermediárias, que se reforçam e se cristalizam a partir de estímulos advindos das reações físicas ou fisiológicas, como dores no peito, dores de cabeças etc. Sensações capazes de produzir convicções de que se está tendo um derrame, AVC, infarto, inesperado, além da sensação de morte iminente. A partir daí, em muitos pacientes, provem a principal crença central por trás do pânico para os cognitivistas: a crença de desamparo. A compreensão do modelo cognitivo passa pela assimilação do paciente do modelo cognitivo: "Situação => Pensamento => Emoção => Comportamento disfuncional. Fazendo-se necessário que o paciente mude suas percepções e reações disfuncionais a determinados gatilhos condicionados aos TP, a partir de técnicas, como: dessensibilização sistemática, respiração diafragmática e técnicas de relaxamento muscular, reestruturação cognitiva, análise de RPDs, hiperventilação, habituação interoceptiva, exposição in

vivo e entre outras.

Para os Psicodinâmicos, o pânico também está atrelado simbolicamente a questão do desamparo. Um determinado conteúdo reprimido no inconsciente, pode retornar imprevisivelmente à consciência, isto é, enquanto retorno do recaiado, abruptamente, devido a um abrandamento da censura, e também vinculado ao momento o qual o indivíduo está enfrentando em sua vida pessoal, como rupturas de relacionamentos, desemprego, perdas das mais diversas, podem causar um excesso de angustia e ansiedade, mediante a falta de “amparo”, e não acolhimento adequado do sofrimento físico, psicológico e emocional. O terapeuta através da transferência oferece ao paciente resiliência emocional através do acolhimento, para muitos na clínica winiccotiana, como lembra, Trintinaglia (2009), denominado como holding (segurança) ou haldling (manuseio e afeto), são utilizados pelo terapeuta como ferramenta para manusear e fortalecer os recursos egoícos, fornecendo a paciente uma confrontação empática ao conteúdo reprimido, como: raiva, sentimento de desvalia, desamparo etc. Isto faz com que o paciente possa clarificar este conteúdo a partir dos insights da associação livre e, junto ao terapeuta, com a validação empática, possa adquirir encorajamento para auto afirmação egóica e ressignificação dos conteúdos reprimidos e mal elaborados. Entre as técnicas mais supracitadas em Psicodinâmica em relação ao TP, o enfoque está na associação livre, insights sobre conteúdo inconsciente e mecanismo de defesa do Ego ativados; na vinculação empática terapêutica, regulação dos vínculos de apego disfuncionais por aspectos de representação de apego mais funcionais, flexibilização das resistências, rearticulação dos significados reprimidos do inconsciente.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que no TP, tão somente, não há apenas um desequilíbrio bioquímico, alteração da serotonina e noradrenalina, mas também os fatores psicológicos, sociais e ambientais contribuem no desenvolvimento do transtorno.

Alguns autores pós-modernos defendem que o pânico tem-se expandido em tempos atuais e, constantemente em seus estudos, esta questão é recorrentemente associada ao sentimento de desamparo. Para esses autores, existe a convicção de que tecnologia mediante o regime econômico consumista/capitalista, num mundo globalizado, cada vez mais competitivo, possa ser um dos fatores sociais responsáveis pela sensação de desamparo e pela crise de identidade cada vez mais experimentada pelos indivíduos. De um modo geral, tendo como base o referencial baseado em pesquisas científicas recentes, o TP continua sendo considerado um transtorno crônico, o qual possui uma baixa taxa remissão a longo prazo, tanto pelo tratamento farmacológico, quanto pelo tratamento terapêutico.

Entretanto, parece permanecer um consenso entre pesquisadores psicodinâmicos, que as estratégias de prevenção do stress e da Teoria do Apego (TA), podem representar uma direção muito importante no rumo de futuras pesquisas condizentes ao TP.

Entre as correntes de psicoterapia TCC e Psicodinâmica, para diversos autores, a última supracitada, passou a ocupar um papel coadjuvante em relação ao TP, justamente em função da falta de estudos científicos demonstrando sua eficácia. Entretanto, alguns psiquiatras clínicos relatam que as técnicas da psicoterapia psicodinâmica podem ser significativas no tratamento e intervenção de pacientes com TP, pois permitem uma melhor vinculação ao terapeuta, com uma maior resiliência a longo prazo e uma menor taxa de recaída em relação ao TP, em comparação com a TCC.

Constatou-se por intermédio dessa revisão bibliográfica, que a TCC é utilizada por diversos profissionais de saúde e que suas técnicas em relação ao TP, consistem em uma reestruturação cognitiva de pensamentos via RPDs. Substituição de emoções e sentimentos negativos associados a gatilhos situacionais e sensações fisiológicas, por via da dessensibilização sistemática,

técnicas de relaxamento, respiração diafragmática, exposições interoceptivas, gradativas e in vivo e entre outras. Tais técnicas demonstram-se muito eficazes na remissão dos sintomas e comportamentos disfuncionais inerentes ao TP. Não obstante, hoje, sem dúvida nenhuma, a TCC possui um grande consenso em relação a sua eficácia já comprovada cientificamente, estando em constante evolução. Alguns autores citam que a Psicodinâmica também possui um importante papel nos índices de remissão dos sintomas do pânico, no entanto, está última, ainda carece de estudos acadêmicos e pesquisas científicas com mais afinco e rigor em relação ao TP, para se expandir e reiterar sua importância entre as correntes de psicoterapia científicas.

Todavia, uma não tira o mérito ou credibilidade da outra, no entanto, reitera-se a necessidade da Psicodinâmica em desenvolver-se mais em relação as pesquisas acadêmicas. Clarificando suas técnicas e plano de tratamento, seguindo modelos estruturados ou semi-estruturados, semelhante aos protocolos de TCC, com protocolos dinâmicos, que se encaixem a demanda de seus pacientes, de modo que estes possam compreender melhor o processo e, o mais importante, sintam-se protagonistas no processo de intervenção. Algo nessa direção já está sendo delineado, como o PFP (Psicoterapia Psicodinâmica focada no Pânico) de Bárbara Milrod et.al, (2007). Tal estudo, foi randomizado com um grupo de pacientes, que observou a eficácia da psicoterapia psicodinâmica para o TP. Os autores observaram que mesmo após o fim do tratamento, os processos psicológicos trabalhados por esse protocolo psicodinâmico, promoveram resultados satisfatórios, muito além do fim do tratamento.

A TA baseada no modelo Psicodinâmico, para alguns autores, demonstrou-se altamente eficaz para a compreensão e intervenção em TP, e mostra-se um constructo teórico que deve ser mais explorado por pesquisas científicas e acadêmicas, por parte dos Psicodinâmicos e de outras correntes de psicoterapia, como já faz a Terapia do Esquema de Jeffrey Young.

Na Psicodinâmica, a partir de alguns autores, as intervenções em TP mais efetivas são baseadas na regulação emocional, junto às experiências de apego negativas internalizadas, presente no inconsciente, as quais podem ser exploradas e bem direcionadas pelo bom vínculo terapêutico. Além disso, a vinculação terapêutica empática, pode ajudar o paciente a elaborar tais imagens associadas a

afetos disfuncionais, promovendo a internalização de novas imagens de apego saudáveis, a partir da solidez da aliança terapêutica. Contatou-se por intermédio dessa revisão bibliográfica que a Psicodinâmica, a partir da TA, compreende o TP a partir da ansiedade da separação e de sentimentos como a raiva recalçada. Não obstante, a TA demonstrou-se eficiente não só como compreensão dos transtornos de ansiedade, como o pânico em si, mas também como instrumento de intervenção técnica da Psicodinâmica, a partir da regulação dos vínculos de apego.

De acordo com esta revisão bibliográfica, a TCC apresentou avanços acadêmicos e científicos, além de ter sua eficácia já comprovada, mantendo-se hoje como o principal referencial entre as psicoterapias; sendo a mais recomendada pelos profissionais da saúde com ou sem uso de intervenção farmacológica junto ao TP.

Conclui-se que, apesar da evolução da psicoterapia e tratamentos farmacológicos, ainda sim, mediante ao TP, um dos transtornos mais estudados nos últimos anos, este ainda oferece muitos desafios e possui lacunas importantes em termos de diagnóstico, classificação, etiologia e tratamentos mais específicos e eficazes, sendo necessário uma maior acuidade com estudos e pesquisas acadêmicas e científicas.

Trintinaglia (2009) cita que em relação ao TP, a falta de garantias, mudanças e intercorrências no mundo atual, podem contribuir para o seu agravamento, entretanto, o que mais intensifica os seus sintomas, é justamente a falta de informação sobre essa nosologia.

Não obstante, mediante a dificuldade de encontrar pesquisas acadêmicas no Brasil voltadas para o TP, principalmente em Psicodinâmica, entende-se que este mereça uma maior relevância por parte do nosso pesquisadores acadêmicos e revistas científicas. Já que dados da OMS apontam que o TP está em constante evolução no mundo contemporâneo, como uma espécie de epidemia que avança pouco a pouco nos grandes centros urbanos. Isso, todavia, demanda uma maior promoção do TP entre a população; assim como o desenvolvimento de novas técnicas interventivas e investimentos em políticas de prevenção, de modo que estas possam fomentar uma maior conscientização em relação a cronicidade e dificuldades presentes neste quadro nosológico, muitas vezes incapacitante, e cada vez mais presente no mundo contemporâneo.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSIS, R. (2006). Uma Leitura sobre a Teoria do Apego e uma Aproximação com a Metapsicologia via o conceito de Pulsão de Apego. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/109.pdf>. Acesso em: 13 de maio de 2016.

ASSIS, P. (2011). Problemas conceituais na Terapia Cognitivo Comportamental. Disponível em: <http://pablo.deassis.net.br/2011/09/os-riscos-da-terapia-cognitivo-comportamental/>. Acesso em 13 de maio de 2016

BECK, (1997). Terapia Cognitiva: teoria e prática. Tradução de Sandra Costa. Porto Alegre: Artmed, 1997 apud ALMEIDA, 2013. A Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo no Tratamento da Ansiedade Social em Adultos. Disponível em: <https://www.cetcc.com.br/imagens/teses%20e%20monografias/CINTHIA%20DE%20ALMEIDA.pdf>. Acesso em: 25 de abril de 2016

BAÈRE, (2015). Técnicas cognitivas-comportamentais para o tratamento do transtorno de pânico. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0937.pdf>. Acesso em: 22 de junho de 2016.

BARLOW, (2009). Transtorno de pânico e agorafobia apud BAÈRE, (2015). Técnicas cognitivas-comportamentais para o tratamento do transtorno de pânico. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0937.pdf>. Acesso em 22 de maio de 2016. Disponível em <http://docslide.com.br/documents/downloadsartmedcombr-public-b-barlow-david-h-manual-clinico-transtornos-psicologicos-4ed-liberado-cap-01.html>. Acesso em: 24 de maio de 2016.

BARLOW, D; CRASKE, M. (2009). Manual clínico dos transtornos psicológicos. Tratamento passo a passo. 4 ed. Artmed.

BAUMAN, Z. (1998) O mal-estar nos pós modernidade. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor apud MENEZES, L.S. (2006). Pânico efeito do desamparo na contemporaneidade. Um estudo psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo / FAPESP.

BOWLBY, J. (1958). Uma abordagem de sistemas de controle para o comportamento de apego, in Apego e Perda. Livraria Martins Fontes editora LTDA: São Paulo apud SEGANFREDO, (2008). Avaliação da presença de trauma e da qualidade do apego em pacientes com transtorno do pânico. Disponível

em:<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14939/000671007.pdf?>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

BROWN, T.A; CAMPBELL, L.A., LEHMAN, C. L. CRISHAM, J.R., MANCIL, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology* apud CLARK, D.A.; BECK, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade*. Porto Alegre. Artmed.

BUSCH, (2009). A Study Demonstrating Efficacy of a Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder: Implications for Psychoanalytic Research, Theory, and Practice. Disponível em: <https://translate.google.com.br/?hl=pt-BR#en/pt/A%20STUDY%20DEMONSTRATING%20EFFICACY%20OF%20A%20PSYCHOANALYTIC%20PSYCHOTHERAPY%20FOR%20PANIC%20DISORDER%3A%20IMPLICATIONS%20FOR%20PSYCHOANALYTIC%20RESEARCH%2C%20THEORY%2C%20AND%20PRACTICE>. Acesso em: 15 de julho de 2016.

BUSCH, (2006). *Psychodynamic Treatment of Panic Disorder*. Disponível em: [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-59745-444-5\\_2](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-59745-444-5_2). Acesso em 22 de julho de 2016.

CAMPBELL, (2001). Os resultados da investigação de um Estudo Nacional de Intimate Homicide Parceiro: O perigo Instrumento de avaliação. Disponível em: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/199710.pdf> . Acesso em: 27 de maio de 2016.

CARVALHO, (2011). Síndrome do pânico uma psicopatologia contemporânea. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/sindrome-do-panico-uma-psicopatologia-contemporanea-\[104-071011-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/sindrome-do-panico-uma-psicopatologia-contemporanea-[104-071011-SES-MT].pdf). Acesso em: 29 de maio de 2016.

CLARK, (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy* apud BAËRE, (2015). *Técnicas cognitivas-comportamentais para o tratamento do transtorno de pânico* apud Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0937.pdf>. Acesso em: 25 de abril de 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3299495/>. Acesso em: 27 de abril de 2016.

CLARK, D.A.; BECK, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade*. Porto Alegre. Artmed

DIB, (2006). Vínculos afetivos e Transtorno do pânico. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/download/18094/13450>. Acesso em: 06 de maio de 2016.

DINIZ, (2016). Transtorno do pânico: tratamento deve ter acompanhamento psicológico. Disponível: <http://glaucodinizduartebh.com.br/2016/02/23/transtorno-do-panico-tratamento-deve-ter-acompanhamento-psicologico/>. Acesso em 17 de agosto de 2016

ESPERANDIO, M; AUGUST.H. (2014) Teoria do apego e comportamento religioso apud BOWLBY, J. (2002) Apego e Perda: Apego. V.1 da trilogia. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes.

FARIA, (2011). Uma revisão bibliográfica de técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas no transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e fobia social. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/40110/000826634.pdf>. Acesso em: 03 de julho de 2016.

FOCHESATTO, (2011). A cura pela fala. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372011000300016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300016). Acesso em: 25 de maio de 2016.

GABBARD, G. O. (2016) Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. 4.ed. Porto Alegre: Artmed.

GOULART, M. (2013). Sócrates e a Democracia Grega. História Digital. Disponível em: <http://www.historiadigital.org/artigos/socrates-na-construcao-da-democracia-grega/>

HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C.; GABBARD, G. (2012) O. Tratado de psiquiatria clínica. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.

HANS, (1999). Pânico: Efeito do Desamparo na Contemporaneidade. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp029914.pdf>. Acesso em: 01 de agosto de 2016.

HELDT, (2003). Terapia cognitiva-comportamental em grupo para transtorno de pânico: avaliação de efeito do protocolo padrão e do acréscimo de sessões de reforço com técnicas cognitivas nas estratégias de enfrentamento(coping). Disponível: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/61733/000866440.pdf?sequence=1>. Acesso em 25 de abril de 2016.

KING, (2007). Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. Disponível: [http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos\\_medicos/2011/56\\_3/AR09.pdf](http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2011/56_3/AR09.pdf). Acesso em: 22 de maio de 2016.

MAIA, (2015). Cognitive Behavioral Therapy: state of the art, a review. Disponível:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2358-04292015000600001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2358-04292015000600001&script=sci_arttext). Acesso em: 18 de maio de 2016.

FARAVELLI, C; PALLANI, S (1989). Recent life events and panic disorder. Am J Psychiatry.

FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago apud MENEZES, L.S. (2006) Pânico: efeito do desamparo na contemporaneidade. Um estudo psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo / FAPESP.

MENEZES, L.S. (2006) Pânico: efeito do desamparo na contemporaneidade. Um estudo psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo / FAPESP.

COSTA, F.F. (1984). Sobre a geração AI-5: violência e narcisismo. In: Violência e Psicanálise. Rio de Janeiro. Editora Graal apud MENEZES, L.S. (2006) Pânico: efeito do desamparo na contemporaneidade. Um estudo psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo / FAPESP.

GIDDENS, A. (1991). As consequências da modernidade. 2 ed. São Paulo, Editora Unesp apud MENEZES, L. S (2006). Pânico: Efeito do Desamparo na Contemporaneidade. Um estudo psicanalítico. Fapesp. Casa do Psicólogo.

HANS, L.A. (1999) A teoria pulsional na clínica de Freud. Rio de Janeiro. Editora Imago apud MENEZES, L.S. (2006). Pânico: efeito do desamparo na contemporaneidade. Um estudo psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo/ FAPESP.

MILROD, (2007). Um ensaio clínico controlado randomizado de psicoterapia psicanalítica do transtorno de pânico. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267789>. Acesso em: 19 de julho de 2016.

MOURA, J, A; SOUSA J, S (2009). Aaron Beck e a Terapia Cognitiva. Psicologado Artigos. Disponível em: <https://psicologado.com/abordagens/psicologia-cognitiva/aaron-beck-e-a-terapia-cognitiva>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

NAPOLI, (2011). A Invenção do Inconsciente: Freud e o Nascimento da Psicanálise. Disponível em: <https://lucsnapoli.com/tag/ab-reacao/>. Acesso em 30 de junho de 2016.

NETO, (2010). Doenças: Transtorno de pânico. Disponível em: [http://www.saudemental.net/transtorno\\_de\\_panico.htm](http://www.saudemental.net/transtorno_de_panico.htm). Acesso em: 11 de maio de 2016.

OLIVEIRA, PEREIRA (2003). Transtorno de pânico, da psiquiatria à psicanálise. Disponível em: <http://www.slideserve.co.uk/transtorno-de-panico-da-psiquiatria-a-psicanalise-oliveira-2013>. Acesso em 18 de agosto de 2016.

O PROGRESSO (2016). OMS diz que 33% da população mundial sofre de ansiedade. Disponível em: <http://www.progresso.com.br/caderno-a/ciencia-saude/oms-diz-que-33-da-populacao-mundial-sofre-de-ansiedade>. Acesso em: 20 de junho de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento: CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas

PIETRO, A. (2014). Pánico: Diez minutos con la muerte. Argentina: Marea Editorial, 2014.

RACHMAN, S.J. Anxiety (2nd ed.) East Sussex, Uk: Psychology Press. (2004) apud CLARK, D.A.; BECK, A.T. (2012) Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática. Porto Alegre, Artmed apud

RANGÉ, (2008). Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a02v25n4.pdf>. Acesso em: 25 de julho de 2016.

RAMIRES, (2010) Revisando alguns Conceitos da Teoria do Apego: Comportamento versus Representação. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a04v26n1>. Acesso em 13 de maio de 2016.

RAMOS, (2006) Tratamentos biológicos em psiquiatria apud BAÈRE, (2015). Técnicas cognitivas-comportamentais para o tratamento do transtorno de pânico. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0937.pdf>. Acesso em: 28 de junho de 2016 Disponível em: [https://scholar.google.com.br/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=pt-BR&user=YBBw0rAAAAAJ&citation\\_for\\_view=YBBw0rAAAAAJ:eQOLeE2rZwMC](https://scholar.google.com.br/citations?view_op=view_citation&hl=pt-BR&user=YBBw0rAAAAAJ&citation_for_view=YBBw0rAAAAAJ:eQOLeE2rZwMC). Acesso em: 29 de junho de 2016.

SANDBERG, (2012). Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy in a Woman with Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder. Disponível em: <https://translate.google.com.br/?hl=pt-BR#en/pt/Panic-Focused%20Psychodynamic%20Psychotherapy%20in%20a%20Woman%20with%20Panic%20Disorder%20and%20Generalized%20Anxiety%20Disorder>. Acesso em: 16 de junho de 2016.

SALUM, (2009). Ansiedade Patológica: Bases Neurais e Avanços na Abordagem Psicofarmacológica. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/8207/5320>. Acesso em: 23 de abril de 2016.

SARDINHA, (2011). Treinamento físico intervalado como ferramenta na terapia cognitivo-comportamental do transtorno de pânico. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S004720852011000300013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S004720852011000300013&script=sci_arttext). Acesso em: 26 de junho de 2016.

SEGANFREDO, (2008). Avaliação da presença de trauma e da qualidade do apego em pacientes com transtorno do pânico. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14939/000671007.pdf?>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

SHEDLER, (2010). Por um Plano Estético da Avaliação nas Residências Multiprofissionais: construindo abordagens avaliativas SUS-implicadas. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/25842/000754868.pdf;sequence=1>. Acesso em 16 de abril de 2016.

SHEDLER, (2010). La eficacia de la psicoterapia psicoanalitica. Disponível em: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000690>. Acesso em: 15 de agosto de 2016.

SILVA, (2010). Efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental para os transtornos do humor e ansiedade: Uma revisão de revisões sistemáticas. Disponível em: [file:///C:/Users/Paty/Downloads/Dialnet-EfetividadeDaTerapiaCognitivoComportamentalParaOsT-5154984%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Paty/Downloads/Dialnet-EfetividadeDaTerapiaCognitivoComportamentalParaOsT-5154984%20(1).pdf). Acesso em: 17 de abril de 2016.

TRINTINAGLIA, S. (2009). Transtorno de Pânico – Prisioneiros do sofrimento subjetivo. Caxias do Sul: EDUCS.

TORQUATO (2014). Mobilização e Eletroestimulação em Paciente na Unidade de Terapia Intensiva apud ARAÚJO (2012) Effects of neuromuscular electrostimulation in patients with heart failure admitted to ward. Disponível em: <http://interfisio.com.br/?artigo&ID=513&url=Mobilizacao-e-Eletroestimulacao-em-Paciente-na-Unidade-de-Terapia-Intensiva>. Acesso em 20 de abril de 2016. Disponível em: <http://cardiothoracicsurgery.biomedcentral.com/articles/10.1186/1749-8090-7-124>. Acesso em: 22 de abril de 2016.

VARELLA, D. (2011). Site Drauzio. Entrevista: AGORAFOBIA. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/letras/a/agorafobia/>. Acesso em: 27 de maio de 2016.

WOLF E MASER, (1994). Cognitive-behavioral therapy for panic disorders and agoraphobia: 35 years of history. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a02v25n4.pdf>. Acesso em: 18 de maio de 2016.

## **Termo de Responsabilidade Autoral**

Eu **Rogério Carlos da Silva**, 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 “**O Transtorno de Pânico sob a Perspectiva da Psicodinâmica e Terapia Cognitivo Comportamental**”, 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)