

---

**ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO**

**Monografia apresentada para a conclusão do Ensino Médio e curso  
técnico  
de Registro e Informação em Saúde**

**Transtorno de Pânico: O que é? Como pode ser tratado?**

**Por**

**BÁRBARA LYRA DE SOUZA**

**Rio de Janeiro  
Fevereiro/2007**

---

---

**Transtorno de Pânico: O que é? Como pode ser tratado?**

**Por**

**BÁRBARA LYRA DE SOUZA**

**Monografia apresentada para a conclusão do Ensino Médio e curso  
técnico  
de Registro e Informação em Saúde**

**Orientadora: Melissa Marsden**

**Rio de Janeiro  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
Fevereiro/2007**

“E nenhum Grande Inquisidor tem prontas tão terríveis torturas como a ansiedade tem; e nenhum espião sabe como atacar mais inteligentemente o homem de quem ele suspeita, escolhendo o instante em que ele está mais fraco; ou sabe onde colocar armadilhas em que ele será pego e enredado, como a ansiedade sabe, e nenhum juiz é mais esperto e sabe interrogar melhor, examinar, acusar como a ansiedade sabe, e nunca o deixa (a vítima) escapar, nem através de distrações, nem através de barulhos, nem divertindo, nem brincando, nem de dia nem de noite...”

- *Soren Kierkegaard, The Concept of Dread* -

## Agradecimentos

Agradeço primeiramente à Deus,  
pois sem Ele eu não estaria aqui,  
Agradeço aos meus pais,  
que sempre me apoiaram  
Agradeço aos meus amigos  
que sempre estiveram do meu lado  
me apoiando e me dando força em tudo,  
Agradeço a minha orientadora, Melissa  
por toda a paciência,  
compreensão e orientação  
Agradeço ao meu computador,  
pois sem ele não teria nada pronto.

## Apresentação

A idéia de fazer esse trabalho surgiu em uma conversa com meus familiares, quando descobri que meu tio já havia sido vítima do Transtorno de Pânico. Ao conversar com uma pessoa na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) sobre esse assunto, ela (a pessoa) me confidenciou que já havia tido crises de pânico quando era mais jovem.

A partir daí, me interessei pelo tema e nas leituras que fiz descobri que muitas pessoas portadoras deste transtorno não têm conhecimento de sua doença. Além disso, antes de receberem o diagnóstico correto, passam por vários médicos.

Com isso, resolvi aprofundar um pouco mais meus estudos sobre o Transtorno de Pânico e seus tratamentos. A partir da leitura dos tratamentos atualmente disponíveis, escolhi me aprofundar em dois: a Terapia Cognitiva-Comportamental, que é o mais utilizado, e a Terapia Psicodramática de grupo.

## Sumário

Introdução.....	6
1- TranstornodePânico.....	8
1.1- Classificação.....	9
1.2- Sintomas.....	10
1.3- Características.....	11
1.4- Suporte familiar.....	15
2- Terapia Cognitivo-Comportamental.....	16
3- Terapia Psicodramática de Grupo.....	20
4- Farmacoterapia.....	27
4.1- Inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS).....	28
4.2- Tricíclicos.....	29
4.3- Benzodiazepínicos.....	30
4.4- Inibidores da MAO ( monoaminoxidase).....	31
4.5- Outros Antidepressivos.....	31
4.6- O tratamento Combinado.....	32
Conclusão.....	34
Referência Bibliográfica.....	35

## Introdução

As crises de pânico estão entre os diagnósticos que levam mais frequentemente os pacientes a procurarem os serviços de emergência. Sendo assim, seu conhecimento e manejo não devem se restringir aos psiquiatras, mas interessar aos médicos em geral. Cerca de 43% dos pacientes com crises de pânico são atendidos pela primeira vez em unidades de pronto socorro, sendo que 15% destes chegam ao local de atendimento em ambulâncias, dado a intensidade do quadro (Del Porto, 2006).

Segundo Del Porto 2006 diversos trabalhos convergem em assinalar que cerca de 8% dos pacientes atendidos em serviços de atenção primária apresentam crise de pânico. De acordo com o autor, a prevalência do Transtorno de Pânico na população geral varia de 1,5% a 3,5% .

O objetivo desse trabalho é fazer um estudo sobre o Transtorno do Pânico e de duas da terapia possíveis para a melhora do paciente. O uso associado das terapias com os psicofármacos, ressaltando a sua importância no processo de cura, também foi abordado.

Para este fim, foi realizado um levantamento bibliográfico na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando como ferramenta de busca o descritor das ciências da saúde (Decs) “transtorno do pânico”, com os qualificadores “Psicologia” e “terapia”. Foi colocado, ainda, como limite de busca o idioma português. Dentre os textos levantados, foram selecionados aqueles que mais se aproximavam do estudo aqui proposto.

A terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi escolhida por ser a mais utilizada e por ser considerada, de acordo com a Conferência Internacional de Genebra realizada em

1990, a mais eficaz para o tratamento do Transtorno de Pânico. A TCC procura tratar apenas aquilo que está diretamente relacionado com o problema apresentado pelo paciente. Assim, costuma ser um tratamento mais rápido e que apresenta as primeiras melhoras em pouco tempo.

A terapia Psicodramática de Grupo foi escolhida por ser uma alternativa não convencional de tratar o Transtorno de Pânico. Por não haver muitos estudos sobre esta terapia, a abordagem psicodinâmica não é aceita como uma terapêutica padrão no Transtorno do Pânico. Entretanto, de acordo com Torres et al 2001, ela vem apresentando resultados bem satisfatórios no tratamento do Transtorno de Pânico.

O uso associado de terapia com fármacos que inibem os sintomas somáticos presentes no Transtorno de Pânico é indicado. Por esta razão, há um capítulo destinado a esta discussão.

# *Capítulo 1:*

## *Transtorno do Pânico*

*"Você ganha forças, coragem e confiança a cada experiência em que você enfrenta o medo. Você tem que fazer exatamente aquilo que acha que não consegue".*

*- Eleanor Roosevelt -*

## **1.1-Classificação:**

A classificação oficial do Transtorno do Pânico como um distúrbio mental ocorreu em 1980 com a sua aparição no DSM III (terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais), documento publicado pela Associação Americana de Psiquiatria. Hoje, já há uma publicação mais recente do DSM, o DSM IV<sup>1</sup>. Neste, a Síndrome do Pânico pertence à classe dos Transtornos de Ansiedade, junto com as Fobias, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo e o Transtorno de Ansiedade Generalizada. O Transtorno do Pânico é reconhecido também pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sendo listado na décima edição da sua Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10).

O Transtorno do Pânico caracteriza-se pela ocorrência de crises recorrentes de medo ou ansiedade acompanhadas de alguns sintomas somáticos, como falta de ar, taquicardia, palpitações e sudorese. As crises de pânico são intensas, repentinas e inesperadas e, apesar de passageiras, causam enorme sofrimento emocional. Provocam nas pessoas uma sensação de mal-estar físico e mental e o comportamento de fuga do local onde se encontram, que é normal e desejado quando uma pessoa está em uma situação de perigo. Nas situações em que a própria vida está ameaçada, o organismo toma medidas que normalmente não tomaria, perdendo o medo de pequenos perigos para livrar-se de um perigo maior. Porém, esse mesmo “sistema de alerta” (conjunto de mecanismos físicos e mentais que reagem a

---

<sup>1</sup> Neste trabalho será usada a classificação do Transtorno do Pânico existente no DSM IV, por ser esta sua publicação mais recente.

uma determinada situação) tende a ser desencadeado durante uma crise de pânico sem que haja um perigo eminente, caracterizando, assim, a patologia.

Alguns fatores aumentam a ansiedade geral e facilitam o desencadeamento do primeiro ataque, como possuir uma história pessoal ou familiar de algum transtorno ansioso e ser submetido a um período de estresse.

Com o tempo, os ataques de pânico são condicionados a determinados desencadeantes (externos ou internos) que são vistos de forma negativa pelo indivíduo, representando, na sua interpretação, sinal de perigo iminente, de morte, de estar perdendo o controle de si. Essas sensações fazem com que a pessoa fique apreensiva e em vigia constante, propiciando o surgimento de um novo ataque. É comum o paciente apresentar comportamentos de esquiva e fobia de situações em que pensa que ocorrerá um ataque, por exemplo: sair ou ficar sozinho.

Em alguns casos, o Transtorno do Pânico pode vir acompanhado de Agorafobia, que é uma ansiedade acerca de estar sozinho em locais públicos ou em situações das quais escapar poderia ser difícil (ou embaraçoso) ou nas quais o auxílio pode não estar disponível na eventualidade de ter um ataque de pânico ou sintomas tipo pânico (por exemplo, medo de ter um ataque súbito de tontura ou um ataque súbito de diarreia).

## **1.2- Sintomas:**

Os critérios para que o diagnóstico do transtorno do pânico seja atribuído são (DSM IV):

- Existência de vários ataques no período de semanas ou meses.

- Dentre os sintomas abaixo relacionados, pelo menos quatro devem estar presentes:

- Aceleração da frequência cardíaca ou sensação de batimento desconfortável.
- Sudorese difusa ou localizada (mãos ou pés).
- Tremores finos nas mãos ou extremidades ou difusos em todo o corpo.
- Sensação de sufocação ou dificuldade de respirar.
- Sensação de desmaio iminente.
- Dor ou desconforto no peito (o que leva muitas pessoas a acharem que estão tendo um ataque cardíaco).

- Náusea ou desconforto abdominal.
- Tonteiras, instabilidade sensação de estar com a cabeça leve, ou vazia.
- Despersonalização<sup>2</sup> ou desrealização<sup>3</sup>.
- Medo de enlouquecer ou de perder o controle de si mesmo.
- Medo de morrer.
- Alterações das sensações táteis, como sensação de dormências ou formigamento pelo corpo.

- Enrubescimento ou ondas de calor e calafrios pelo corpo.

---

<sup>2</sup> A pessoa tem a sensação de não ser ela mesma, como se estivesse saindo de dentro do próprio corpo e observando a si mesmo de fora.

<sup>3</sup> Sensação de que o mundo ou o ambiente em volta estão diferentes, como se fosse um sonho ou houvesse uma nuvem.

### **1.3- Características:**

O ataque tem um início súbito e aumenta rapidamente, atingindo seu pico em geral em dez minutos. Durante o ataque a pessoa tem a sensação de perigo ou catástrofe iminente e anseio por escapar do local onde se encontra (DSM IV).

Os ataques de pânico são seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente do episódio se repetir, preocupação acerca das possíveis implicações ou conseqüências dos ataques ou ainda uma alteração comportamental significativa relacionada aos mesmos. Alguns temem que os ataques indiquem a presença de uma doença não diagnosticada e ameaçadora à vida (por exemplo, cardiopatia e transtorno convulsivo). Apesar de repetidos exames e garantias médicas da não existência de uma moléstia, as pessoas costumam permanecer temerosos e não se convencem facilmente de que não têm uma doença física ameaçadora à vida. As preocupações acerca do próximo ataque ou suas implicações freqüentemente estão associadas com o desenvolvimento de um comportamento de esquiva que pode satisfazer os critérios para Agorafobia, diagnosticando-se, neste caso, um Transtorno de Pânico Com Agorafobia.

A desmoralização é uma conseqüência comum, com muitos indivíduos sentindo-se desencorajados, envergonhados e infelizes acerca das dificuldades em levar avante suas rotinas habituais. Eles freqüentemente atribuem seu problema a uma falta de "força" ou de "caráter". Esta desmoralização pode generalizar-se para áreas além dos problemas específicos relacionados ao pânico. Os indivíduos podem ausentar-se com freqüência do trabalho ou da escola, para ir em busca de médicos e salas de emergência, o que pode levar ao desemprego ou abandono da escola.

Os ataques de pânico não estão apenas relacionados ao Transtorno do Pânico, podendo ocorrer em uma variedade de outros Transtornos de Ansiedade, como por exemplo, a Fobia Social, a Fobia Específica, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, o Transtorno de Estresse Agudo. Na determinação do diagnóstico diferencial é crucial considerar o contexto no qual o ataque ocorre. Existem três tipos característicos de ataques de pânico, com diferentes relações entre o início do ataque e a presença ou ausência de ativadores situacionais: ataques de pânico inesperados (não evocados), ataques de pânico ligados a situações (evocados) e ataques de pânico predispostos pela situação. No primeiro caso, o início do ataques de pânico não está associado com um ativador situacional. Isto é, ocorre espontaneamente, sem causa aparente. Nos ataques de pânico ligados a situações (evocados) o ataque ocorre, quase que invariavelmente, logo após a exposição ou antecipação a um evocador ou ativador situacional (por exemplo, ser atacado por uma cobra ou um cão sempre ativa imediatamente um Ataque de Pânico). No último caso os ataques tendem a ocorrer mais freqüentemente quando em exposição ao evocador ou ativador situacional, mas não estão invariavelmente a ele associados e não ocorrem necessariamente após a exposição (por exemplo, os ataques tendem mais a ocorrer quando o indivíduo está dirigindo, mas existem momentos em que a pessoa dirige e não sente nada ou momentos em que o ataque ocorre após estar dirigindo por meia hora).

A freqüência e a gravidade dos ataques de pânico variam amplamente. Alguns indivíduos têm ataques moderadamente freqüentes (por exemplo, uma vez por semana) que ocorrem regularmente, por meses seguidos. Outros citam surtos breves de ataques mais freqüentes (por exemplo, diariamente), separados por semanas ou meses sem a ocorrência de quaisquer outro episódio similar. Há aqueles que relatam sofrer ataques menos freqüentes (por exemplo, dois por mês) durante muitos anos.

É comum encontrarmos indivíduos que apresentam ataques de pânico com apenas três dos sintomas anteriormente citados. Estes são chamados de ataques com sintomas limitados. Embora a distinção entre os ataques de pânico completos e os com sintomas limitados seja um tanto arbitrária, podemos verificar que os primeiros estão associados a maior morbidade (DSM IV). Além disso, maior parte dos indivíduos que têm ataques com sintomas limitados teve ataques de pânico completos em algum momento durante o curso do transtorno.

Segundo o DSM-IV estudos epidemiológicos no mundo inteiro indicam consistentemente que a prevalência do Transtorno de Pânico durante toda a vida (com ou sem Agorafobia) situa-se entre 1,5% e 3,5% da população mundial. As taxas de prevalência anual estão entre 1% e 2%. Cerca de um terço até metade dos indivíduos diagnosticados com Transtorno de Pânico em amostras comunitárias também têm Agorafobia, embora uma taxa muito superior de Agorafobia seja encontrada em amostras clínicas (DSM IV).

A idade de início do Transtorno de Pânico varia muito, mas está mais tipicamente entre o final da adolescência e faixa dos 30 anos. Um pequeno número de casos começa na infância. O início após os 45 anos é incomum, mas pode ocorrer. Embora a Agorafobia possa desenvolver-se a qualquer momento, seu início geralmente se situa dentro do primeiro ano da ocorrência de ataques de pânico recorrentes.

#### **1.4- Suporte Familiar:**

Freqüentemente os paciente com pânico sofrem muito duas vezes, a primeira por causa dos ataques e suas conseqüências e a segundo por causa da incompreensão de que são

vítimas. É muito comum a família entender o pânico como uma forma de fraqueza moral e de personalidade. Por isso, é de importância fundamental a conscientização da família. Grupos de auto-ajuda, livros sobre o assunto ou mesmo a internet podem ser úteis para que os familiares entendam a natureza da doença. Por outro lado, o excesso de compreensão pode favorecer a esquiva fóbica. A família deve incentivar que o paciente com Transtorno de Pânico possa fazer várias atividades, exercícios. A primeira coisa que os parentes têm que fazer é compreender, aceitar e apoiar os pacientes. O transtorno do pânico é uma doença como outra qualquer, o paciente não escolheu tê-la, nem pode evitá-la.

Abaixo estão citadas algumas recomendações para os familiares (Marot, 2006):

- Não faça suposições a respeito do que a pessoa com Transtorno de Pânico precisa, pergunte a ela;
- Proporcione a quem sofre de pânico a paz necessária para se recuperar;
- Procure ser otimista para com quem tem Transtorno de Pânico, procure aspectos positivos nos problemas;
- Não sacrifique sua própria vida, pois acabará criando ressentimentos;
- Não entre em pânico quando o paciente com pânico tiver um ataque;
- Seja paciente e aceite as dificuldades de quem tem pânico, mas não se conforme como se ela(e) for uma inválida(o);

# *Capítulo 2:*

## *Terapia Cognitivo- Comportamental(TCC)*

Entre as abordagens psicoterápicas, a TCC tem sido reconhecida e enfatizada como a mais adequada e eficaz para o tratamento do Transtorno de Pânico. Na Conferência Internacional de Genebra, em 1990, a TCC foi considerada o tratamento psicológico mais adequado para este transtorno (Savoia, 2001).

A TCC procura integrar as abordagens biológicas e sociopsicológica. Seu método consiste em ensinar aos pacientes exercícios que visam a redução dos sintomas físicos da ansiedade, da esquiva fóbica e a modificação dos pensamentos disfuncionais<sup>4</sup>.

Os pacientes com Transtorno de Pânico, em geral, avaliam negativamente os eventos que ocorrerão no futuro próximo, apresentando uma ansiedade antecipatória. Para a modificação desses pensamentos, chamados de disfuncionais, utiliza-se à reestruturação cognitiva, que consiste na identificação dos pensamentos ansiogênicos, na análise da lógica inadequada, nos testes de realidade e na modificação de idéias errôneas sobre a ansiedade.

Deve-se explicar ao paciente a natureza do transtorno e qual o objetivo do tratamento. Uma das técnicas utilizadas é a biblioterapia, que consiste em indicação de leitura sobre o problema, para que o paciente tenha esclarecimento do transtorno que apresenta. Deve-se também discutir a leitura com o paciente e não apenas indicar o texto. A informação costuma ter como consequência alívio de ansiedade, engajamento no trabalho e fortalecimento da relação terapêutica (Savoia, 2001).

Neste tratamento terapeuta e paciente trabalham em colaboração, planejando estratégias para lidar com as dificuldades enfocadas. A TCC é considerada um tipo de terapia de alta demanda por exigir a participação ativa do paciente através da execução de tarefas prescritas que funcionam como coleta de informação sobre o problema e orientam o

---

<sup>4</sup> São pensamentos que não estão de acordo com o que a realidade e os fatos demonstram. Por exemplo: pensamentos de estar tendo um enfarto, morrendo quando na verdade não está acontecendo nada.

andamento da terapia. A auto-aplicação entre as consultas das técnicas aprendidas é essencial para um tratamento bem sucedido e para a manutenção da melhoria clínica em longo prazo.

Para um bom resultado terapêutico esses exercícios devem ser praticados diariamente, nas mais diversas situações do cotidiano, até que o paciente esteja apto a utilizá-los nas situações desencadeantes de ansiedade ou de ataques de pânico. O desenvolvimento de alguma atividade esportiva também pode auxiliar a combater o estresse e a ansiedade, melhorando o quadro clínico apresentado (Montenegro, 2001).

É indicado fornecer ao paciente, no início do tratamento, estratégias de fácil compreensão e pronta execução para que ele possa facilmente restabelecer a sensação de controle e autoconfiança.

O trabalho terapêutico se dará no sentido de fazer com que o paciente perceba que muitos de seus comportamentos e pensamentos estão implicados na ativação e na desativação de seu sistema de alerta e que, com a terapia, é possível intervir nesse processo.

A exposição ao objeto a que se destina a fobia do paciente é para a TCC essencial no tratamento do medo e dos sintomas de esquiva. Esta consiste em permanecer em contato com as situações temidas por tempo prolongado, até que o paciente se habitue com ela, sendo a ansiedade diminuída de maneira significativa ou até extinta. O esforço e o desconforto decorrentes da exposição podem produzir inicialmente a intensificação momentânea de sintomas de ansiedade, que tendem a desaparecer ao longo do tratamento. Entretanto, tal reação inicial pode ser responsável pela rejeição ao tratamento, incluindo abandono e não-adesão. O terapeuta deve antecipar ao paciente esse tipo de dificuldade e mostrar-se disponível a dar suporte sempre que necessário.

A abordagem dos processos cognitivos relacionados à ansiedade utilizada pela TCC também inclui a discussão detalhada dos fatores temidos, examinando atitudes ou comportamentos adotados pelo paciente.

A exposição a situações de estresse provoca um aumento de ansiedade que pode culminar em um ataque de pânico. Assim, torna-se primordial ensinar aos pacientes técnicas de manejo de estresse, tais como, organização de tempo, tomada de decisão, modificação da interpretação dos estressores, treino de habilidades sociais e relaxamento.

A aprendizagem das técnicas terapêuticas, em geral, resulta no aumento da autoconfiança e da auto-estima, melhorando a qualidade de vida dos pacientes (Montenegro, 2001).

Alguns fatores podem dificultar a evolução do tratamento, como por exemplo: O paciente comparecer a consulta sob o efeito de tranqüilizantes, sua dependência junto aos familiares, a esquiva ter se tornado um hábito e a acomodação do paciente às suas limitações. Essas e outras possibilidades devem ser enfocadas durante a terapia e analisadas como um obstáculo à melhora do transtorno do pânico.

O terapeuta deve incentivar cada etapa percorrida pelo paciente e a adesão às técnicas, enfatizando a importância da aquisição da nova técnica aprendida para enfrentar o medo.

Após o término da terapia, muitos pacientes ainda apresentam sintomas residuais da ansiedade. O esclarecimento acerca desses sintomas e a discussão sobre o tempo requerido para maior estabilidade do humor podem oferecer alguma tranqüilidade e auxiliar na compreensão do risco real de uma recaída.

# *Capítulo 3:*

## *Terapia Psicodramática de grupo*

*“Um Encontro de dois: olhos nos olhos, face a face.  
E quando estiveres perto, arrancar-te-ei os olhos e colocá-los-ei no lugar dos meus;  
E arrancarei meus olhos para colocá-los no lugar dos teus;  
Então ver-te-ei com os teus olhos e tu ver-me-ás com os meus.”*

*- Jacob Levy Moreno -*

Nesse tratamento atende-se uma média de oito a dez pacientes em sessões semanais de duas horas de duração, nas quais se utilizam técnicas psicodramáticas. O uso associado de psicofármacos é fundamental. A temática abordada nos encontros é aberta, centrando-se tanto em aspectos próprios do Transtorno do Pânico quanto em problemas individuais específicos. Os aspectos inerentes ao Transtorno do Pânico são bastante discutidos, como: os sintomas mais comuns nas crises; as formas de reação; a habitual “peregrinação” por serviços de saúde; o contato com diversos especialistas até conseguir o diagnóstico; as preocupações hipocondríacas; as limitações, as dependências; os sofrimentos associados (ansiedade antecipatória, vergonha, diminuição da auto-estima); reações dos familiares; estratégias de exposição e enfrentamento; e efeitos e reações dos medicamentos. Questões sobre a evolução do transtorno e o tratamento são também trazidas na terapia.

A abordagem psicodramática favorece a identificação e a elaboração de aspectos psicodinâmicos. Entre esses, destacam-se os sentimentos de desamparo, a insegurança, a fragilidade, o medo, a raiva, a culpa, os sentimentos de desamor e rejeição, a vergonha, a inferioridade, o isolamento, a dificuldade de pedir ajuda, de identificar e expressar sentimentos e de assumir papel de “cuidador” ou outras responsabilidades.

O compartilhar de vivências semelhantes entre os participantes do grupo desde o início fortalece a coesão grupal e possibilita o apoio, a cumplicidade, a modelação e o estímulo entre os participantes. Com o rápido entrosamento e a construção de um espaço terapêutico considerado confiável e não - ameaçador, problemas pessoais passaram a ser relatados permitindo o aprofundamento de aspectos psicodinâmicos individuais, a partir dos conteúdos trazidos espontaneamente pelos participantes (Torres et al, 2001).

Cabe ressaltar que, mesmo tendo a dramatização como o principal recurso terapêutico, ela não é utilizada necessariamente em todas as sessões, mas conforme o tema emergente e o protagonista exijam.

Aspectos valiosos para o tratamento do Transtorno do Pânico, como apoio mútuo, companheirismo, confiança, modelo e estímulo, são favorecidos pelo contexto grupal homogêneo. O compartilhar de experiências e sofrimentos comuns propicia rápida coesão e suporte grupal, melhora da capacidade de expressar sentimentos, elevação da auto-estima e o aprimoramento de papéis sociais. Além da melhora dos sintomas, esta estratégia terapêutica possibilita a sua melhor compreensão e elaboração, que passam a ser integrados significativamente no contexto existencial (Torres et al, 2001).

Nesse tratamento, têm-se constado, como principais aspectos psicodinâmicos trazidos pelo pacientes, vivências e/ou sentimentos de desamparo/desproteção e uma série de desdobramentos dos mesmos (Torres et al, 2001).

Figura 1 – Sentimentos, e seus desdobramentos, identificados pelos terapeutas.



**Figura 1-TORRES, Albina R. et al**

As pesquisas mais recentes sobre o tratamento do Transtorno do Pânico têm sido fortemente influenciadas pelos modelos neurobiológicos e cognitivo-comportamental, sendo as abordagens psicodinâmicas em geral consideradas pouco úteis no alívio sintomatológico (Torres et al, 2001). O grande desafio seria conseguir incorporar os avanços da neurobiologia sem perder o equilíbrio, sem ser contra outras abordagens que podem ser consideradas “não - científicas”, por não ter sido testada empiricamente, como é o caso da abordagem psicodinâmica. Por esta razão, ela não é aceita como uma terapêutica padrão no Transtorno do Pânico. Entretanto, é de se supor que os resultados das diversas abordagens terapêuticas (farmacológicas, cognitivas, comportamentais e psicodinâmicas) sejam aditivos sendo, entretanto, necessários mais estudos para que se tenha um conhecimento mais preciso sobre a eficácia, a contribuição e os méritos relativos de cada uma delas. Diferentes abordagens seriam apenas diferentes visões de um problema tão complexo que uma única dimensão certamente não consegue abarcar. Os próprios estímulos desencadeadores do pânico são de múltiplas naturezas, como fisiológica (como cafeína ou lactato), comportamental (como lugares fechados ou multidões), cognitiva (como pensamentos de estar tendo um enfarto ou morrendo) e psicológica (como vergonha, raiva e sensação de perda de controle). Assim, haveria uma hipersensibilidade ou vulnerabilidade a vários tipos de estímulos influenciados por múltiplos fatores, inclusive genético e vivenciais. Tanto tratamentos de base farmacológica quanto cognitiva, comportamental ou psicodinâmica poderiam, por diferentes vias, agir para a diminuição dessa hipersensibilidade, desse sistema de alarme cerebral hiperativo.

Shear & Weiner (1997) descreveram uma forma de psicoterapia que se assemelha ao psicodrama, uma psicoterapia não-diretiva que denominaram de “tratamento focado na emoção”. Consiste numa abordagem não sintomática e aberta, desenvolvida em seis etapas, que tem os seguintes aspectos como estratégias educativas básicas: refletir sobre emoção primária (pânico); incentivar a memória da cena na qual ocorreu a reação; descrever detalhadamente o estímulo e a qualidade da emoção experimentada; identificar os significados idiossincrásicos dos estímulos (particularmente medo e abandono, de aprisionamento ou controle interpessoal) e familiaridade; explorar a generalização do paradigma estímulo-resposta, considerando sua importância; e explorar maneiras de lidar com a resposta emocional. Note-se que o retorno imaginário à cena em que ocorreu o ataque, como propõe os autores, é concretizado nessa experiência pela dramatização, possibilitando a busca do significado pessoal do estímulo e, se este remete a outras situações vivenciais ou relações pessoais relevantes, na busca de uma integração significativa dos sintomas.

Pra Shear (1996) uma abordagem puramente neurobiológica seria reducionista exatamente por não situar tal reação ansiosa patológica no contexto mais amplo de vida do paciente, em que as experiências também têm seu papel patogênico. Ele alerta para que não se aceite a alegação freqüente de que o pânico ocorre “do nada”, já que a exploração cuidadosa pode revelar informações importantes na compreensão dos sintomas, em geral relacionados a vivências ou percepções de ameaças em relacionamentos significativos. Segundo o autor, a psicoterapia psicodinâmica pode ter efeitos antipânico diretos, aliviar sintomas residuais e proteger contra futuras recaídas.

Gheller (1992) considera igualmente que sem uma compreensão e abordagem psicodinâmicas os profissionais atuarão de forma incompleta no que tange às reais necessidades dos pacientes. Um bom tratamento deveria implicar não apenas a resolução dos sintomas, mas também a melhora dos fatores de vulnerabilidade que parecem ser centrais nos diferentes transtornos.

Gheller (1992) abordou a questão psicodinâmica do Transtorno do Pânico utilizando a teoria psicodramática. Destacou que a Teoria do Apego<sup>5</sup> de Bowlby é muito próxima aos conceitos do psicodrama, criado por Moreno. Tal conceito corresponderia, no psicodrama, ao de ego-auxiliar<sup>6</sup>. A dramatização de cenas permitiria fazer o protagonista voltar a situações antigas mais próximas do conflito; em geral, vivências relacionadas a angústia de separação (abandono, rejeição, ausência, morte ou omissão) de uma figura relevante da matriz de identidade. O contexto da relação mãe-filho seria comparável à relação sujeito-ego-auxiliar da situação psicodramática.

Shear (1993) destaca os seguintes aspectos comuns em pacientes com Transtorno do Pânico:

- Haviam sido crianças nervosas, medrosas ou tímidas;
- Descreviam os pais como bravos, críticos e controladores;
- Sentiam-se mal em situações de agressividade;

---

<sup>5</sup> Segundo Shear (1996), a história moderna do Transtorno do Pânico começa com a Teoria do Apego, de John Bowlby, evidenciada pela ansiedade de separação. A relação mãe-filho seria um protótipo para o apego na vida futura e a base para o desenvolvimento de um sentido de controle e previsibilidade, como também já descreveu Seligman, referindo-se aos efeitos do desamparo na personalidade adulta.

<sup>6</sup> É todo o indivíduo que, ao contracenar com o paciente, joga o papel de pessoas de sua relação ou de figuras de seu mundo interno, figuras já existentes ou não, mas que são desejadas.

- Apresentavam sentimentos crônicos de baixa auto-estima;
- Descreviam os cônjuges como bons e passivos;
- Relatavam estresse relacionado à mágoa e frustração precedendo o início do quadro.

Tem-se observado no processo terapêutico, conforme já destacaram outros autores, além da dificuldade inicial de os pacientes aprofundarem qualquer emoção, uma tendência a enxergar o outro (inclusive o psicoterapeuta) como alguém que quase magicamente lhe dá a segurança não encontrada em si. A atitude mais desejável do terapeuta seria, portanto, uma combinação de confiança e segurança, com uma clara declaração de controle para o paciente, além do estímulo ao desenvolvimento de expectativas e metas pessoais realizadas.

Nesse sentido, a utilização de técnicas psicodramáticas ao invés de uma abordagem exclusivamente verbal, possibilita a quebra de algumas defesas e o reconhecimento dos sentimentos envolvidos em situações específicas em um tempo relativamente pequeno. No contexto grupal, o terapeuta tem seu poder e sua suposta onipotência “diluídos”, uma vez que todos os membros passam a ser, potencialmente, agentes do processo terapêutico, o que, de alguma forma, estimula a desejável independência dos pacientes em relação ao terapeuta.

# *Capítulo 4:*

## *Farmacoterapia*

#### **4.1- Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS):**

Segundo o psicosite, estudos controlados atestam a eficácia e a segurança do uso dos ISRS no tratamento do transtorno do pânico. Os ISRS disponíveis hoje no Brasil são: fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram e fluvoxamina.

Os ISRS não têm efeitos anticolinérgicos<sup>7</sup> significativos e são mais seguros que os tricíclicos em relação à função cardiovascular. Como os inibidores são metabolizados no fígado, suas doses devem ser ajustadas para pacientes com disfunção hepática.

Seus principais efeitos colaterais são (DSM IV):

- Náusea;
- Irritação gástrica;
- Diarréia;
- Insônia;
- Disfunção sexual.

Como esta medicação causa dependência, sua retirada abrupta pode causar alguns sinais de abstinência, como tontura, dor de cabeça, falta de coordenação motora, irritabilidade e náusea.

Os ISRS devem ser introduzidos em doses pequenas no tratamento do Transtorno de Pânico, pois podem inicialmente agravar a ansiedade e a agitação. Eventualmente os pacientes podem precisar de doses maiores; deve-se, no entanto, esperar no mínimo quatro

---

<sup>7</sup> Boca seca, ostipação intestinal, visão borrada, dificuldades para iniciar a micção.

semanas antes de aumentar a dose para se avaliar os efeitos das medicações. Alguns pacientes só alcançam a resposta completa esperada pelo uso da medicação no prazo de oito a doze semanas.

#### **4.2- Tricíclicos:**

Os principais efeitos colaterais dos tricíclicos são (Del Porto, 2006):

- Efeitos anticolinérgicos;
- Sudorese;
- Hipotensão Ortostática;<sup>8</sup>
- Retardo na condução cardíaca;
- Ganho de peso;
- Sedação;

Os tricíclicos devem ser iniciados em baixas doses no Transtorno do Pânico e aumentados lentamente, porque, assim como os ISRS, podem tornar agudos a ansiedade e a agitação no começo do tratamento. Convém esperar que o paciente esteja tomando a medicação em dose completa, por pelo menos duas semanas e que já venha fazendo uso de tricíclicos a no mínimo seis meses antes de se decidir pela substituição por outro. Alguns autores sugerem a manutenção do tratamento entre seis e dezoito meses, mas a taxa de recaídas após a suspensão da medicação ainda é objeto de controvérsias. (Del Porto, 2006).

---

<sup>8</sup> É uma queda na pressão arterial ao se levantar ou após permanecer parado em uma posição estática.

### **4.3- Benzodiazepínicos:**

Os benzodiazepínicos oferecem um tratamento de curta duração da insônia. Eles são indicados apenas quando o transtorno submete o indivíduo a extremo desconforto, é grave ou incapacitante.

O risco de dependência, de prejuízo cognitivo e de memória e a sedação excessiva limitam o uso dos benzodiazepínicos no Transtorno de Pânico.

Alguns efeitos colaterais são (Marot, 2006):

- Inquietude;
- Agitação;
- Irritabilidade;
- Agressividade;
- Ilusão;
- Raiva;
- Pesadelos;
- Alucinações;
- Psicoses;
- Comportamento inapropriado e outros efeitos comportamentais;

Quando isto ocorre, deve-se descontinuar o uso da droga. Estes efeitos são mais prováveis em crianças e idosos. A descontinuação do tratamento pode levar à abstinência ou fenômeno de rebote então, ela deverá ser feita muito lentamente, para se evitarem sintomas de abstinência e/ou o retrocesso da ansiedade.

#### **4.4- Inibidores da MAO ( monoaminoxidase):**

Os IMAOs têm sido reservados para casos de pânico resistentes aos tratamentos acima mencionados. Considerando as crises hipertensivas que resultam de sua associação com a tiramina, recomenda-se que os IMAOs sejam indicados exclusivamente por especialista.

Os efeitos adversos mais comumente observados foram (Marot, 2006):

- Boca seca;
- Náuseas;
- Sonolência;
- Tontura;
- Constipação;
- "Sensação de cabeça vazia";
- Visão turva;

#### **4.5- Outros Antidepressivos:**

Novos antidepressivos, como a venlafaxina e o nefazodone, têm sido testados com êxito em alguns estudos controlados (Del Porto, 2006).

#### **4.6- O tratamento Combinado:**

O uso de psicofármacos tem o objetivo de diminuir os sintomas presentes e desagradáveis no Transtorno de Pânico. Embora os psicofármacos não promovam a cura, a redução dos sintomas melhora a qualidade de vida do paciente e ao diminuírem a ansiedade auxiliam no tratamento.

Os benzodiazepínicos isolados ou combinados com antidepressivos tricíclicos resolveram a maior parte dos casos. Contudo, aproximadamente 50% dos casos de pacientes que após meses ou anos de tratamento, pedem para suspender a medicação têm recaída. As medicações conseguem controlar com muita eficácia as crises de pânico. Porém, as terapêuticas permanecem insubstituíveis. Contudo, algumas psicoterapias, principalmente as que envolvem técnicas de relaxamento, permitem uma redução da dose das medicações ministradas sem a perda da eficácia dos tratamentos. Portanto, essas alternativas não são dispensáveis. A terapia cognitiva é especialmente adequada para a suspensão das medicações, o que deve ser feito antes ou no início da psicoterapia, para que ao fim da terapia comportamental, o paciente esteja completamente desabituaado às medicações (Marot, 2006).

O curso da síndrome do pânico é incerto, flutuante e imprevisível. A suspensão das medicações com um retorno do quadro pode ser catastrófico para o paciente, uma vez que ele pode vir a ficar dependente psicologicamente da medicação. Outro fator a ser levado em consideração é a crise de abstinência provocada pelos benzodiazepínicos, que parece com as crises de ansiedade. Isto ocorrendo em pacientes já inseguros com a possibilidade de

voltar a ter crises de pânico pode resultar no retorno ao uso da medicação mesmo que não tenha havido uma crise de fato.

As estratégias que combinam procedimentos farmacológicos com outras terapias são muito eficazes no tratamento do Transtorno do Pânico (Savoia, 2001), uma vez que o tratamento farmacológico suprime os ataques de pânico rapidamente e o tratamento cognitivo introduz gradualmente a aquisição de repertórios eficazes de enfrentamento à ansiedade e ao pânico.

As intercorrências que podem existir no tratamento combinado costumam interferir na aderência ao tratamento e precisam ser avaliadas e trabalhadas com o paciente. É comum pacientes atribuírem seus progressos à medicação, diminuindo a percepção da eficácia da psicoterapia. A integração da equipe multidisciplinar é um cuidado importante a ser considerado no tratamento combinado, garantindo a existência de sintonia entre os profissionais envolvidos no caso quando se aplica uma ou outra técnica ou se prescreve um ou outro medicamento. Por exemplo, a exposição não é eficaz quando se utiliza benzodiazepínicos, pois diminui a ansiedade do paciente e a condição necessária para esse procedimento é que o paciente possa agir naturalmente.

## Conclusão

O Transtorno de Pânico é um transtorno que não é identificado tão rapidamente, sendo confundido com vários fatores físicos (por exemplo, problemas cardíacos, sensação de falta de ar, tontura). Sendo assim, os portadores dessa doença vão a procura de outros profissionais, não se tratando como deveriam. Além desse sofrimento, há a perda de independência, pois cada vez mais eles vão ficando reclusos em casa e dependentes de outras pessoas, reféns do medo de ter novos ataques.

Cerca de 89% dos portadores do Transtorno de Pânico possuem diagnóstico incorreto, se tratando com cardiologistas, gastroenterologista, pneumologista, neurologista entre outros (Egidio et al, 2006).

Por isso, o conhecimento do Transtorno de Pânico e seus tratamentos por todos os profissionais de saúde são de suma importância para o encaminhamento direto do paciente ao terapeuta para que comece o mais rápido possível o tratamento e diminua o sofrimento dos portadores antes que o quadro de ansiedade se torne cada vez mais grave.

As causas do Transtorno de Pânico são desconhecidas, logo não há como preveni-lo. Sendo assim, espero que com o avanço da ciência possa ser descoberto de onde/como surge esse transtorno que tanto abala e interfere a vida das pessoas.

O Transtorno do Pânico possui várias abordagens psicoterápicas, mas se o tratamento não for combinado com amor, compreensão, apoio familiar, um ambiente de confiança, um ótimo relacionamento com o terapeuta e força de vontade do paciente nenhuma dessas terapêuticas terá um resultado eficaz.

## Referências Bibliográficas

- Associação Americana de Psiquiatria. *Transtornos de Ansiedade*. In: DSM-IV. Disponível em: <[http://www.psicosite.com.br/cla/d\\_ansiedade.htm](http://www.psicosite.com.br/cla/d_ansiedade.htm)>. Acesso dia: 02 de fevereiro de 2007
- BAHIA P.F. *Transtorno do Pânico: o que é? Como é o tratamento?*. Disponível em: <<http://www.psicin.psb.br/artigos/tp.pdf>> Acesso em: 11 maio 2006.
- BLAYA, Carolina; MANFRO, Gisele Gus. *Transtorno do pânico: diagnóstico e tratamento*. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 28, n. 1, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000100023&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000100023&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Fev 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S1516-44462006000100023
- DEL PORTO, José Alberto. *Crises de pânico na clínica médica*. In: Revista Brasileira de Medicina, v. 60, n. 12, 2003, pp. 33-39. Disponível em: <[http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=2510](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2510)> Acesso em: 16 outubro 2006.
- Equipe ABC da saúde. *Transtorno de Pânico*. In: Distúrbio de ansiedade- Fobias. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?144>. Acesso dia: 11 maio 2006
- Gheller JH. *Síndrome do Pânico: visão psicodinâmica – relacional- psicodramática*. Rev. Soc Bras Psicodrama 1992;4:44-55.

- ITO, Lígia Montenegro. *Abordagem Cognitivo-Comportamental do Transtorno de Pânico*. Rev.Psiquiatr.Clin., São Paulo , v. 28, n. 6, 2001 , pp 313-317. Disponível em:< [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/28\\_6/artigos/art313.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/28_6/artigos/art313.htm)>
- MAROT, Rodrigo. *Pânico*. In: *Psicopatologias*. Disponível em:< <http://www.psicosite.com.br/tra/ans/panico.htm>>. Acesso dia: 11 maio 2006
- MAROT, Rodrigo. *Psicofármacos*. Disponível em : <[www.psicosite.com.br](http://www.psicosite.com.br)> Acesso dia: 03 fev 2007
- Mendes, R; Dias, R; Smaira, S.I. e Torres, A.R. *Apresentação Clínica do Transtorno do Pânico: Estudo Descritivo*. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=29&art=341>> Acesso em: Acesso em: 09 Jan 2007
- Organização Mundial de Saúde. Outros Transtornos ansiosos. In: *CID 10*. Edusp Editora, 2002.
- PEREIRA, Ana Lúcia. *Dicionário de Psicologia*. Disponível em: < <http://www.alppsicologa.hpg.ig.com.br/>> Acesso em: 09 Jan 2007
- RUIZ, J.A. *Como elaborar referências bibliográficas*. In: RUIZ, J.A. *metodologia Científica - guia para eficiência nos estudos*. 5ª ed. São Paulo:Atlas,2002:151-167.
- SAVOIA, Mariângela Gentil. *Tratamento combinado do Transtorno de Pânico farmacológico e psicoterápico*. Rev.Psiquiatr.Clin. , v. 28, n. 1, 2001 . Disponível em:<[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/28\\_1/artigos/art35.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/28_1/artigos/art35.htm)>
- Shear MK. *Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: revisiting the attachment-separation paradigm*. Am J Psychiatry 1996;153:125-36.

- Shear MK, Weiner K. *Psychotherapy for panic disorder*. J Clin Psychiatry 1997; (Suppl 2): 38-43.
- Sociedade Paulista de Psiquiatria Clínica. *Dicionário – Termos de Psiquiatria*. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/gloss/>> .Acesso em: 09 Jan 2007
- TORRES, Albina R; LIMA, Maria Cristina P; RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu. *Tratamento do transtorno de pânico com terapia psicodramática de grupo*. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 23, n. 3, 2001, pp 141-148. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462001000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Fev 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S1516-44462001000300006



# **Transtorno De Pânico**

O que é? Como pode ser tratado?

# O Transtorno

- **Classificação:**

É um tipo de transtorno de ansiedade caracterizado por ataques de pânico inesperados com duração de minutos ou, mais raramente, de horas. Ataques de pânico iniciam-se com uma apreensão, medo ou terror intensos e, frequentemente, com um sentimento de tragédia iminente.

# O Transtorno

## ● Classificação:

Com o tempo, os ataques de pânico são condicionados a determinados desencadeantes (externos ou internos) que são vistos de forma negativa pelo indivíduo, representando, na sua interpretação, sinal de perigo iminente, de morte, de estar perdendo o controle de si. Essas sensações fazem com que a pessoa fique apreensiva e em vigia constante, propiciando o surgimento de um novo ataque. É comum o paciente apresentar comportamentos de esquiva e fobia de situações em que pensa que ocorrerá um ataque, por exemplo: sair ou ficar sozinho.

# O Transtorno

## ● Sintomas:

- Aceleração da frequência cardíaca ou sensação de batimento desconfortável;
- Sudorese;
- Tremores finos nas mãos ou extremidades ou difusos em todo o corpo;
- Sensação de sufocação ou dificuldade de respirar;
- Sensação de desmaio iminente;
- Dor ou desconforto no peito;
- Enrubescimento ou ondas de calor e calafrios pelo corpo

# O Transtorno

## ● Sintomas:

- Náusea ou desconforto abdominal;
- Tonteadas, instabilidade sensação de estar com a cabeça leve, ou vazia;
- Despersonalização ou desrealização;
- Medo de enlouquecer ou de perder o controle de si mesmo;
- Medo de morrer;
- Alterações das sensações táteis, como sensação de dormências ou formigamento pelo corpo;

# O Transtorno

- **Características:**

Os ataques de pânico são seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente do episódio se repetir, preocupação acerca das possíveis implicações ou conseqüências dos ataques ou ainda uma alteração comportamental significativa relacionada aos mesmos.

# O Transtorno

- **Características:**

Na determinação do diagnóstico diferencial é crucial considerar o contexto no qual o ataque ocorre. Existem três tipos característicos de ataques de pânico: ataques de pânico inesperados (não evocados), ataques de pânico ligados a situações (evocados) e ataques de pânico predispostos pela situação.

# O Transtorno

## ● Características:

É comum encontrarmos indivíduos que apresentam ataques de pânico com apenas três dos sintomas anteriormente citados. Estes são chamados de ataques com sintomas limitados. A maior parte dos indivíduos que têm ataques com sintomas limitados teve ataques de pânico completos em algum momento durante o curso do transtorno.

# O Transtorno

## ● Características:

A idade de início do Transtorno de Pânico varia muito, mas está mais tipicamente entre o final da adolescência e faixa dos 30 anos. Um pequeno número de casos começa na infância. O início após os 45 anos é incomum, mas pode ocorrer.

# Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

- Entre as abordagens psicoterápicas, a TCC tem sido reconhecida e enfatizada como a mais adequada e eficaz para o tratamento do Transtorno de Pânico.
- Seu método consiste em ensinar aos pacientes exercícios que visam a redução dos sintomas físicos da ansiedade, da esquiva fóbica e a modificação dos pensamentos disfuncionais.
- Para a modificação desses pensamentos utiliza-se a reestruturação cognitiva, que consiste na identificação dos pensamentos ansiogênicos, na análise da lógica inadequada, nos testes de realidade e na modificação de idéias errôneas sobre a ansiedade.

# Terapia Cognitivo-Comportamental

- Neste tratamento terapeuta e paciente trabalham em colaboração, planejando estratégias para lidar com as dificuldades enfocadas. A TCC é considerada um tipo de terapia de alta demanda por exigir a participação ativa do paciente através da execução de tarefas prescritas que funcionam como coleta de informação sobre o problema e orientam o andamento da terapia. A auto-aplicação entre as consultas das técnicas aprendidas é essencial para um tratamento bem sucedido e para a manutenção da melhoria clínica em longo prazo.

# Terapia Cognitivo-Comportamental

- Para um bom resultado terapêutico esses exercícios devem ser praticados diariamente, nas mais diversas situações do cotidiano, até que o paciente esteja apto a utilizá-los nas situações desencadeantes de ansiedade ou de ataques de pânico. O desenvolvimento de alguma atividade esportiva também pode auxiliar a combater o estresse e a ansiedade, melhorando o quadro clínico apresentado.

# Terapia Cognitivo-Comportamental

- A exposição ao objeto a que se destina a fobia do paciente é para a TCC essencial no tratamento do medo e dos sintomas de esquiva.
- A aprendizagem das técnicas terapêutica, em geral, resulta no aumento da autoconfiança e da autoestima, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

# Terapia Cognitivo-Comportamental

- Após o término da terapia, muitos pacientes ainda apresentam sintomas residuais da ansiedade. O esclarecimento acerca desses sintomas e a discussão sobre o tempo requerido para maior estabilidade do humor podem oferecer alguma tranquilidade e auxiliar na compreensão do risco real de uma recaída.

# Terapia Psicodramática de grupo

- Nesse Tratamento o uso associado de psicofármacos é fundamental. A temática abordada nos encontros é aberta, centrando-se tanto em aspectos próprios do Transtorno do Pânico quanto em problemas individuais específicos.
- O compartilhar de vivências semelhantes entre os participantes do grupo desde o início fortalece a coesão grupal e possibilita o apoio, a cumplicidade, a modelação e o estímulo entre os participantes.

# Terapia Psicodramática de grupo

- A utilização de técnicas psicodramáticas ao invés de uma abordagem exclusivamente verbal, possibilita a quebra de algumas defesas e o reconhecimento dos sentimentos envolvidos em situações específicas em um tempo relativamente pequeno.

# Farmacoterapia

- O uso de psicofármacos tem o objetivo de diminuir os sintomas presentes e desagradáveis no Transtorno de Pânico.
- Aproximadamente 50% dos casos de pacientes que após meses ou anos de tratamento, pedem para suspender a medicação têm recaída.

# Farmacoterapia

- Algumas psicoterapias, principalmente as que envolvem técnicas de relaxamento, permitem uma redução da dose das medicações ministradas sem a perda da eficácia dos tratamentos.
- A terapia cognitiva é especialmente adequada para a suspensão das medicações, o que deve ser feito antes ou no início da psicoterapia, para que ao fim da terapia comportamental, o paciente esteja completamente desabituaado às medicações.

# Farmacoterapia

- As estratégias que combinam procedimentos farmacológicos com outras terapias são consideradas mais eficazes no tratamento do Transtorno do Pânico uma vez que o tratamento farmacológico suprime os ataques de pânico rapidamente e o tratamento cognitivo introduz gradualmente a aquisição de repertórios eficazes de enfrentamento à ansiedade e ao pânico.

# Conclusão

- *Transtorno do Pânico:*

- *O Que é?*

É um transtorno de ansiedade que caracteriza-se por crises súbitas de ansiedade e medo.

- *Como pode ser tratado?*

Ele possui várias abordagens psicoterápicas. Mas um tratamento combinado com carinho, atenção, apoio da família e a força de vontade do paciente é mais eficaz do que qualquer outro tratamento existente.