

Transtorno do Pânico



Alexandra Melo Fernandes
Psicóloga – Pedagoga e Hipnoterapeuta
Mestranda

Transtorno do Pânico

- O Transtorno do Pânico, caracteriza-se pela ocorrência espontânea e inesperada de ataques de pânico. Esses ataques geralmente tem duração relativamente breve, em média menos de meia hora e apresenta intensa ansiedade e medo, além de alguns sintomas somáticos como palpitações e taquipinéia (batimentos cardíacos e respiratórios acelerados) e que podem ser confundidos com outras enfermidades como infarto do miocárdio ou com o chamado sintoma histérico (DSM-V).

Transtorno do Pânico



Diante de qualquer ameaça, situação estressante ou percebida como tal, o corpo reage com alterações fisiológicas, com o objetivo de criar condições físicas necessárias para enfrentar o problema ou fugir dele. Contudo, no transtorno do pânico, o indivíduo não percebe assim, assimilando equivocadamente os sintomas emergentes como algo grave.

Transtorno do Pânico

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



Transtorno do Pânico

O início dos sintomas de ataque de pânico ocorreria a partir do momento em que o indivíduo interpreta as sensações fisiológicas corporais normais emergentes como sintomas de doença grave ou morte. Quando essa associação distorcida se estabelece, passa a ser a referência cognitiva vigente do paciente



Critérios de Diagnóstico

Segundo o DSM-V, um ataque de pânico é caracterizado como um surgimento abrupto de intenso medo ou desconforto que atinge um pico dentro de alguns minutos e que envolve pelo menos quatro dos seguintes sintomas:

1. palpitações/taquicardia/ritmo acelerado
2. sudorese
3. tremores ou abalos
4. sensação de falta de ar ou sufocação
5. sensação de asfixia
6. dor ou desconforto torácico
7. náusea ou desconforto abdominal

Critérios de Diagnóstico

8. tontura/instabilidade/
vertigem ou desmaio
9. calafrios/calorões
10. dormências/formigamen
tos
12. medo de perder o
controle/enlouquecer e
13. medo de morrer

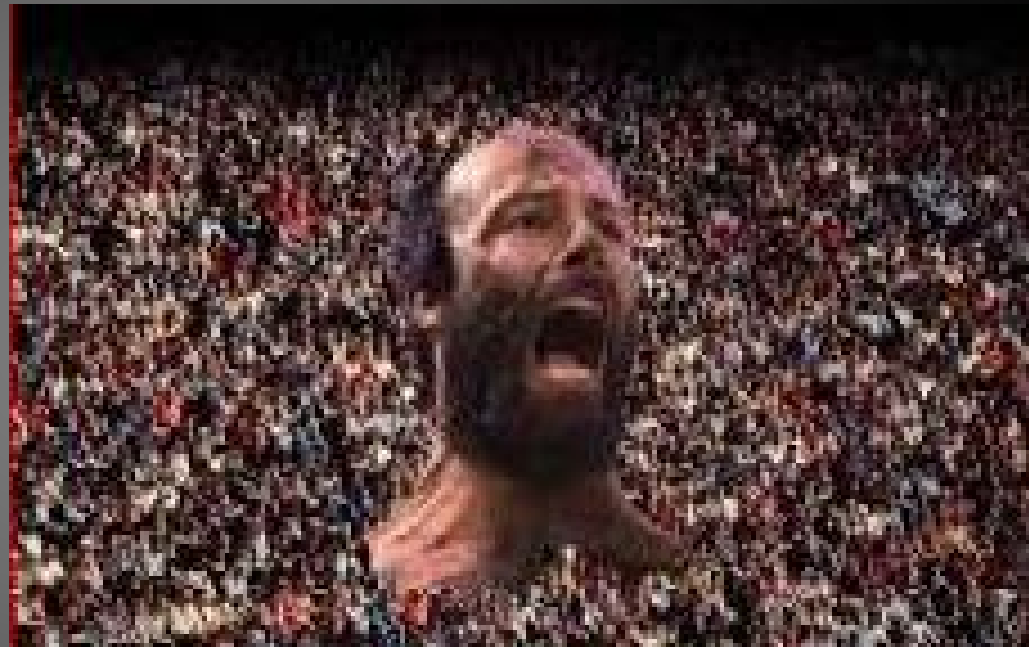


DSM - V

O Transtorno de Pânico e a Agorafobia foram separados como diagnósticos independentes, reconhecendo a existência de casos nos quais a Agorafobia ocorre sem a presença de sintomas de pânico. Além disso, a observação de que o Ataque de Pânico pode ocorrer como comorbidade em outros transtornos mentais além da ansiedade fez com que o DSM-5 incluísse o Ataque de Pânico como especificador para todos os demais transtornos.

Agorafobia

É o medo de estar em lugares de onde pode ser difícil ou constrangedor escapar ou nos quais pode não haver auxílio à mão se a pessoa sofrer um ataque de pânico. A crise é caracterizada por ansiedade intensa, aumenta da frequência cardíaca e da pressão sanguínea, respiração agitada, sudorese, sensação de sufocação, falta de ar, náuseas, tremores e despersonalização.



Agorafobia

Ela pode se manifestar de forma específica como generalizada (como sair de casa, ir ao trabalho ou ao médico). Lugares específicos mais evitados são os túneis, passarelas, pontes, avenidas largas ou rodovias. Pode ocorrer o medo de multidões como nos shopping centers, restaurantes, filas, cinemas, teatros, elevadores. Nesses casos, a limitação eventual já o incomoda significativamente, mas quando atingem locais essenciais como ônibus, carros, metrô ou trens, a vida social do paciente fica bem mais comprometida.



Critérios de Diagnóstico

A. Medo ou ansiedade marcantes de duas ou mais situações a seguir:

- Uso de transporte público
- Permanecer em espaços abertos (estacionamento, pontes, etc.)
- Permanecer em locais fechados (lojas, cinema, etc.)
- Permanecer em uma fila ou ficar em meio à multidão
- Sair de casa sozinho

B. O indivíduo tem medo ou evita situações devido a pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de que o auxílio não está disponível no caso do desenvolvimento dos sintomas do pânico ou sintomas incapacitantes (medo de cair, medo de incontinência, etc).

C. As situações agorafóbicas quase sempre provocam medo ou ansiedade;

Critérios de Diagnóstico

D. As situações agorafóbicas são evitadas ou requerem uma companhia;

E. O medo é desproporcional ao perigo real ;

F. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses;

G. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes;

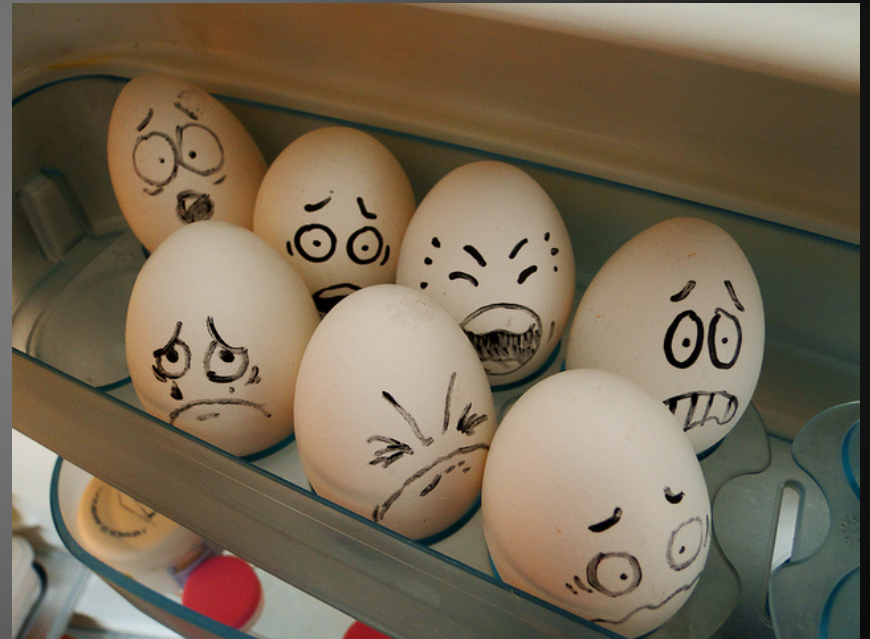
H. Se outra condição médica está presente, o medo, a ansiedade ou esquiva é claramente excessivo;

I. O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental e não estão relacionados exclusivamente a obsessões, percepção de defeitos ou falhas na aparência física ou medo de separação.

Critérios de Diagnóstico

Nota

A Agorafobia é diagnosticada independente da presença de transtorno de Pânico. Se a apresentação de um indivíduo satisfaz aos critérios para transtorno de pânico e Agorafobia, ambos os diagnósticos devem ser dados.



Pânico



Tratamento segundo a TCC

A TCC é um tratamento efetivo para o TP, variando entre 74% e 95% o seu grau de eficácia, medida em termos de ausência de ataques de pânico depois de três meses de tratamento, e com os ganhos se mantendo de modo consistente depois de seguimentos de um e dois anos.

A taxa de recaída é significativamente menor do que com a de antidepressivo.

A análise de componentes indica que os efeitos operam por mudança cognitiva e extinção interoceptiva e exteroceptiva (Rangé, 2008).

A.C.A.L.M.E.-S.E.

A chave para lidar com um estado de ansiedade é *aceitá-lo totalmente*. Permanecer no presente e aceitar a sua ansiedade fazem-na desaparecer. Para lidar com sua ansiedade você pode utilizar a estratégia **ACEITE** a sua ansiedade “A.C.A.L.M.E.-S.E.”, de oito passos.

- **ACEITE** a sua ansiedade, as sensações do seu corpo;
- **CONTEMPLA** as coisas em sua volta, tire o foco;
- **Aja** com sua ansiedade, continue em movimento;
- **LIBERE** o ar de seus pulmões, respire bem devagar;
- **MANTENHA** os passos anteriores, passo-a-passo;
- **EXAMINE** seus pensamentos, podem ser negativos;
- **SORRIA**, você conseguiu!
- **ESPERE** o futuro com aceitação.

Tratamento segundo a TCC

Conforme a literatura, a TCC possui a técnica mais eficaz no tratamento do Pânico e Agorafobia;

Segundo a TCC, na crise ocorre um aprendizado mediante condicionamento clássico: o mal-estar físico é associado a sensações fisiológicas inofensivas. Como resultado desse condicionamento, do primeiro ataque em diante, a pessoa fica ansiosa a cada vez que se percebe uma pequena mudança no organismo. O passo seguinte é a consolidação e generalização do aprendizado. Aprende-se assim a ter medo diante de outras situações parecidas. Desse modo, o comportamento de escape, a evitação ou ambos são reforçados pelo alívio imediato da ansiedade, assim, a probabilidade de o indivíduo optar pela estratégia de fuga aumenta.

Tratamento

- **Psicoeducação**

Esclarecimento e definição, e na clarificação da fonte dos sintomas de ansiedade e de pânico, introduzindo o papel dos pensamentos na manutenção do medo e da ansiedade, e o papel da evitação e dos comportamentos de fuga na manutenção dos medos e na perpetuação do transtorno.

- **Técnicas para lidar com a ansiedade**

A respiração diafragmática é uma técnica que utiliza os músculos abdominais para o controle respiratório. O relaxamento muscular progressivo é um exercício que envolve a prática da tensão e do relaxamento dos principais grupos musculares. Ambas as técnicas, podem ser praticadas em sequência ou independentemente, especialmente em situações em que existe ansiedade antecipatória.

Tratamento

- **Técnicas Cognitivas**

As intervenções distorcidas e catastróficas das sensações físicas de ansiedade são comuns no TP, assim como as crenças do paciente sobre a desesperança e a incapacidade de administrar a ansiedade e o pânico. Os objetivos da terapia cognitiva são os de reestruturar esses pensamentos catastróficos.

Tratamento

- **Técnicas de Exposição:**
- **1. Exposição Interoceptiva**

Essa exposição é feita por meio da provocação intencional dos sintomas utilizando-se de exercícios físicos. Ex. os sentimentos de tontura poderiam ser induzidos pelo rotar de uma cadeira giratória, desrealização e tontura poderiam ser induzidas por um minuto de hiperventilação. Além do treinamento direto para sentir-se confortável com essas sensações (em que os pacientes aprendem a vivenciar as sensações como estranhas ou desconfortáveis, mais do que assustadoras), Ela também permite que os pacientes identifiquem os pensamentos automáticos e as interpretações catastróficas associadas às sensações físicas e corrigi-las.

Tratamento

- **2. Exposição *in vivo***

A exposição *in vivo* é a principal intervenção aplicada para superar a evitação agorafóbica. Para planejar a exposição *in vivo*, o paciente deve fazer uma lista de lugares ou situações que evitou devido aos medos, juntamente com o nível de ansiedade e os pensamentos automáticos que surgem nessas situações.

Essa lista deverá ser disposta em uma hierarquia de acordo o nível de dificuldade para enfrentar lugares e situações.

A exposição deve ser prolongada no tempo (permanecer em uma situação dada por aproximadamente o dobro do tempo do que é necessário para sentir-se confortável naquela situação), repetida frequentemente, e o nível de ansiedade deve ser sentido durante a tarefa e monitorado tanto pelo paciente como pelo terapeuta.

Tratamento

- **3. Dependência dos Parentes**

Os parentes podem envolver-se em algum estágio do tratamento para auxiliar as tarefas de exposição. Porém, o tratamento deve encorajar os pacientes a irem a lugares aos quais eles não costumam ir sozinhos para restaurar a autonomia perdida

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (5ª ed.)*. Washington, D. C. & London: New School Library.
- King, A. L. S., Valença, A. M., Melo-Neto, V. L., & Nardi, A. E. (2007). A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: relato de caso. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34(4), 191-195.
- Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V., & Otto, M. W. (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Suppl. 2), s81-s87.
- Rangé, B. (2008). Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos. *Estud. psicol.(Campinas)*, 25(4), 477-486.