

# TÉCNICAS COGNITIVAS-COMPORTAMENTAIS PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO PÂNICO

2015

**Thais Delmonte de Baère**

Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental

E-mail de contato:

[thaisbaerepsi@gmail.com](mailto:thaisbaerepsi@gmail.com)

---

## RESUMO

O presente artigo versa sobre as principais técnicas utilizadas na abordagem Cognitiva-Comportamental no tratamento de pacientes com Transtorno do Pânico com ou sem Agorafobia. Foi realizado com contribuições de estudos de profissionais e pesquisadores que são referências na área. São descritas técnicas de relaxamento, respiração e técnicas cognitivas e comportamentais com o intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente que sofre desse transtorno. A Terapia Cognitiva-Comportamental é uma ciência baseada em evidências que comprovam a eficácia do tratamento descrito no presente artigo.

**Palavras-chave:** Transtorno do pânico, terapia cognitiva-comportamental, agorafobia, técnicas, tratamento.

---

## INTRODUÇÃO

Atualmente, é notável o aumento da demanda de pacientes com sintomas ansiosos nos consultórios de psicologia e psiquiatria, esses sintomas podem se manifestar de forma somática, comportamental ou cognitiva. Os chamados transtornos ansiosos são diagnosticados quando as manifestações são muito intensas, duradouras, ou desproporcionais a situações externas, levando a um grande prejuízo para a vida do paciente (Ramos, 2006).



Em 1994, a American Psychiatric Association (APA) divulgou que o transtorno de pânico (TP) é diagnosticado em casos de recorrentes ataques de pânico "inesperados", seguidos de, pelo menos, um mês de preocupação persistente com a recorrência e suas consequências ou por uma mudança significativa de comportamento, como resultado dos ataques. O TP consiste na presença de ataques súbitos de ansiedade, acompanhados de sintomas físicos e afetivos, medo de ter um novo ataque e da evitação de locais ou situações nas quais já ocorreram os ataques (APA, 2002).

O TP pode ser acompanhado de agorafobia, que é definida de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-IV (DSM-IV) como uma ansiedade por estar em lugares ou situações onde a fuga é difícil ou embaraçosa ou a ajuda possa não estar disponível na eventualidade de ocorrer um ataque de pânico ou sintomas isolados. A ansiedade antecipatória derivada da agorafobia faz com que o indivíduo evite determinados lugares ou situações, sendo assim, responsável pelos danos psicossociais do mesmo.

Acredita-se que predisposições psicológicas e biológicas aumentem a vulnerabilidade à obtenção do medo vivenciado por pacientes que convivem com o TP. Barlow e colaboradores organizaram os transtornos de ansiedade na chamada "teoria tripla da vulnerabilidade". Conforme essa teoria, as pessoas podem herdar contribuições genéticas que as deixam vulneráveis ao desenvolvimento da ansiedade e do afeto negativo, é algo biológico; expõe também, uma visão psicológica, caracterizada por sensações restringidas de controle advindas de vivências precoces no desenvolvimento. O fator que completa a teoria consiste na experiência das sensações somáticas. Essas sensações estão associadas a uma impressão abrangente de ameaça e perigo. Portanto, a vulnerabilidade psicossomática, quando integrada às vulnerabilidades biológicas e psicológicas, contribuem para o desenvolvimento do TP.

Segundo o modelo cognitivo-comportamental, os ataques de pânico derivam de interpretações catastróficas erradas de certas manifestações corporais (Clark, 1986). Ainda seguindo o pensamento de Clark, interpretações distorcidas sobre as sensações corporais colaboram para aumentar a ansiedade, agravando sintomas, eventualmente desencadeando novas crises e perpetuando o transtorno.

As interpretações distorcidas e catastróficas mencionadas acima, aludem que o indivíduo associe sensações psicossomáticas (pontadas no peito, palpitações, sudorese) a um acidente vascular cerebral ou infarto, por exemplo. Nesse caso, quando o paciente vivencia novamente a sensação desagradável, ele tem o pensamento automático de estar desenvolvendo um novo ataque, o que provoca resposta de medo.

Os pensamentos automáticos surgem de forma espontânea e são interpretações imediatas de determinadas situações. Para identificar esses pensamentos, a pessoa deve ser treinada para tal, assim, terá habilidade até para monitorá-los. De acordo com Beck, "é tão possível perceber um

pensamento, focar nele e avaliá-lo, como é possível identificar e refletir sobre uma sensação como a dor" (Knapp e Beck, 2008).

Trabalha-se com a hipótese de que a constância de ataques de pânico possa desencadear no indivíduo mais sensibilidade aos estímulos internos e às ocasiões nas quais o ataque ocorreu, desenvolvendo uma vigilância constante e ansiedade antecipatória, que consiste no medo de ter outro ataque. Segundo Barlow, o indivíduo que possui TP não sabe em qual momento o ataque ocorrerá, então desenvolve uma antecipação da ansiedade, ascendendo a probabilidade de um episódio ansioso aumentando a disponibilidade de sensações que foram associadas ao pânico por condicionamento respondente.

Há evidências clínicas que relacionam circunstâncias estressoras com o primeiro ataque de pânico. Eventos de vida negativos, como perda ou doença séria de pessoa significativa, doença ou grande perigo para a própria pessoa, separações ou conflitos domésticos, aparecem em relatos de pacientes quando indagados sobre as condições precipitadoras do pânico (Manfro, et al, 1996).

O TP é mais comum em mulheres e, em geral, os sintomas iniciam no período da adolescência. Há um risco sete vezes maior de um familiar de primeiro grau, de um paciente com TP, desenvolver o mesmo transtorno (Telch e Lucas, 1994).

Os ataques de pânico parecem estar relacionados às alterações nos neurotransmissores monoaminérgicos cerebrais. Pesquisas (Ehlers & Margraf, 1989) apontaram que durante um ataque são detectados disparos repetitivos de neurônios noradrenérgicos do tronco cerebral (*locus coeruleus*). Esse excesso relativo de atividade noradrenérgica parece ocorrer na presença de um déficit relativo na transmissão serotoninérgica (Y. Yano et al. 2003).

Para o tratamento do TP, fármacos que elevem a disponibilidade de serotonina mostram significativa contribuição para a regulação da atividade noradrenérgica. Dessa forma, antidepressivos que inibem intensamente a recaptura de serotonina ou impedem seu metabolismo, aumentando sua disponibilidade na fenda sináptica, são eficazes no controle das crises.

Apesar do risco de abuso e de dependência, os tranquilizantes da classe dos benzodiazepínicos são os mais recomendados para o controle agudo dos sintomas das crises do pânico. Utilizados com mais frequência no início do tratamento, esses tranquilizantes colaboram para a adesão dos pacientes no tratamento psicoterápico, proporcionando assim, a diminuição sintomatológica de forma mais imediata.

Fundamentada nos modelos descritos por Barlow (1988) e Clark (1986, 1997) de que a resposta do indivíduo que sofre de TP é o medo na presença de sensações corporais, os tratamentos com base na terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem mostrado eficácia e evidências de bons resultados.

## DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

A TCC tem como premissa básica o descondicionamento das sensações corporais e do medo, utilizando os princípios de aprendizagem para enfraquecer comportamentos desadaptados (Y. Yano et al, 2003).

Conforme Manfro, Heldt e Cordioli descrevem em seus estudos, a TCC é empregada para corrigir a hipervigilância, as interpretações e as crenças distorcidas e, sobretudo, a agorafobia, que ocorre na maior parte dos portadores de TP e é uma das complicações comumente responsável pela incapacitação do indivíduo.

As crenças são precoces, enraizadas e absolutistas em relação a si, aos outros e ao mundo. Modelam o estilo de pensamento do indivíduo a partir de experiências derivadas do mundo interno e externo.

Antes de dar início ao tratamento, seja farmacológico ou psicoterápico, deve ser realizado o diagnóstico de TP e se há presença de comorbidades. Barlow e colaboradores acreditam que o diagnóstico pode ser de difícil detecção, pois pessoas com outros transtornos como fobias específicas, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) podem informar sofrer ataques de pânico.

Após a confirmação do diagnóstico é necessária a verificação do início, da duração, da frequência e dos desencadeantes dos ataques. O automonitoramento é muito importante para a avaliação e para o tratamento do TP e agorafobia. A lembrança de episódios anteriores de pânico e ansiedade, especialmente quando acontece em condições de ansiedade, podem aumentar as estimativas sobre a frequência e a intensidade do pânico ( Margraf et al., 1987; Rapee, Craske e Barlow, 1900)

É de grande importância que seja apurado se o paciente possui depressão, ansiedade antecipatória, insônia, hipervigilância, evitações, dependência em relação aos familiares e agorafobia. Nesse momento, o paciente deve expor quais são as sensações físicas que caracterizam os ataques e quais são os pensamentos automáticos e crenças que giram em torno das crises.

O tratamento do TP pelo método cognitivo-comportamental tem como premissa básica eliminar os sintomas que mais causam desconforto ao paciente, como a ansiedade antecipatória e a insônia, e, sobretudo, bloquear os ataques de pânico (Manfro, Held e Cordioli, 2008). A TCC é um tipo de psicoterapia breve e focal, com objetivos previamente estruturados no qual o paciente tem papel ativo no tratamento. Baseia-se em tarefas e pode ser realizada tanto individualmente como em grupo.

O primeiro passo do tratamento é a psicoeducação do paciente. Tem como propósito retificar os mitos e os entendimentos do senso comum sobre os sintomas do TP e corrigir as interpretações distorcidas sobre os próprios sintomas. A correção das interpretações distorcidas permite que o paciente busque novos significados para seus pensamentos, compreendendo-os assim, de forma mais leve e funcional. A psicoeducação inclui o conceito de TP, as influências biológicas e psicológicas, os sintomas, as causas, as complicações e explicações sobre o modelo cognitivo-comportamental.

A ansiedade é um recurso extra para lidar com situações difíceis. Auxilia você a lutar ou a fugir quando se defronta com o perigo. No pânico, esse alarme dispara sem que exista uma situação de perigo, e o medo decorre muito mais de uma interpretação errada ou distorcida das sensações físicas do que de algum perigo real. (Manfro, Heldt e Cordioli, 2008. p.438)

Uma das técnicas para o enfrentamento da ansiedade é a respiração diafragmática. Respirar de forma inadequada conduz à hiperventilação e ao aumento de oxigenação sanguínea, assemelhando-se às sensações vivenciadas durante uma crise de pânico. Apesar da sensação de falta de ar ser legítima, apenas 50% ou menos dos pacientes apresentam reduções reais nos valores expiratórios finais de dióxido de carbono durante ataques de pânico (Hibbert e Pislbury, 1989; Holdt e Andrews, 1989; Hornsveld, Garssen, Fiedelij Dop e van Spiegel, 1990, apud Barlow et. al 2009).

Em 1938, Edmundo Jacobson chegou a conclusão de que o relaxamento muscular pode alterar as respostas mentais e aliviar as reações negativas e as ações associadas a ela.

O relaxamento muscular progressivo de Jacobson pode ser descrito como:

A técnica de relaxamento muscular progressivo consiste em tensionar e logo relaxar os principais grupos musculares do seu corpo, um de cada vez. A resposta do relaxamento, que se caracteriza por relaxamento muscular, frequência cardíaca reduzida, pressão sanguínea reduzida e outras alterações psicofisiológicas indicativas de uma redução da estimulação simpática, ocorre devido à contração dos diferentes sítios do corpo, que liberam as monoaminas e, em seguida, dada a distensão destes mesmos sítios, sucede-se a produção de endorfinas, que trazem a sensação de prazer e relaxamento ao corpo. Dentre as principais formas de relaxamento, esta pode ser a mais simples, mais direta e mais fácil de se ensinar. Pela contração muscular voluntária, considera-se que o paciente se torne mais capaz de perceber a diferença entre tensão e relaxamento em cada um dos grupos musculares e, assim, seja capaz de promover o relaxamento muscular subsequente mais facilmente (CABALLO, 1996; JACOBSON; JACOBSON, 1997).

Bandura (1977), Rice e Blanchard (1982) acreditavam que o relaxamento produzia uma sensação de controle ou domínio, por isso o medo e a ansiedade eram reduzidos.

As técnicas de respiração e relaxamento podem ser utilizadas de forma isolada ou sequencial. É papel do paciente notar qual técnica tem mais efeito para controlar seus sintomas e utilizá-las antes de ter a crise instalada, de uma forma preventiva.

As sensações físicas experimentadas pelo paciente durante uma crise também podem ser chamadas de sintomas interoceptivos. Esse nome gerou uma técnica comportamental muito utilizada pela TCC e que tem mostrado bons resultados, a exposição interoceptiva. Essa técnica tem como objetivo principal a correção das interpretações distorcidas das sensações físicas.

Ao vivenciar sintomas interoceptivos, o paciente associa as sensações físicas às crises, condicionando assim, a ativação das interpretações distorcidas.

A exposição interoceptiva consiste na indução gradual das sensações físicas para que o paciente se habitue a elas e perceba que condicioná-las com interpretações catastróficas é disfuncional, pois são sensações comuns, que todas as pessoas costumam sentir. A sensação deixa de ser assustadora e se torna apenas desconfortável e estranha.

Nos primeiros momentos, a exposição ocorre dentro do consultório e há diversas formas de induzir as sensações. Correr sem sair do lugar pode levar o paciente a sentir taquicardia, já a tontura pode ser induzida girando a cadeira do paciente.

Essa técnica pode funcionar como uma preparação para exposição in vivo, outra técnica comportamental que é considerada a mais eficaz para superar a evitação causada pela agorafobia.

Para a realização da técnica de exposição in vivo, o paciente deve elaborar uma lista citando os lugares e situações que evita por sentir medo, classificando o grau de ansiedade (sentimento) e os pensamentos automáticos que passam no momento da sensação de medo.

Essa técnica é utilizada com mais frequência de maneira gradual, avançando das situações que menos provocam ansiedade às que mais provocam (Barlow, 2009). É importante que o paciente tenha papel ativo na escolha das exposições e as encare acreditando ser capaz de atingir os objetivos pré determinados.

É importante que a exposição seja delongada e ocorra diversas vezes, até que o paciente se habitue com aquele ambiente ou situação e sua ansiedade desvaneça por completo.

De acordo com Barlow, um elemento fundamental para a realização dessa técnica é a retirada de sinais e comportamentos de segurança, pois esses comportamentos auxiliam o indivíduo a buscar garantias ou encontrar saídas. Embora suavizem o desconforto no curto prazo, os sinais de segurança sustentam a ansiedade a longo prazo (Siddle e Bond, 1998 apud Barlow, 2009).

Além das técnicas comportamentais mencionadas para o tratamento de TP, também são empregadas técnicas cognitivas com o objetivo de corrigir os pensamentos automáticos disfuncionais e crenças distorcidas.

Após a realização da psicoeducação e do entendimento do paciente em relação ao objetivo central da terapia, pode-se iniciar o treinamento de identificação dos pensamentos automáticos. O registro dos pensamentos disfuncionais (RPD) é uma tabela na qual o paciente anota a situação em que ocorreu o pensamento, qual emoção vivenciada, o pensamento automático da forma como ele apareceu na mente, a resposta racional para cada pensamento registrado e uma reavaliação do grau de convicção em cada pensamento automático. É necessária prática para conseguir preencher essa tabela de forma que seja eficaz para o tratamento, por isso, o paciente é treinado e auxiliado a completar as colunas gradativamente, até que se torne uma técnica fidedigna.

Quando esquemas disfuncionais são ativados, ocorrem as distorções cognitivas, que são interpretações errôneas que o indivíduo tem de si mesmo e do mundo. A identificação dessa distorção pelo paciente, demonstra que ele se encontra ciente de que seu pensamento está disfuncional. As distorções cognitivas são: catastrofização, raciocínio emocional, filtro mental, polarização, leitura mental, rotulação, minimização e maximização, imperativos, pular para conclusões, hipergeneralização e personalização.

Ao categorizar sua própria distorção cognitiva, o indivíduo passa a considerar o pensamento como uma suposição ou crença, e não como um fato sem possibilidade de desconfiança. Nesse momento inicia-se a técnica do questionamento socrático e descoberta guiada, que segundo Rangé e Reis de Sousa consiste na apuração das evidências que sustentam ou não a coerência do pensamento do paciente para que seja possível desenvolver interpretações alternativas. Para a realização dessa técnica, o paciente e o terapeuta fazem um teste das evidências que apoiam o pensamento e as evidências contrárias para que, assim, o paciente entre em contato com a distorção conseguindo interpretar suas sensações físicas e mudar o pensamento em relação a elas.

No TP, a técnica da seta descendente é eficaz para a correção dos pensamentos e crenças relacionadas aos sintomas físicos. É capaz de corrigir o pensamento catastrófico do paciente e os cálculos errados de probabilidades. A prática dessa técnica consiste no questionamento contínuo sobre o real significado de um pensamento até alcançar seu significado mais central.

Por fim, após aprender e usufruir de todas as técnicas que a TCC proporciona para o paciente que sofre de TP, ele pode corrigir distorções utilizando probabilidades e descatastrofizar, imaginando a pior situação possível e reavaliá-la. Como exemplo é possível citar o medo mais comum de pessoas que sofrem com TP, o medo de morrer. Uma forma de corrigir essa distorção é pensando nas possibilidades de morte. Quantas vezes o indivíduo já teve essa sensação? Em alguma vez ele morreu? Quais são as reais chances de morte? Essas perguntas fazem o paciente refletir e mudar o rumo do pensamento.

Há uma estratégia eficiente tanto para TP quanto para ansiedade desenvolvida por Bernard Rangé (1995) nomeada A.C.A.L.M.E.-S.E. Cada letra da palavra explicita um passo para que o

indivíduo consiga lidar com situações temíveis. Deve ser lida em voz alta e o paciente sempre terá uma cópia para ler caso sinta necessidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Rangé e Reis de Sousa (2008), foi feito um estudo por DeRubeis e Crits-Cristoph (1998) que debatia a eficácia dos tratamentos psicológicos a partir de pesquisas que legitimassem empiricamente os resultados. Esse 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.

Esse tratamento pressupõe a correção dos pensamentos catastróficos que pioram os sintomas de ansiedade e medo, a ansiedade antecipatória e predispoem a evitações. Por meio de estratégias para aliviar a ansiedade (respiração diafragmática e relaxamento muscular), mudanças cognitivas e exposições interoceptivas, os pacientes têm mais capacidade de serem expostos a situações evitadas e, portanto, melhorar sua qualidade de vida, superar a agorafobia e a dependência dos parentes, que são responsáveis por grandes prejuízos nas atividades cotidianas e que frequentemente alcançam níveis de incapacitação. (MANFRO, HELDT, CORDIOLI, OTTO, 2008).

Nesse trecho encontrado no texto: "Terapia cognitivo-comportamental no transtorno do pânico", os autores resumem de forma clara e prática a finalidade do tratamento de TP através da TCC.

Vale ressaltar que cada pessoa possui sua especificidade. Deve-se fazer uma boa anamnese para analisar qual técnica será mais eficiente para a individualidade e o tipo de demanda de cada paciente que busca o tratamento.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida SC, Araújo RB. Avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo. *Boletim Saúde: Porto Alegre*, Vol. 19; 2005. p. 135-142.
2. APA, American Psychiatry Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)*. 4a. ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
3. Barlow DH. Manual clínico de transtornos psicológicos. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 13-75.
4. Knapp P, Beck A. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 30 (Supl II); 2008. p. 54-64.
5. Knapp P [et al.]. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 209-26.
6. Manfro GG, Heldt E, Cordioli AV. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. In: Cordioli AV, organizador. *Psicoterapias; abordagens atuais*. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 431-48.
7. Manfro GG, Heldt E, Cordioli, Otto M. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno do pânico. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 30 (Supl II); 2008. p. 81-7.
8. Montiel JM, Bartholomeu D, Capitão CG, Santos GC. Pensamentos negativos automáticos em pacientes com transtorno do pânico. *Liberabit: Lima (Peru)*; 2014. p. 239-49.
9. Rangé B, Reis de Souza C . Terapia cognitiva. In: Cordioli AV, organizador. *Psicoterapias; abordagens atuais*. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 263-84.
10. Rangé B. Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos. *Estudos de Psicologia: Campinas*; 2008. p. 477-86.
11. Yano Y, Meyer S, Tung T. Modelos de tratamento para o transtorno do pânico. *Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas*, v. 20, n. 3; 2003. p. 125-34.

