

Transtorno do Pânico: a fobia das sensações corporais e suas conseqüências.

Marcelo da Rocha Carvalho
Psicoterapeuta
Centro Psicológico de Controle do Stress
São Paulo

Muitos são os transtornos psicológicos ou psiquiátricos que acompanham a humanidade, certamente, todos estão presentes desde os primórdios de nossa civilização, mas foi a através de sua delimitação diagnóstica que tais transtornos sofreram maior atenção, pesquisa e tratamento, sempre a luz do pensamento vigente e as limitações científicas da época.

O Transtorno do Pânico ficou conhecido (e por diversas vezes ainda é chamado) pelo nome de destaque dado na década de 80: a síndrome do pânico. Em momentos anteriores da história o Transtorno do Pânico é fortemente confundido com outros Transtornos Ansiosos, provavelmente porque Ataques de Pânico podem estar associados a qualquer tipo de doenças, estados ansiosos ou outros transtornos psiquiátricos. O transtorno de pânico é uma condição clínica complexa que envolve diferentes modalidades de sintomas. Os ataques de pânico são centrais para o diagnóstico, e a sua supressão é o objetivo do tratamento, mas manifestações como ansiedade antecipatória, esquivas fóbicas e depressão secundária estão freqüentemente associadas ao quadro e são fonte de grande incapacitação e dificuldades ao longo do tratamento, ou na busca pelo mesmo.

Sob o aspecto histórico o nome Pânico tem origem no nome do Deus grego Pan, um ser “transgênico”, a mistura entre um ser humano e a cabra. Este deus era muito feio e teria assustado a própria mãe a ponto de fazê-la correr após seu parto. Este deus vivia nas montanhas da Arcádia e seu comportamento mais comum era surgir, sem avisos, na presença das pessoas que, apresentavam em conseqüência, extrema reação de medo e intensos sinais de ansiedade, surgindo daí o termo pânico. Há referências de que os gregos erigiram um templo ao deus Pan na Acrópole, nas imediações do mercado principal de Atenas denominado Ágora: local ou praça pública. Assim foram observadas pessoas (pela civilização grega) que apresentavam medo de ir a este local, onde o termo Agorafobia começou a caracterizar o medo de freqüentar tal mercado, ou melhor, os locais públicos. Provavelmente desde tal período a associação se mostrou profícua entre o Transtorno do Pânico a Agorafobia. (Caetano, 1990)

Após a segunda Guerra Mundial muito da literatura se dirigiu ao estudo da ansiedade, principalmente, no estudo do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e aos sintomas que no futuro diriam respeito ao Transtorno do Pânico. Tão grande era a dificuldade em lidar com o Transtorno do Pânico, que cardiologistas no Massachusetts General Hospital criaram o termo “astenia neurocirculatória”, para descrever um grupo de pacientes que apresentava uma desordem cardíaca funcional sem ter nenhuma doença cardíaca orgânica que se mantinha estável e não conduzia a aquisição de doença cardíaca estrutural. (Rangé, 1995)

O diagnóstico do Transtorno do Pânico entre os transtornos ansiosos teve a ajuda das pesquisas farmacológicas que indicaram uma distinção e excluíram este de ser um contínuo da ansiedade crônica. Foram as pesquisas de Donald Klein e as observações comportamentais feitas por sua equipe de enfermagem sobre um grupo de pacientes que promoveram tal descoberta. Klein experimentava a imipramina para o tratamento de esquizofrênicos, mas se frustrou quanto aos seus resultados sobre sintomas positivos da doença, mesmo havendo uma melhora significativa no humor deprimido destes pacientes e, paralelamente o pesquisador testava a clorpromazina para tratar pacientes “esquizofrênicos” muito ansiosos, mas sem sintomas psicóticos (provavelmente sem diagnóstico apropriado na época). A clorpromazina mostrou ineficaz neste grupo e pioraram muito os sintomas de seus pacientes, sendo introduzida a imipramina. A equipe de enfermagem discordou quanto a imipramina não funcionar como afirmaram os médicos envolvidos, pois observaram que os pacientes que anteriormente se dirigiam aos enfermeiros várias vezes ao dia, aterrorizados e afirmando que poderiam morrer, não exibiam mais tais comportamentos e começaram a andar mais

livremente nas enfermarias. Klein concluiu que a droga era efetiva para ataques de pânico espontâneos, mas não para ansiedade crônica.

Assim a experiência com imipramina forçou a procura de um diagnóstico mais funcional e levou a uma distinção entre pânico e a ansiedade crônica, como conduziu a aproximação entre Transtorno do Pânico e Agorafobia, sendo esta última, muitas vezes, uma consequência do pânico. (Rangé, 1995)

Aspectos do desenvolvimento do diagnóstico do Transtorno do Pânico são a prova da constante necessidade de diferenciarmos de outros transtornos, assim como medir a probabilidade deste ser um estado comórbido (ou a co-ocorrência) ao transtorno agindo no indivíduo.

É também necessária a diferenciação de sintomas cardiológicos mesmo quando a clínica (o conjunto de sintomas e sinais) é distinta, pois uma queixa cardíaca não é algo que um clínico ou especialista possa a princípio ignorar. Entretanto, a conduta médica tradicional procura relacionar as reações intensas dos Ataques de Pânico a uma causa física, seja esta uma disfunção cardiológica, neurológica ou endócrina. Mas em termos estatísticos o Ataque de Pânico é mais prevalente do que a maioria destas patologias. Existem na literatura a correlação de Ataques de Pânico com o prolapso valvar mitral, com alterações endócrinas (como hipertireoidismo e a hipoglicemia), labirintite ou mesmo pelo processo de hiperventilação. Diferenciar a associação destes casos com o Transtorno do Pânico faz-se através do tratamento destes quadros que aliviam a sintomatologia, o que confere ao Transtorno do Pânico uma manutenção cognitiva e comportamental. Outro aspecto que faz esta tarefa difícil (o diagnóstico do Transtorno do Pânico) é que a ansiedade é um sintoma presente em quase todos os Transtornos psiquiátricos.

Critérios para o Ataque de Pânico, Propostos pelo DSM-IV

Um Período distinto de medo intenso ou desconforto, no qual pelo menos quatro dos seguintes sintomas desenvolveram-se abruptamente e alcançaram um ápice em 10 minutos:

1. palpitações, taquicardia (ou ritmo cardíaco acelerado)
 2. sudorese
 3. tremores ou abalos
 4. sensações de falta de ar ou sufocamento
 5. sensações de asfixia
 6. dor ou desconforto torácico
 7. náusea ou desconforto abdominal
 8. sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio
 9. desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo)
 10. medo de perder o controle ou enlouquecer
 11. medo de morrer
 12. parestesias (anestesia ou sensação de formigamento)
 13. calafrios ou ondas de calor
-

Características prototípicas do Ataque de Pânico:

(a) Ataques de Pânico inesperados (não evocados), no qual o Ataque de Pânico não está associado a um desencadeante situacional (isto é, acontece “vindo do nada”), a ocorrência de ataques de pânico inesperada é necessária para o um diagnóstico de Transtorno do Pânico.

(b) Ataques de Pânico ligados a situações (evocados), nos quais um Ataque de Pânico, quase que invariavelmente, ocorre imediatamente à exposição ao desencadeante situacional (“evocativo”) ou em antecipação a este.

(c) Procura do diagnóstico diferencial com outros Transtornos Ansiosos: Transtorno do Pânico, Fobia Social, Fobia Específica e TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático).

Existe de maneira geral dois critérios que são importantes para o diagnóstico do Transtorno do Pânico e Agorafobia:

- (a)** A análise funcional dos eventos de Ataque de Pânico e
- (b)** As consequências deste para a vida do indivíduo. (onde se determina a co-existência ou não da Agorafobia)

Devem ser observados nos Ataques de Pânico aspectos de subtaneidade ou imprevisibilidade, associado a um impulso de fuga. Estudos relacionam o Ataque de Pânico a uma atividade acelerada do sistema nervoso autônomo. O Transtorno do Pânico é considerado um temor de certas sensações corporais associadas com ataques de pânico (crises autolimitadas que tem a duração média de 10 minutos), onde há um medo secundário de morrer, perder o controle ou ficar louco. Ao deflagrar do Ataque de Pânico este é seguido por um medo persistente de ter outro ataque, onde esta seqüência viciosa é que compõe o Transtorno do Pânico e pode agregá-lo a Agorafobia.

Aproximadamente de 10-12% da população geral já sofreu um Ataque de Pânico nos últimos 12 meses e entre 2-6% da população preenchem critérios para Transtorno do Pânico, com ou sem Agorafobia. Barlow (1999) definiu como Transtorno do Pânico com Agorafobia, a ansiedade sobre a recorrência do Pânico e, Transtorno do Pânico sem Agorafobia, o Pânico por si próprio. Lembrando que é muito fácil para o indivíduo governado pela ansiedade, ao responder sobre conteúdos ideacionais da Agorafobia/Ataque de Pânico, ser inadequado em sua descrição dificultando o diagnóstico ou se fazendo mal interpretado. A análise funcional e uso de inventários têm contribuído muito para diminuir esta falha.

Os quadros de ansiedade estão de maneira geral divididos grosseiramente em dois grupos:

1. Com comportamentos de apreensão, ideações de fim eminente, com início repentino associado a variações físicas perturbadoras.(Transtorno do Pânico)
2. Preocupação imaginária ou excessiva que se refere a várias circunstâncias vitais, com incapacidade em enfrentar problemas – antecipação negativa. (Ansiedade Generalizada)

No CID-10 o Transtorno do Pânico e a Agorafobia se encontram entre os “Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes”: F40-48. Onde especificamente seriam, F40.0 – Agorafobia, .00 Sem transtorno de pânico e .01 com transtorno de pânico. F41.0 é o critério para o Transtorno do Pânico (ansiedade paroxística episódica). É indicada a busca dos critérios para o diagnóstico do Transtorno do Pânico pelo DSM-IV e/ou CID-10, pois, em relação à prevalência do transtorno de pânico (TP), é importante ressaltar que os critérios do DSM-III para este transtorno são bastante restritos. Quanto a agorafobia, com ou sem ataques de pânico, é o diagnóstico mais freqüente entre os fóbicos que procuram tratamento.

As diretrizes diagnósticas para Agorafobia no CID-10 são:

- (a)** Os sintomas psicológicos ou autonômicos devem ser primariamente manifestações de ansiedade e não secundários a outros sintomas tais como delírios ou pensamentos obsessivos;
- (b)** A ansiedade deve estar restrita (ou ocorrer principalmente) a pelo menos duas das seguintes situações: multidões, lugares, viajar para longe de casa e viajar sozinho;
- (c)** A evitação da situação fóbica deve ser ou estar sendo um aspecto proeminente.

Para o Transtorno do Pânico no CID-10 deve ser observado: (sob a ausência de qualquer fobia)

- (a)** Surge em circunstâncias onde não perigo objetivo;
- (b)** Sem estarem confinados a situações conhecidas ou previsíveis;
- (c)** Com relativa liberdade de sintomas ansiosos entre os ataques (ainda que ansiedade antecipatória seja comum).

Para aumentar a complexidade da relação entre Transtorno do Pânico e Agorafobia, definimos como esquivas agorafóbicas a evitação ou à tolerância com pavor de situações das quais a fuga poderia ser difícil ou nas quais o auxílio não estaria disponível, no caso do ataque de pânico, ou no caso de desenvolver sintomas que poderiam ser incapacitantes ou embaraçosos, tais como a perda do controle intestinal, da micção ou vômito. E não só os aspectos de morte iminente como geralmente é mais enfatizado. É esperado que certos pacientes apresentem agorafobia clássica sem eventos de Ataques de Pânico, mas sempre terão algum evento com pensamentos de descontrole, ou medo de perder o controle. Mas o contrário também é freqüente, grande número de pessoas com Transtorno do Pânico adquirem Agorafobia com ideias negativistas de não poder receber ajuda adequado num eventual ataque em locais públicos, evitando estes. Há evidências empíricas de que a persistência do Transtorno do Pânico aumenta a probabilidade de recaída agorafóbica.

Muitos indivíduos procuram a automedicação dos estados desagradáveis impostos pelo Transtorno do Pânico com ou sem Agorafobia pela administração de álcool ou drogas, tornando-se por vezes abusadores ou mesmo dependentes. O que leva a ampliar a necessidade da investigação tanto em transtornos ansiosos como nos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Mesmo o stress excessivo tem características que podem estimular Ataques de Pânico. Na clínica é observado que o stress em suas fases iniciais tem mais sintomas físicos que psicológicos, aumentando conforme se intensifica, dependendo da história genética e dos aprendizados do indivíduo há uma predisposição para que no ápice do stress, este indivíduo tenha um adoecimento orgânico, psicológico ou ambos. Dentro do adoecimento psicológico existe ainda outra bifurcação que empurra o indivíduo (baseado em suas características) para Transtornos Depressivos ou Ansiosos, originariamente; pois outras complicações podem existir (a exemplo de um indivíduo com histórico grande de parentes com esquizofrenia e de como convívio com estes). Trabalhos científicos como da Teoria do Desamparo (Seligman, 1972) apóiam muitas destas observações clínicas.

Pessoas diagnosticadas com Transtorno do Pânico apresentam baixo comportamento ansioso fora dos Ataques de Pânico, baixa auto-observação de estados ansiosos, possuem argumentação lógica que propõe um entendimento de estado atual (não condizente), baixa relação entre ansiedade e estados corporais, além de normalmente apresentar baixa assertividade e alto índice de stress.

Cognitivamente o paciente portador do Transtorno do Pânico tem um senso de “catastrofização” marcante. Onde o transcurso contemplativo da seqüência de eventos em sua vida tende a catástrofe quase que impreterivelmente. Este aspecto é marcante e ajuda muito na diferenciação de outros quadros ansiosos.

Na clínica Cognitivo-Comportamental o uso de automonitoramento, inventários, análise das queixas concomitante a análise funcional do relato, a apresentação de informações ao paciente sobre a doença garantem ao profissional o diagnóstico adequado do caso.

Concluindo, o diagnóstico do Transtorno do Pânico para abordagem Cognitivo e Comportamental é fundamental para escolha adequada do tratamento pertinente ao transtorno e, devido ao histórico do Transtorno do Pânico, sua epidemiologia, a publicidade advinda dos meios de comunicação e o sofrimento paciente, pode não ser uma fácil tarefa, mas que só exige investigação, atenção e cuidado.

Bibliografia

- BARLOW, D. (org.) – Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. ArtMed, Porto Alegre, 1999.
CAETANO, D. – Pânico. Ícone, São Paulo, 1980.
DSM-IV (Diagnostic Scale of Mental Disease) , em CD-Rom, ArtMed, 1993.

GENTIL, V. e col. – Pânico, Fobias e Obsessões – a experiência do Projeto AMBAM. Edusp, São Paulo, 1997.

RANGÉ, B. (org.) – Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: de transtornos psiquiátricos. Editorial Psy II, Campinas, 1995.

RANGÉ, B. (org.) – Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. ArtMed, Porto Alegre, 2001.

WHO (World Health Organization) – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas (Capítulo V). Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.