



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO DE PSICOLOGIA

TRANSTORNO DO PÂNICO:
Uma análise comportamental

CLÁUDIA MÁRCIA DE FREITAS

Brasília-DF

Junho / 2005

CLÁUDIA MÁRCIA DE FREITAS

**TRANSTORNO DO PÂNICO:
Uma análise comportamental**

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Psicóloga pelo Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, sob a orientação do professor Geison Isidro.

Brasília, maio de 2005.

Dedico a todos aqueles que se interessam pela análise do comportamento.

Dedico a todos aqueles que se beneficiarão com a análise do comportamento.

"Faça acontecer... esse tem sido sempre meu tema favorito.

Fazer o máximo a partir daquilo que você tem"

B. F. Skinner

Agradeço a Deus... Início de tudo.

Agradeço ao meu marido Hécio... Pela paciência, compreensão e apoio.

Agradeço a minha família... Pelos momentos de revitalização.

Agradeço às crianças... Pelos sorrisos que me alegravam os dias.

Agradeço aos amigos... Que mesmo sem saberem contribuíram.

Agradeço ao professor Geison... Pelo aprendizado, pela demonstração de seu conhecimento e pela oportunidade de renovar o meu desejo de ser analista do comportamento.

RESUMO

O Transtorno do Pânico caracteriza-se por ataques de pânico recorrentes e inesperados. As crises de pânico são caracterizadas por períodos distintos, súbitos e inesperados de medo ou desconforto intenso associado à falta de ar, tonturas, taquicardias, náuseas, tremores, sudorese, formigamento e outros sintomas físicos, ocorre a sensação de morte iminente ou crença de estar enlouquecendo. O transtorno do pânico tem uma repercussão social prejudicial na vida do portador, que sofre conseqüências negativas em sua vida pessoal, familiar e profissional. Na postura behaviorista radical, a análise funcional busca as causas do comportamento no ambiente externo, não considerando as cognições como causas de comportamentos. Assim, o sentimento de ansiedade, o medo, o nervosismo, são considerados comportamentos, que também devem ser explicados. A etiologia dos comportamentos desviantes ou mal-adaptados deve ser verificada no controle antecedente, no controle conseqüente e na aprendizagem social e o tratamento é derivado da análise funcional. Alguns estudos demonstram a eficácia de uma combinação de estratégias comportamentais de tratamento para os ataques de pânico, incluindo-se o relaxamento, o treinamento assertivo, a exposição ao vivo, o treinamento em *Biofeedback*, a reformulação de regras e a dessensibilização.

SUMÁRIO

Introdução	1
Caracterização do quadro de pânico e diagnóstico diferencial.....	6
Co-morbidade: distúrbios associados.....	11
Etiologia do transtorno do pânico	14
Hipóteses biológicas.....	14
Hipóteses psicológicas	16
Abordagem cognitiva comportamental.....	16
Abordagem da análise comportamental.....	21
Repercussões sociais: como o pânico muda a vida das pessoas	31
Tratamento analítico comportamental	40
Tratamento com psicofármacos.....	49
Conclusão.....	53
Referências bibliográficas.....	55

O transtorno do pânico é considerado um problema freqüente e incapacitante na área dos transtornos de ansiedade. Segundo Hawton (1997), o termo “ansiedade” refere-se à ansiedade difusa, que não fica restrita às situações externas específicas nem é associada ao comportamento constante e extensivo de evitação que caracteriza as fobias. O autor comenta que pesquisas recentes sugerem a conveniência da distinção de dois tipos diferentes de estados de ansiedade, sendo que no primeiro tipo, o problema predominante são os ataques de pânico periódicos que podem ocorrer inesperadamente e em quase todas as situações. A natureza inesperada e intensa das sensações durante o ataque de pânico (dispnéia, taquicardia, sensação de desmaio, etc.) leva os pacientes a acreditarem que correm perigo de algum desastre físico ou mental como um ataque cardíaco. Quando não estão vivenciando ataques de pânico, alguns pacientes são calmos, porém a maioria permanece um pouco ansiosa entre os ataques, por anteverem outro ataque. Na segunda forma de estado de ansiedade, segundo Hawton, o problema é a ansiedade e preocupação imaginária, ou excessiva, que se refere a várias circunstâncias vitais e não está relacionada à expectativa de ataques de pânico, mas giram em torno de questões como a incapacidade de enfrentar problemas, receio de mau desempenho e preocupações somáticas difusas.

Quem tem um ataque de pânico passa por uma experiência aterrorizadora, pois há uma enorme ansiedade na expectativa de que algo assim aconteça novamente e que não consiga escapar da próxima vez. As crises de pânico são caracterizadas por períodos distintos, súbitos e inesperados de medo ou desconforto intenso associado à falta de ar, tonturas, taquicardias, náuseas, tremores, pernas bambas, formigamento, sudorese, e outros, que são reações do sistema nervoso simpático.

Durante uma crise de pânico além das sensações físicas já descritas, a pessoa sente ideação de morte por sufocamento ou ataque cardíaco, acredita estar enlouquecendo e perdendo o controle da situação. O transtorno do pânico habitualmente se inicia depois dos 20 anos, é igualmente prevalente entre homens e mulheres, portanto, em sua maioria, as pessoas que tem o pânico são jovens ou jovens adultos na faixa etária dos 20 aos 40 anos e se encontram em plenitude profissional. Ataques de pânico podem ocorrer em uma variedade de transtornos de

ansiedade, sendo assim é importante considerar o contexto no qual ocorre o ataque de pânico. A ocorrência de ataques de pânico inesperados é um requisito para o diagnóstico de transtorno do pânico (com ou sem agorafobia).

O transtorno do pânico não é diagnosticado se os ataques são supostamente uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral ou do uso de alguma substância (uso de droga ou medicamento). O transtorno do pânico se distingue dos demais tipos de ansiedade pelo que é considerada sua principal característica: crises de pânico súbitas sem fatores desencadeantes aparentes. As pessoas que são acometidas por esse transtorno desenvolvem o “medo do medo”, isto é, o medo de que a crise retorne. Devido a um processo de associação, a partir da primeira crise, qualquer estímulo interno (uma tonteira, uma dor, alterações nos batimentos cardíacos, etc.) ou externo (um cheiro, um lugar, etc.) pode remeter a situação das crises anteriores e funcionarem como elemento-índice, desencadeador de uma nova crise. Nesse sentido, fazendo parte de um procedimento defensivo para evitar que novas crises ocorram, vão se produzindo diferentes tipos de fobias.

Segundo Rangé (2001), o conhecimento disponível aponta para uma grande probabilidade de co-morbidades. A co-morbidade mais freqüente é aquela com outros transtornos de ansiedade, usualmente de fobias específicas, mas também de fobia social e de ansiedade generalizada. Os transtornos afetivos também são diagnósticos freqüentes em pacientes com pânico. O autor apresenta que há evidências de grande co-morbidade com abuso de substâncias, como exemplo o álcool.

A etiologia do transtorno do pânico aponta para hipóteses biológicas e psicológicas. Segundo Rangé (2001), os fatores biológicos de base genética são considerados os determinantes principais para o surgimento dos sintomas desse transtorno, porém para Ballone (2005), apesar da maior freqüência do transtorno do pânico em algumas famílias, muitas pessoas desenvolvem este distúrbio sem nenhum antecedente familiar.

Segundo Rangé (2001), as principais hipóteses sobre a fisiopatologia do transtorno do pânico (TP) são de base neuroquímica, ou seja, baseiam-se no funcionamento de neurotransmissores e neuromoduladores no SNC. Segundo

Ballone (2005), um desequilíbrio na produção dos neurotransmissores pode levar algumas partes do cérebro a transmitir informações e comando incorretos. Daí, o organismo desencadeia uma reação de alerta indevidamente, como se houvesse realmente uma ameaça concreta. Ballone diz que a causa do número crescente de casos de pessoas com TP possivelmente deve-se ao aumento da ansiedade patológica na vida moderna. Assim, a cronificação dessa ansiedade patológica irá desencadear estados de *stresse* continuado.

Um modelo comportamental explicativo para a causa psicológica desse tipo de transtorno é descrito por David Barlow, citado por Rangé (2001). Em seu modelo, o ataque de pânico inicial é um “alarme falso”, uma resposta autonômica a um aumento momentâneo no nível de estresse da vida. Rangé comenta que houve algumas contribuições na área psicodinâmica que ressaltaram o papel de conflitos de desenvolvimento relacionados à autonomia e à dependência. Nessa linha, tem sugerido que pacientes com pânico e agorafobia apresentam características de funcionamento psicológico comum. Eles tendem a perceber seus pais como superprotetores, controladores, críticos, amedrontadores, rejeitadores e limitadores.

Segundo Ballone (2005), os portadores de Pânico costumam ter tendências a preocupação excessiva com problemas cotidianos, têm um bom nível de criatividade, excessiva necessidade de estar no controle da situação, têm expectativas altas, pensamento rígido, são competentes e confiáveis. Psicologicamente, eles costumam reprimir alguns ou todos sentimentos negativos, sendo os mais comuns o orgulho, a irritação e principalmente seus conflitos internos. Com isso, acabam se predispondo as situações de *stresse* acentuado e podendo levar ao aumento intenso da atividade de determinadas regiões do cérebro, desencadeando, assim, um desequilíbrio bioquímico e conseqüentemente o aparecimento do Pânico.

Uma grande preocupação com o indivíduo que vivencia o transtorno do pânico é a repercussão em sua vida social. A pessoa com TP pode sofrer conseqüências prejudiciais em sua vida pessoal, familiar e profissional. Segundo Ballone (2005), 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.

Alguns indivíduos podem necessitar estarem sempre acompanhados quando saem de casa e, posteriormente, podem até se recusar a sair de casa devido ao tamanho medo de passar mal na rua, de morrer subitamente ou enlouquecer de repente. Segundo Aquino (2005), a vida cotidiana dessas pessoas acometidas vai se tornando restrita, de tal forma que o resultado das limitações impostas é uma dramática incapacidade de dirigir a própria vida. Para Ballone (2005), a desmoralização é uma conseqüência comum, com muitos indivíduos sentindo-se desencorajados, envergonhados e infelizes acerca de levar avante suas rotinas habituais.

Mediante todo o exposto, falar de Transtorno do Pânico é de fundamental importância para os futuros psicólogos em virtude do grande número de pessoas que são acometidas por esse transtorno e que antes de encontrarem alguém que faça um correto diagnóstico, o mais rápido possível, padecem de grande sofrimento emocional e prejuízo social.

O presente trabalho enfoca principalmente as causas ambientais como um poderoso componente no desenvolvimento e manutenção desse transtorno, apresentando duas abordagens: a análise do comportamento e a terapia cognitivo comportamental, bem como apresentar o tratamento seguindo essas bases teóricas. Contudo, salienta-se que o comportamento desviante é aprendido e suas variáveis precisam ser esclarecidas. A explicação parti do comportamento enquanto objeto de estudo e tratamento.

As cognições não são consideradas causas de comportamentos, ou seja, o comportamento privado não exerce controle sobre o público, assim os comportamentos devem ser explicados verificando os reforços, pois apenas o comportamento público produzirá conseqüências, no entanto as conseqüências do público alteram a ele próprio e o privado. Portanto, para a análise do comportamento os eventos privados e públicos são da mesma natureza.

A etiologia dos comportamentos desviantes ou mal-adaptados deve ser verificada no controle antecedente, no controle conseqüente e na aprendizagem social.

CARACTERIZAÇÃO DO QUADRO DE PÂNICO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial visa separar o distúrbio do pânico de outros distúrbios, pois há muitos outros distúrbios nos quais podem ocorrer crises de pânico. Os mais comuns são as fobias simples (na qual ocorre o pânico imediatamente antes ou durante a exposição à situação temida e em nenhuma outra situação) e as fobias sociais, que ocorrem somente quando os indivíduos sentem que são o foco da atenção de outros (como enquanto comem).

Existem outros distúrbios que devem ser considerados no diagnóstico diferencial, sendo estes a claustrofobia, depressão severa, distúrbios dissociativos, ansiedade generalizada sem pânico. Outros distúrbios que também devem ser considerados são a abstinência de álcool ou drogas, abuso de estimulantes (cafeína, cocaína, anfetaminas), distúrbios físicos tais como ocorrências cardíacas, supra-renais, vestibulares, tireóideos ou convulsivos.

O transtorno do pânico não é diagnosticado se os ataques de pânico são uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, diagnosticando-se assim, neste caso, um Transtorno de Ansiedade devido a uma condição médica geral. Exemplos de condições médicas gerais capazes de causar ataques de pânico incluem disfunções vestibulares, transtornos convulsivos e condições cardíacas (por exemplo arritmias, taquicardia supraventricular).

Testes laboratoriais apropriados ou exames físicos podem ser úteis para determinar o papel etiológico de uma condição médica geral. O transtorno do pânico não é diagnosticado se os ataques de pânico são considerados uma consequência direta de uma substância (isto é, uma droga de abuso, um medicamento); neste caso um Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância é diagnosticado. A intoxicação com estimulantes do sistema nervoso central (por exemplo, cocaína, anfetaminas, cafeínas) ou cannabis e a abstinência de depressores do sistema nervoso central (por exemplo, álcool, barbitúrios) podem precipitar um ataque de pânico.

Segundo Rangé (2001), os sintomas de pânico podem ser confundidos com algumas doenças físicas como hipertireodismo, em que as pessoas queixam-se de ansiedade, taquicardia, palpitações, sudorese, dispnéia, irritabilidade, diarreia e prolapso da válvula mitral (especialmente em casos de pânico sem medo). Outros tipos de perturbações clínicas que podem levar a uma confusão quanto ao diagnóstico são labirintites, hipoglicemias e fenocromocitomas.

Em muitos casos, Rangé (2001) argumenta que um ataque de pânico pode ser disparado durante o uso de alguma substância, como maconha, cocaína, anfetaminas e alucinógenos, cujos efeitos somáticos ou cognitivos podem ser experimentados subjetivamente de forma catastrófica. As síndromes de abstinência de substâncias sedativas, como álcool, os benzodiazepínicos e outros hipnóticos, também podem induzir ataques de pânico.

Na determinação da importância diagnóstica diferencial de um Ataque de Pânico, é crucial considerar o contexto no qual ocorre o Ataque de Pânico. Segundo Ballone (2005), existem três tipos característicos de Ataques de Pânico, com diferentes relacionamentos entre o início do ataque e a presença ou ausência de atividades situacionais:

- 1- **Ataques de Pânico Inesperados** (não evocados), nos quais o início do Ataque de Pânico não está associado com um ativador situacional (isto é, ocorre espontaneamente, “vindo do nada”);
- 2- **Ataques de Pânico Ligados a Situações** (evocados), nos quais o Ataque de Pânico ocorre, quase que invariavelmente, logo após à exposição ou antecipação a um evocador ou ativador situacional (por exemplo, ver uma cobra ou um cão sempre ativa a um Ataque de Pânico imediato);
- 3- **Ataques de Pânico predispostos pela Situação**, que tendem mais a ocorrer na exposição ao evocador ou ativador situacional, mas não estão invariavelmente associados ao evocador 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 tem um Ataque de Pânico ou momentos em que o Ataque de Pânico ocorre após dirigir por meia hora).

A importância dessa classificação quanto ao surgimento do ataque prende-se ao conhecimento de que:

A - A ocorrência de ataques de Pânico **inesperados é um requisito** para o diagnóstico de Transtorno de Pânico (com ou sem Agorafobia)

B – Ataques de Pânico ligados a situações são mais característicos da Fobia Social e Fobia Específica.

C – Os Ataques de Pânico predispostos por situações são especialmente freqüentes no Transtorno de Pânico, mas às vezes podem ocorrer na Fobia Específica ou Fobia Social.

O transtorno do pânico deve ser diferenciado de outros transtornos psiquiátricos (tendo como exemplo outros Transtornos de Ansiedade e Transtornos Psicóticos) que têm **Ataques de Pânico como característica associada**. Por definição, o Transtorno do Pânico caracteriza-se por Ataques de Pânico recorrentes e inesperados (espontâneos, não evocados, “vindos do nada”). Como foi descrito anteriormente, existem três tipos de Ataques de Pânico: inesperados, ligados a situações e predispostos por situações. A presença de Ataques de Pânicos recorrentes e inesperados inicialmente ou mais tarde no curso do transtorno é exigida para o diagnóstico de Transtorno do Pânico.

Em contraste, o autor também diz que os Ataques de Pânico que ocorrem no contexto de outros Transtornos de Ansiedade são **ligados a situações ou predispostos por situações** (por exemplo, na Fobia Social evocada por uma situação social; na Fobia Específica, **evocada** por um objeto ou situação; no Transtorno Obsessivo-Compulsivo **evocado** pela exposição ao um objeto de uma obsessão, por exemplo, exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação e no Transtorno de Estresse Pós-Traumático, **evocado** por estímulos que recordam o estressor).

Segundo Rangé (2001), à medida que outros ataques de pânico ocorrem com o indivíduo, começam a surgir a ansiedade antecipatória e a ideiação sobre novos ataques, o que normalmente leva ao desenvolvimento de respostas de evitação que irão caracterizar o quadro de **Agorafobia**. As situações clássicas de evitação agorafóbica incluem usar meios de transporte (ônibus, aviões, metrô), dirigir em trajetos com pouca possibilidade de saída ou retorno (túneis, pontes, auto-estradas), fazer compras (em grandes lojas ou supermercados), frequentar lugares fechados e aglomerados (cinemas, teatros, espetáculos musicais), etc.

Segundo Ballone (2005), a Agorafobia é a ansiedade ou esquivas a locais ou situações das quais poderia ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou nas quais o auxílio poderia não estar disponível, no caso de ter um Ataque de Pânico ou sintomas tipo pânico. Sendo assim, o autor afirma que o Transtorno do Pânico pode ser sem Agorafobia e Transtorno do Pânico com Agorafobia. O Transtorno do Pânico sem Agorafobia é caracterizado por Ataques de Pânico inesperados e recorrentes acerca dos quais o indivíduo se sente persistentemente preocupado. O Transtorno do Pânico com Agorafobia caracteriza-se por Ataques de Pânico recorrentes e inesperados e Agorafobia.

Ballone (2005) apresenta, de maneira geral, algumas fobias e transtornos onde se pode ocorrer os ataques de pânico como característica associada:

- Fobia Específica: caracteriza-se por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a um objeto ou situação específicos e temidos, freqüentemente levando ao comportamento de esquivas.
- Fobia Social: caracteriza-se por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho, freqüentemente levando ao comportamento de esquivas.
- O Transtorno Obsessivo-Compulsivo: caracteriza-se por obsessões (que causam acentuada ansiedade ou sofrimento) e/ou compulsões (que servem para neutralizar a ansiedade).

- O Transtorno de Estresse Pós Traumático: caracteriza-se pela revivência de um evento extremamente traumático, acompanhada por sintomas de excitação aumentada e esquiva de estímulos associados com o trauma.
- O Transtorno do Estresse Agudo: caracteriza-se por sintomas similares àqueles do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, ocorrendo logo após um evento extremamente traumático.
- O Transtorno de Ansiedade Generalizada: caracteriza-se por pelo menos 6 meses de ansiedade e preocupação excessivas e persistentes.
- O Transtorno de Ansiedade Devido a Uma Condição Médica Geral: caracteriza-se por sintomas proeminentes de ansiedade considerados como sendo a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.
- O Transtorno de ansiedade Induzido por Substância: caracteriza-se por sintomas proeminentes de ansiedade, considerados como sendo a consequência fisiológica direta de uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina.

O diagnóstico diferencial de Ataques de Pânico é complicado pelo fato de nem sempre existir um relacionamento exclusivo entre o diagnóstico e o tipo de Ataque de Pânico. Por exemplo, embora, o Transtorno de Pânico por definição exija que pelo menos alguns dos Ataques de Pânico sejam inesperados, os indivíduos com Transtorno de Pânico muitas vezes relatam ataques ligados a situações, particularmente no curso mais tardio do transtorno.

CO-MORBIDADE: DISTÚRBIOS ASSOCIADOS

Segundo Rangé (2001), o conhecimento disponível aponta para uma grande probabilidade de co-morbidades. As taxas de co-morbidade para transtorno de pânico sem agorafobia variam de 65 a 88% e as de transtorno de pânico com agorafobia variam de 51 a 91%. Para o autor, a co-morbidade mais freqüente é aquela com outros transtornos de ansiedade, usualmente de fobias específicas, mas também de fobia social (em geral precedendo o desenvolvimento de pânico) e de ansiedade generalizada.

Certas afecções, segundo Lobo e Damiani (2005), têm demonstrado associar-se ao distúrbio do pânico, particularmente naqueles indivíduos com crises de pânico de longa duração e agorafobia. Estas afecções incluem:

- § Abuso de álcool e drogas;
- § Depressão;
- § Outros distúrbios de personalidade com ansiedade;
- § Transtornos Psicossomáticos;
- § Dor Psicogênica.

Uma grande parte de pacientes com distúrbio do pânico podem ter uma afecção psicológica ou psiquiátrica co-morbida. Alta porcentagem de pacientes estão depressivos ou com baixo moral, secundariamente às crises de pânico, mas devem ser tratados do pânico em primeiro lugar.

Segundo Ballone (2005), além da preocupação com os Ataques de Pânico e suas implicações, muitos indivíduos com Transtorno do Pânico também relatam sentimentos constantes ou intermitentes de ansiedade não focalizada sobre qualquer situação ou evento específico. Outros se tornam excessivamente apreensivos acerca do resultado de atividades e experiências rotineiras, particularmente aquelas relacionadas à saúde ou separação de pessoas queridas.

Por exemplo, os indivíduos com Transtorno de Pânico freqüentemente prevêm um resultado catastrófico a partir de um leve sintoma físico ou efeito colateral de medicamento (por exemplo, pensar que uma dor de cabeça indica um tumor cerebral ou uma crise hipertensiva). Sendo assim, estes indivíduos também toleram menos os efeitos colaterais de medicamentos e em geral precisam de contínuo reassseguramento, a fim de tomarem os medicamentos.

Em indivíduos cujo Transtorno de Pânico não foi tratado ou foi diagnosticado incorretamente, a crença de terem uma doença, ameaçadora à vida, não detectada pode levar a uma ansiedade debilitante e crônica e a excessivas consultas médicas. Este padrão pode ser perturbador do ponto de vista emocional e financeiro.

Segundo Rangé (2001), transtornos afetivos também são diagnósticos freqüentes em pacientes com pânico, muitas vezes como uma conseqüência de longo prazo em quadros não tratados. Existe uma correlação entre o grau de gravidade do transtorno de pânico/agorafobia e a prevalência de depressão. O autor apresenta que a incidência de depressão maior cresce drasticamente à medida que o nível de evitação agorafóbica aumenta. Segundo Ballone (2005), o Transtorno Depressivo Maior ocorre com freqüência (50-65%) em indivíduos com Transtorno de Pânico. Em aproximadamente um terço das pessoas com ambos os transtornos, a depressão precede o início do Transtorno de Pânico. Nos dois terços restantes, a depressão ocorre ao mesmo tempo ou após o início do Transtorno do Pânico.

A co-morbidade com outros Transtornos de ansiedade também é comum, especialmente em contextos clínicos e em indivíduos com Agorafobia severa. A Fobia social tem sido relatada em 15-30% dos indivíduos com Transtorno do Pânico; Transtorno Obsessivo-Compulsivo, em 8-10%; Fobia Específica, em 10-20%; e Transtorno de Ansiedade Generalizada, em 25%. O Transtorno de Ansiedade de Separação na Infância tem sido associado com este transtorno. Há evidências de grande co-morbidade com abuso de substâncias, segundo Rangé (2001), especialmente o uso de álcool, com taxas variando entre 8 e 33%.

Segundo Lobo e Damiane (2005), os indivíduos precisam ser avaliados explicitamente com referência ao abuso de substâncias como aerossóis nasais e pílulas para dieta, cafeinismo ou abuso de benzodiazepínicos. Os pacientes em

abstinência concomitante ou abuso ativo devem ser tratados do abuso de substâncias antes ou ao mesmo tempo do tratamento específico para o Transtorno do Pânico. É chamado à atenção que os pacientes com Transtorno do Pânico costumam ter uma ou mais afecções co-mórbidas que requerem avaliação e tratamento.

ETIOLOGIA DO TRANSTORNO DO PÂNICO

HIPÓTESES BIOLÓGICAS

Segundo Rangé (2001), fatores biológicos de base genética são os determinantes principais para o surgimento dos sintomas do transtorno do pânico, visto que até 35% dos parentes de primeiro grau dos pacientes com TP sofrem do mesmo problema. O autor comenta que não se sabe ainda quais são as bases neurofisiológicas do transtorno do pânico, ou seja, quais estruturas cerebrais que estão mediando os sintomas, porém técnicas de neuro-imagem, atualmente em desenvolvimento, devem trazer novos conhecimentos nos próximos anos. Segundo Savoia (2000), quanto à tendência genética, há evidências de o transtorno de pânico ser uma desordem familiar, mas que a questão da transmissão genética não está resolvida. O que os estudos confirmam é que a taxa de incidência é maior nos sujeitos que relatam ter na história familiar parentes com transtorno de pânico.

Segundo Ballone (2005), o transtorno do pânico está biologicamente associado a uma disfunção dos neurotransmissores a qual criaria um fator agravante na sensação de medo. Assim o sistema de alerta normal do organismo – um conjunto de mecanismos físicos e mentais que permite que uma pessoa reaja à alguma ameaça – é desencadeado desnecessariamente na crise de pânico, sem que haja um perigo iminente a desencadeá-lo de fato, como naturalmente se espera da fisiologia normal do ser humano. O autor comenta que o cérebro produz substâncias chamadas neurotransmissores, responsáveis pela comunicação entre neurônios (células do sistema nervoso). Estas comunicações formam mensagens que irão determinar a execução de todas as atividades físicas e mentais de nosso organismo (ex. andar, pensar, memorizar, etc.). Um desequilíbrio na produção destes neurotransmissores pode levar algumas partes do cérebro a transmitir informações e comandos incorretos. Com isso, segundo Ballone, o organismo desencadeia uma reação de alerta indevidamente, como se houvesse uma ameaça concreta e seria exatamente isto que ocorreria numa crise de pânico: uma

informação incorreta, decorrente de uma disfunção dos neurotransmissores, alertando e preparando o organismo para uma ameaça ou perigo que na realidade e concretamente não existe.

No caso do distúrbio do pânico, segundo Ballone (2005), os neurotransmissores que se encontram em desequilíbrio são os mesmos envolvidos na depressão: a Serotonina e Noradrenalina. Com isso aplica-se ao transtorno do pânico o mesmo tratamento medicamentoso da depressão.

Rangé (2001) afirma que hoje, as principais hipóteses sobre a fisiopatologia do TP são de base neuroquímica, ou seja, baseiam-se no funcionamento de neurotransmissores e neuromoduladores no SNC. Essas hipóteses foram formuladas a partir dos conhecimentos disponíveis sobre o mecanismo de ação dos medicamentos eficazes no tratamento do TP. Porém, os sintomas de um ataque de pânico podem ser produzidos em laboratório, de forma mais ou menos seletiva e específica, por meio de medicamento ou outros agentes, como lactato CO₂, isoproterenol, mCPP, ioimbina, beta-carbolinas, entre outros, o que tornou o TP um dos transtornos de ansiedade sobre o qual mais se sabe a respeito de mecanismos neuroquímicos.

Segundo Kay e Tasman (2002) a principal premissa da teoria biológica é que o pânico constitui um fenômeno psicofisiológico diferente de outras formas de ansiedade severa. Uma segunda premissa, apresentada pelo autor, enfatiza uma falha de um mecanismo regulador biológico provoca o disparo errôneo de uma resposta de alarme inata. O papel patogênico no desenvolvimento de sintomas associados constitui uma terceira premissa importante da teoria neurobiológica. É a experiência de pânico recorrente que produz apreensão, evitação fóbica, desmoralização e comorbidade com outros estados ansiosos e depressão.

Segundo Knapp (2004), alterações biológicas têm sido descritas na gênese do transtorno do transtorno de pânico. O autor comenta que evidências sugerem que o TP no adulto pode ser a manifestação de uma vulnerabilidade constitucional subjacente ou diátese para ansiedade, que é herdada geneticamente e expressa de forma variável ao longo da vida. Para Graeff (1997, citado em Knapp, 2004), alterações nos sistemas noradrenérgico, serotoninérgico, GABAérgico e

quimiorreceptores também têm sido relacionadas com a etiologia do transtorno do pânico.

Segundo Ballone (2005), constata-se que o pânico ocorre com maior frequência em algumas famílias, significando haver uma participação importante de fatores hereditários na determinação de quem está sujeito ao distúrbio, mas apesar dessa concordância, muitas pessoas desenvolvem este distúrbio sem nenhum antecedente familiar.

HIPÓTESES PSICOLÓGICAS

Abordagem cognitiva comportamental

Segundo Knap (2005), a ocorrência de um primeiro alarme falso (falha de um mecanismo regulador biológico) poderia estabelecer ocasião para que estímulos internos ficassem associados à sensação de ansiedade. Passariam eles, segundo o autor, a sinalizar a possibilidade de um outro alarme e a disparar a resposta condicionada de medo. Com a repetição dos ataques, os indivíduos se tornam cada vez mais sensíveis às sensações internas e às situações em que o ataque ocorreu, desenvolvendo a hipervigilância das sensações físicas e a ansiedade antecipatória, que é o medo de ter outro ataque. Assim, diz o autor, que com esse comportamento condicionado ao medo, as pessoas passam a evitar tudo o que provoque alguma reação somática (por exemplo: exercícios físicos) ou lugares associados com os ataques anteriores (locais de difícil saída ou socorro). Essas respostas de fuga/esquiva são limitadoras e, gradualmente se revelam ineficazes.

Segundo Kay e Tasman (2002), não existem antecedentes de pânico na infância ou na adolescência, com exceção daqueles observados em crianças que apresentam manifestações precoces como ataques de pânico, fobia escolar ou ansiedade de separação. Acredita-se que perturbações do auto-conceito, relacionamentos interpessoais, pensamentos e comportamentos mal-adaptados e mesmo estados preexistentes de apreensão ansiosa desempenham um papel na predisposição ao pânico.

Kay e Tasman (2002) citam que terapeutas cognitivo-comportamentais desenvolveram um modelo para episódios de pânico diferente do neurobiológico. Nesse modelo, toda ansiedade ou medo ocorrem como reação a um estímulo. Estados de medo patológico são originados por um mecanismo de reatividade aprendida. Portanto, o pânico é uma reação aprendida a indícios interoceptores e ocorre devido à interpretação cognitiva errônea destes indícios ou uma resposta de medo condicionada, ou por ambos os motivos. No modelo cognitivo comportamental, a perturbação fisiológica é vista como um concomitante de todas as reações de medo, e não como mecanismo patogênico para o desenvolvimento dos sintomas.

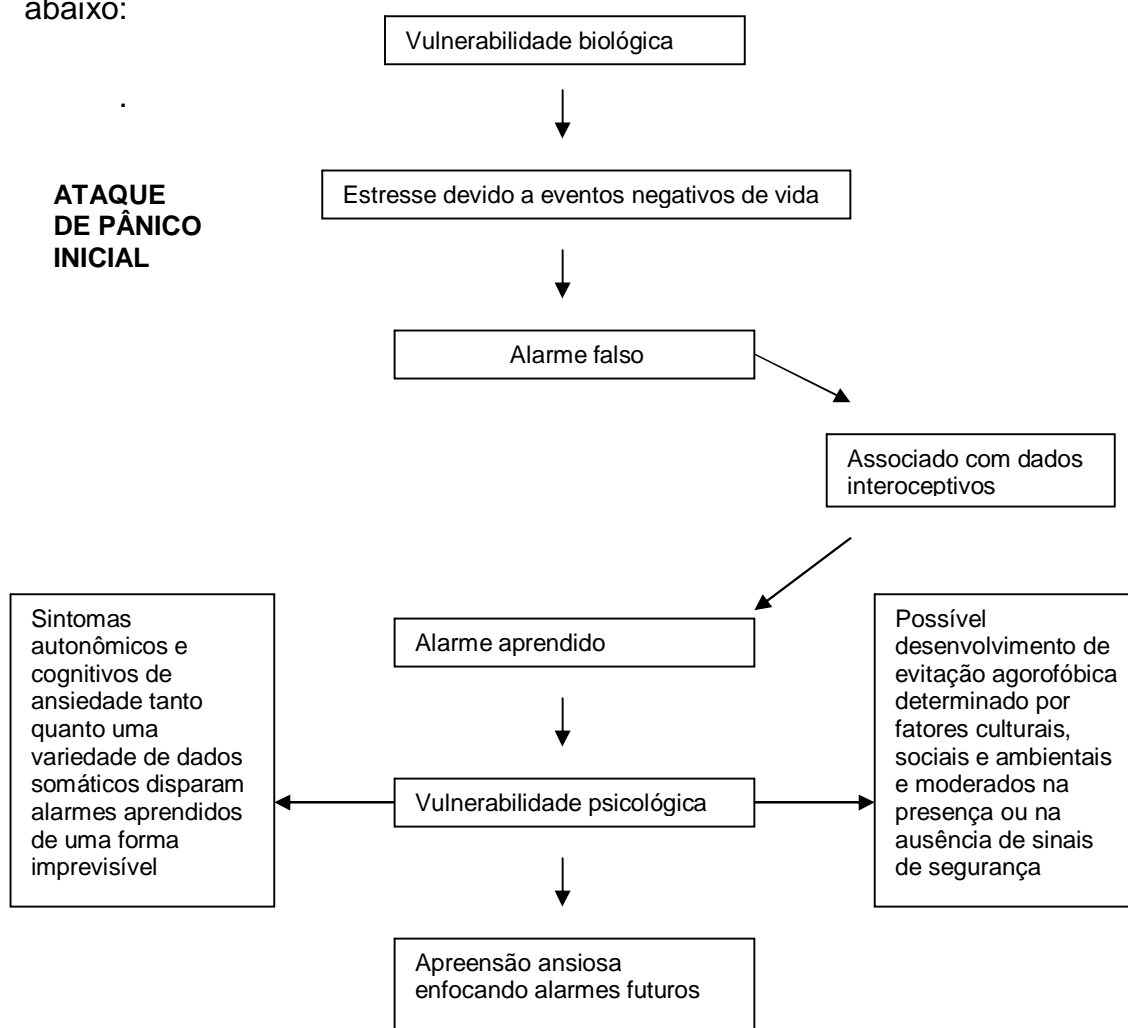
Esta visão inclui considerações sobre a origem do pânico que incorporam aspectos tanto biológicos quanto psicológicos. Descrito de forma mais simples, as premissas básicas concentram-se em:

- (1) uma alteração inata do sistema nervoso, que exhibe reatividade elevada a estímulos cotidianos tais como novidades;
- (2) experiências precoces com cuidadores tidos como frios, críticos e controladores;
- (3) uma tendência crônica a medo e ansiedade intensos (manifestada em crianças como timidez, ansiedade de desempenho e algumas vezes fobia escolar, em adolescentes como temor social; e em adultos jovens como nervosismo em geral e busca de segurança); e
- (4) o início de pânico ocorrendo em uma pessoa sensibilizada ou em estado de estresse, geralmente desencadeado por uma situação que desafia a autoconfiança ou desperta sentimentos incômodos, de possível abandono ou controle por outros. Uma extensão desse modelo postula que os gatilhos do pânico são estímulos com significado psicológico.

Segundo Rangé (2001), um dos modelos mais completos sobre a etiologia psicológica é o de David Barlow. Em seu modelo, o ataque de pânico é um “alarme falso”, uma resposta autonômica a um aumento momentâneo no nível de estresse da vida. Isto aconteceria em pessoas que são vulneráveis, seja biologicamente (vulnerabilidade genética ou reatividade fisiológica aumentada), seja

psicologicamente (extrema sensibilidade a sintomas de ansiedade ou crenças catastróficas relativas às possíveis conseqüências da ansiedade).

A natureza traumática do ataque inicial seria central na determinação do desenvolvimento subsequente do transtorno de pânico. Dependendo de fatores sociais e culturais, o indivíduo poderá desenvolver uma associação do medo com estímulos ambientais, estabelecendo a base para o surgimento da agorafobia. Adicionalmente, em seguida ao ataque inicial, o indivíduo poderá tornar-se apreensivo com relação a ataques futuros. Isso fortalece o processo de condicionamento interoceptivo pelo aumento na reatividade autonômica e, assim, a presença de sensações somáticas. De acordo com Barlow (1998, citado em Rangé 2001), o medo primário no tratamento de pânico é um medo de sensações físicas, particularmente sensações associadas à ativação autonômica, conforme figura abaixo:



Modelo de Barlow para o transtorno de pânico (Barlow, 1998, citado em Rangé 2001).

Savoia (2000) comenta que a perda de alguém importante, ou seja, perda de suporte social, frequentemente antecede o transtorno de pânico, e que esta perda está relacionada com o primeiro episódio de pânico. A autora comenta três fatores importantes na etiologia do pânico. São eles: tendência genética, eventos vitais e antecedentes de desenvolvimento. Com relação a eventos vitais, a autora afirma que há uma associação freqüente entre esses eventos e a primeira manifestação de pânico. Existem, no entanto, questões a serem respondidas quanto a esta relação: com que freqüência esses eventos precedem a primeira manifestação? Como se dá a influência de eventos vitais no transtorno de pânico? Embora existam argumentos de que eventos vitais têm um papel importante na etiologia do pânico, é necessário entender como se dá esta influência.

Rangé (1985, citado em Savoia 2000) sugere que os pacientes com transtorno de pânico são, em geral, apreciadores de emoções fortes e desafios, como alpinismo, por exemplo, o que traria vulnerabilidade à sensação crescente de medo. Relaciona, ainda, a época da incidência do transtorno com fases críticas do ciclo evolutivo (adolescência, meia idade), com fatores de personalidade (pessoas dependentes e pouco assertivas), com conflitos que envolvam valências de grande magnitude e, ainda, com a disponibilidade de uma ou mais pessoas que ofereçam apoio e proteção, o que proporcionaria ganhos secundários com o transtorno. Assim, este transtorno provocaria condicionamento do tipo clássico da resposta de pânico: as situações a ele associadas passam a eliciar respostas de esquiva a estas situações.

Argyle (1988, citado em Savoia, 2000) discute também a importância das cognições no transtorno de pânico. Ao estudar o relato de 159 pacientes portadores desse transtorno, conclui que estes, durante o ataque de pânico fazem interpretações catastróficas dos estímulos internos. Segundo Baker (2000), embora aquele que sofre de transtorno do pânico possa não ver nenhuma razão óbvia para os primeiros ataques de pânico, geralmente há uma ligação com os acontecimentos da sua vida. O autor comenta que as vítimas normalmente ligam o pânico com o que aconteceu nas últimas horas, raramente olham para um período mais remoto que o dia anterior para explicar seus ataques de pânico. Esse é o motivo porque elas

fracassam em estabelecer a ligação correta – elas usam um enquadre temporal errado.

Para Baker (2000), as vítimas não deveriam procurar uma ligação em termos do que aconteceu na última hora, naquele dia ou mesmo naquela semana. Elas deveriam estar procurando nos fatos de um até nove meses atrás. Não é o enfoque mais rente o que conta – elas precisam colocar lentes de aproximação e olhar à meia distância, comenta o autor. Assim, Baker exemplifica comentando sobre sua experiência com seus pacientes, para ele a maioria dos pacientes que atende, quando perguntado se havia alguma coisa importante acontecendo em suas vidas na época do primeiro ataque de Pânico, disseram “não”, mas, conforme foram descrevendo os meses anteriores ao primeiro ataque, eles relataram todos os tipos de eventos – mortes de pais, ruptura de um casamento, um grave acidente de carro ou uma cirurgia.

Baker (2000) cita que há muitos estudos que mostram que nos meses anteriores ao primeiro e inesperado ataque de pânico a vítima havia estado sob um período de estresse ou trauma, ou diversas coisas haviam acontecido que se acumularam umas às outras. Aqui, o autor apresenta alguns dos estresses comuns: morte na família, doença/operação ou incapacidade do companheiro, problemas matrimoniais, ter de cuidar de pais idosos, sair de casa, ingressar em uma nova etapa da vida, problemas com sua própria saúde física, desastres/acidentes, problemas no trabalho (estresse, relacionamentos, atmosfera ruim no trabalho, ameaça de demissão e aposentadoria), problemas financeiros ou por efeito do uso de drogas ilegais ou medicamentos legais.

Mediante os exemplos expostos, Baker (2000) argumenta que qualquer um dos estresses acima pode bastar para criar a cena para a ocorrência do pânico, mas que freqüentemente, um problema por si mesmo não é o bastante, mas dois ou três problemas podem acumular-se e criar um “sistema de sobrecarga”. Para Baker, há um mundo invisível de vínculos sobre os quais as vítimas estão apenas vagamente conscientes. Elas comumente não notam que o primeiro pânico é causado por fatos estressantes em suas vidas – dificuldades ou problemas que podem ter começado meses antes do pânico. Alguns dias antes do primeiro pânico pode ter havido um

período de diminuição da resistência física e emocional, um evento “desencadeador” ou um período de relaxamento (férias, ou depois de uma época de muito estresse).

Para Baker (2000), quando o pânico ocorre, a pessoa não o relaciona com as causas subjacentes, mas (não sem razão) as descarta diante de outras causas: ataque cardíaco, colapso nervoso, tumor cerebral. Nessa engrenagem, uma vez que a vítima começa a temer as sensações que tem em pânico, o medo das sensações pode manter a reação de pânico ativada, freqüentemente por anos. Isto significa, para Baker, que realmente há duas causas para o pânico, que são importantes no direcionamento da terapia:

§ A causa subjacente original para os primeiros ataques de pânico;

§ Depois dos primeiros pânicos, o medo de mais ataques de pânico.

Savoia (2000), comenta que o transtorno de pânico tem uma etiologia múltipla, biopsicossocial, sendo os aspectos psicológicos de suma importância no seu desencadear. Estes aspectos seriam estímulos discriminativos em pacientes com predisposição somática. São eles: ansiedade de separação na infância, eventos vitais, perda de suportes sociais e interpretações cognitivas.

Abordagem da análise comportamental

Segundo Rimm e Masters (1983), os comportamentos mal-adaptados são, em certo grau, adquiridos através do aprendizado, do mesmo modo que qualquer comportamento é aprendido. A terapia comportamental rejeita categoricamente a premissa de que comportamento mal-adaptado é basicamente uma função de alguma doença relativamente autônoma e altamente inacessível. Assim, para os autores, quando se fala de esquiva mediada por ansiedade ou auto-verbalizações que dão origem ao comportamento mal-adaptado, de certo modo está-se tratando o comportamento evidente como sintomático de outra coisa. Esta “outra coisa”, contudo, não é considerada como um estado de doença, relacionado ao comportamento evidente de alguma forma misteriosa ou pobremente especificada. Ao invés disso, refere-se a eventos internos eliciados por estímulos externos que servem para mediar a resposta observável.

As cognições não são consideradas causas de comportamentos, ou seja, o comportamento privado não exerce controle sobre o público, assim os comportamentos devem ser explicados a partir dos reforços, pois apenas o comportamento público produzirá conseqüências, no entanto as conseqüências do público alteram a ele próprio e o privado. Portanto, para a análise do comportamento os eventos privados e públicos são da mesma natureza.

A etiologia dos comportamentos desviantes ou mal-adaptados deve ser verificada no controle antecedente, no controle conseqüente e na aprendizagem social, sendo assim, para análise comportamental os comportamentos emocionais são reflexos e precisam de antecedentes.

Knap (2004) afirma que existem 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 intensos aparecem em relatos de pacientes quando indagados sobre as condições precipitadoras do pânico.

Segundo Brandão (2004), por volta de 1930, Skinner desenvolveu um novo sistema explicativo para a psicologia e, mais precisamente em 1935, introduziu o conceito de análise funcional, que procura entender o comportamento a partir das variáveis que o determinam e das conseqüências que ele provoca. A autora diz que existe uma contingência comportamental, que é a relação condicional ou de dependência entre os eventos antecedentes, a resposta e os eventos conseqüentes. Esta relação é muitas vezes enunciada com afirmações do tipo *Se...Então*. Nesse sentido, a análise funcional passa a ser de grande valia na área clínica, pois é mais uma ferramenta que o terapeuta comportamental tem para identificar e detalhar as circunstâncias que desencadeiam o problema do seu paciente e as conseqüências que o mantém, e com isto, levantar alternativas de intervenção para as mudanças necessárias.

Silvares e Meyer (2005) afirmam que a análise funcional é uma das etapas da avaliação comportamental. Na postura teórica behaviorista radical, a análise funcional busca as causas do comportamento no ambiente externo. Sentimentos e

pensamentos são entendidos como comportamentos e não causas de comportamentos.

É fácil confundir o que se sente com causa, enfatiza Skinner (1995), porque o que se sente ocorre enquanto estamos nos comportando, ou mesmo antes do comportar, mas os eventos que são responsáveis pelo fazer (e, portanto pelo o que é sentido) permanecem num passado realmente distante. Assim a análise experimental do comportamento favorece a compreensão dos sentimentos por esclarecer os papéis dos ambientes passado e presente.

Segundo Skinner (1995), as contingências verbais de reforçamento explicam a descrição do que é sentido ou observado introspectivamente. A cultura verbal que arranja tais contingências não teria evoluído se isso não tivesse sido útil. Condições corporais não são causas do comportamento, porque são efeitos colaterais das causas. As respostas das pessoas a questões sobre o que sentem ou pensam frequentemente dizem algo sobre o que aconteceu com elas ou sobre o que fizeram. Assim, comenta o autor, se pode entendê-las melhor e antecipar melhor o que farão.

Brandão (2004) afirma que na maioria das vezes, o paciente, quando chega ao consultório, encontra-se desesperançoso e acreditando que nada lhe aliviará o sofrimento. Sendo assim, a análise funcional surge como uma ferramenta excelente para o terapeuta comportamental, que lhe explica e lhe demonstra como funciona a relação entre respostas e o seu ambiente. Com isto, ele passa a entender suas dificuldades e a perceber que elas são passíveis de predição e controle e não estão sujeitas ao destino. Muitos são os pacientes que chegam ao consultório com a queixa de transtorno do pânico e apesar de cada um trazer sua história de vida com suas particularidade, estes pacientes relatam vivências semelhantes e que, adicionadas às características diagnósticas do transtorno, formatam alguns pontos da análise funcional.

Brandão (2004) apresenta esses pontos da análise funcional. Assim, os **antecedentes** são todas as situações que eliciam ou tornam prováveis as respostas: estímulo qualquer pode eliciar uma avaliação inicial de perigo; sensações corporais e situações que foram pareadas com a crise. As **respostas** existem em três níveis, sendo cognitivo, autonômico e comportamental. O cognitivo se refere aos

pensamentos, sentimentos e/ou imagens que o indivíduo apresenta em relação a uma situação estimuladora interna e/ou externa; tais como insegurança e incapacidade de enfrentar e resolver os problemas; ameaça ao domínio pessoal-saúde e preocupações somáticas, autoconceito diminuído, catastrofização dos sintomas, fragilidade e dependência, limitações nas atividades sociais e/ou profissionais, com Agorafobia: medo de ficar sem o auxílio de outras pessoas. O nível autonômico mostra reações corporais correspondentes à experiência emocional, como taquicardia, sudorese, falta de ar, palpitações e outras. O nível comportamental revela todos os comportamentos operantes por meio do qual uma pessoa modifica seu ambiente, como fuga ou esquiva.

O último ponto da análise funcional, segundo Brandão (2004), se refere aos **conseqüentes**, segundo estes qualquer mudança é seguida por uma ação no próprio organismo e/ou ambiente, sendo diminuição do estado de ansiedade, diminuição dos sintomas físicos e ganhos secundários.

Para Tourinho (2005), as emoções enquanto problemas "psicológicos" dizem respeito às relações sociais - relações do organismo inteiro com o meio social. A inclusão de sentimentos e pensamentos no campo de uma ciência do comportamento não representa nem a adoção de um mentalismo, nem um reducionismo dos fenômenos comportamentais a fenômenos fisiológicos. A unidade de análise continua sendo o comportamento, compreendido como relação do organismo com variáveis que lhe são externas.

Skinner (1995), faz suas considerações em relação ao lugar do sentimento na análise do comportamento. Para ele, sentimento é um tipo de ação sensorial, assim como ver e ouvir. Há séculos, segundo Skinner, se diz que o comportamento se dá de uma dada maneira por causa do que é sentido. Come-se porque se sente fome, Se briga é porque sente raiva, e em geral se agi de acordo com o sentimento. Para Skinner, se isto fosse verdadeiro, nosso deficiente conhecimento dos sentimentos seria desastroso, pois a ciência do comportamento não seria possível. Segundo Skinner, não se chora por causa da tristeza, ou se sente tristeza porque se chora e sim ocorre o choro e o sentimento de tristeza porque alguma coisa aconteceu.

Segundo Skinner (1993), não é de qualquer auxílio, na solução de um problema prático, dizer-se que algum aspecto do comportamento do homem se deve à frustração ou à ansiedade; é necessário saber como a frustração ou a ansiedade foi induzida e como pode ser alterada. Assim, no final se lida com dois eventos – o comportamento emocional e as condições manipuláveis das quais esse comportamento é função – que constituem o objeto próprio de estudo da emoção.

Skinner (1995) fez suas colocações sobre a ansiedade. Assim ele diz que estados corporais muito diferentes são gerados por estímulos aversivos e são sentidos de diferentes maneiras. Assim o autor relata um experimento feito com ratos sob o título “Algumas propriedades quantitativas da ansiedade” (1941). Um rato faminto pressionava uma alavanca numa frequência baixa e estável, sob reforçamento intermitente, com pequenas porções de comida. Uma ou duas vezes, durante uma sessão de uma hora, Skinner produzia um som por três minutos e em seguida aplicava um leve choque na sua pata traseira. No começo, relata Skinner, nem o som nem o choque tiveram nenhum efeito marcante sobre a frequência de resposta, mas o rato começou logo a responder mais devagar enquanto soava o som, e eventualmente parava de uma vez. Sendo assim, Skinner afirma que sob circunstâncias um tanto parecidas, uma pessoa diria que parou o que estava fazendo porque se sentiu ansiosa.

Parafraseando Freud, Skinner (1995) diz que uma pessoa experimenta ansiedade numa situação de perigo e de desamparo. Uma “situação de perigo” é uma situação parecida com uma outra em que coisas penosas aconteceram. O rato do experimento estava em uma situação de perigo enquanto o som estava sendo produzido. Ele estava “desamparado”, diz Skinner, no sentido de que não poderia fazer nada para parar o som ou fugir. O estado do corpo do rato era presumivelmente similar ao estado de uma pessoa ansiosa, embora as contingências verbais necessárias a uma resposta comparável a “Eu me sinto ansioso” estivessem ausentes. Skinner continua parafraseando Freud, dizendo que se uma situação ameaça recorrer num momento posterior da vida da pessoa, ela experimenta ansiedade como um sinal de perigo iminente, assim seria melhor dizer “dano eminente”, porque, segundo Skinner, o que ameaça recorrer é o evento aversivo – o choque para o rato, e talvez algo parecido com um acidente de

automóvel para a pessoa, mas o que realmente ocorre é a condição que precede esse evento o som ou, digamos, viajar com um motorista descuidado. A afirmação é indicativa de que a condição sentida como ansiedade passa a funcionar como um segundo estímulo aversivo condicionado. Tão logo o som comece a gerar um estado particular no corpo do rato, o estado em si mesmo estabelece com o choque a mesma relação que o som e passa a ter o mesmo efeito. Skinner diz que a ansiedade torna-se então autoperpetuadora e mesmo auto-intensificadora. Alguém pode dizer que está ansioso, e quando se sente assim sempre acontece algo terrível, mas as contingências permitem uma análise melhor que qualquer outro relato a respeito da ansiedade autoperpetuadora.

Skinner (1995) fala também sobre o medo, comentando que o experimento anterior teria dado um resultado diferente se o choque tivesse sido contingente à resposta – em outras palavras, se a pressão sobre a barra tivesse sido punida. Assim, segundo o autor, o rato teria igualmente parado de pressionar a barra, mas o estado corporal teria sido diferente. Provavelmente, comenta Skinner, esse estado seria chamado de medo. Para ele a ansiedade talvez seja uma espécie de medo, assim nós diríamos que o rato estava “com medo de que ocorresse outro choque”, mas isso é diferente de estar “com medo de pressionar a barra” porque outro choque pode acontecer. Para Skinner a diferença entre as contingências é inconfundível.

Segundo Skinner (1995), a punição é uma técnica de controle comum da vida moderna. Assim se alguém não se comporta como você quer, castigue-o, se uma criança tem mau comportamento, espanque-a, se o povo de um país não se comporta bem, bombardeie-o. Os sistemas legais e policiais baseiam-se em punições como multas, açoitamento, encarceramento e trabalhos forçados. Tudo isso é feito com a intenção de reduzir tendências de se comportar de certas maneiras. O reforço estabelece essas tendências, a punição destina-se a acabar com elas. Assim o autor comenta que a longo prazo, a punição, ao contrário do reforço, funciona com desvantagem tanto para o organismo punido quanto para a agência punidora. Os estímulos aversivos necessários geram emoções, incluindo predisposições para fugir ou retrucar, e ansiedades perturbadoras.

Brandão (2004) comenta um pequeno trecho de uma análise funcional de um caso de transtorno do pânico, o qual se pode constatar que a paciente teve uma história de condicionamento baseada, principalmente, em esquemas de reforçamento negativo e punição, o que lhe causou um problema sério de auto-estima e auto confiança. Observou-se que aprendeu a usar seus medos para evitar situações que lhe eram desagradáveis e que lhe exigiam responsabilidades ou resolução de problemas.

Segundo Baum (1999), o termo *mentalismo* foi adotado por Skinner para se referir a um tipo de “explicação” que não explica nada. Para o autor, a maioria das pessoas afirmará que possui uma mente e se sentiriam insultados se lhes fosse dito que não a possuem. A noção de mente é problemática para uma ciência do comportamento porque a mente não é parte da natureza. O autor exemplifica que se um cirurgião abrir seu crânio, espera-se encontrar dentro um cérebro que pode ser retirado, manuseado, pesado, medido, porém nada disso poderia ser dito de sua mente, pois ela não tem nenhuma das propriedades de um objeto natural.

Para Baum (1999), o mentalismo é a prática de invocar ficções mentais para tentar explicar o comportamento. Mente, vontade, ego, e outros conceitos são muitas vezes chamados de *ficções explanatórias*, não porque explicam algo, mas porque supostamente explicam. Para o autor causas mentais obstruem a investigação. Ele comenta que chamamos de autonomia a capacidade de se comportar. Uma coisa é autônoma quando se atribui a ela seu comportamento. Uma pessoa, um rato, ou um peixe são autônomos nesse sentido, pois se diz que cada um deles se comporta. Não há nenhum problema em atribuir o comportamento aos organismos; o problema surge quando o comportamento é atribuído a partes dos organismos, particularmente a partes obscuras.

Segundo Baum (1999), na visão de comportamento do realista, quando se estabelece uma distinção entre “dentro” do sujeito e “fora” do sujeito, parece que deve existir um eu real – o meu eu – em algum lugar dentro de mim, controlando meu corpo externo. É como se houvesse uma “pessoazinha” dentro – um homúnculo – que recebe os dados sensoriais dos órgãos dos sentidos e então controla os movimentos do corpo. Para o autor essa “pessoazinha” é freqüentemente retratada

em caricaturas e desenhos animados, ocupando uma sala de controle interno com telas, alto-falantes, alavancas e botões. É fácil perceber que isso não é uma explicação do comportamento, mas a visão do realista, embora menos literal, é vítima dos mesmos problemas da noção de homúnculo. Assim o autor comenta que quando os eventos são atribuídos a alguma entidade interna oculta, não apenas a investigação científica é desviada para a tarefa impossível de compreender aquela entidade oculta; também a curiosidade tende a cessar.

As explicações mentalistas do comportamento que aparecem na linguagem cotidiana, não têm lugar em uma ciência, comenta Baum (1999). Para o autor causas mentais do comportamento são fictícias. As origens do comportamento encontram-se na hereditariedade e no ambiente, presente e passado. Em razão das ficções mentais parecerem explicações, elas tendem a impedir a investigação das origens ambientais do comportamento, que levariam a uma explicação científica satisfatória.

Freitas (1985, citado por Mayer, 2005) apresenta no nível filosófico, um resumo das principais propostas do behaviorismo radical. Assim Freitas diz que o comportamento dos organismos é ordenado, passível de ser estudado cientificamente na mesma forma das ciências naturais. A ciência do comportamento tem "status" próprio e independente da fisiologia. A relação entre o comportamento dos organismos e seu meio ambiente deve ser estudada diretamente, sem a postulação de eventos mentais, conceituais ou fisiológicos de efeito mediador entre as variáveis independentes e a variável dependente.

Para Mayer (2005), os acontecimentos do mundo privado dentro da pele são levados em consideração, como mais comportamento a ser estudado. Não se nega a possibilidade de auto-observação ou do auto-conhecimento, ou ainda sua possível utilidade. Questiona-se sua natureza e sua acessibilidade. O que é sentido ou introspectivamente observado não é nenhum mundo imaterial da consciência ou vida mental, mas o próprio corpo do observador. São produtos colaterais da história genética e ambiental da pessoa. O que é sentido ou introspectivamente observado não é a causa do comportamento. Essas residem fora do organismo e afetam a sua probabilidade de ocorrência. O ambiente determina o comportamento pelo menos

em três formas: a) através de sua ação seletiva durante a evolução da espécie; b) seu efeito na modelagem e manutenção do repertório comportamental que converte cada membro da espécie em uma pessoa; e c) seu papel como estabelecedor da ocasião na qual o comportamento ocorre (Skinner, 1974 citado por Meyer 2005).

Para Matos (2005), no mentalismo, o acesso às idéias ou imagens se faria somente através da introspecção, que seria então revelada através de uma ação, gesto ou palavra. Temos aqui um modelo causal de ciência: (a) o indivíduo passivo recebe impressões do mundo; (b) estas impressões são impressas na sua mente constituindo sua consciência; (c) que é então a entidade agente responsável por, ou local onde ocorrem processos responsáveis por nossas ações. É preciso destacar que os processos cognitivos, tão falados hoje em dia, são uma forma de animismo ou mentalismo, em suas origens. A cognição é algo a que não tenho acesso direto mas que fica evidente no comportamento lingüístico das pessoas, no seu resolver problemas, no seu lembrar, etc., esquecendo que linguagem é produto de comportamento verbal; que solução de problemas é produto de contingências alternativas, e que lembrar é produto de manipulação de estímulos discriminativos.

O cognitivista, segundo Matos (2005), recupera o conceito de consciência quando afirma estados disposicionais e/ou motivacionais que poderiam ser modificados de fora (instruções) ou de dentro (auto-controle) através de reestruturações cognitivas alcançadas por trocas verbais (ou seja, o comportamento verbal do outro é decodificado por mim e meu relato verbal, versão moderna da introspecção, dá acesso ao outro às minhas cognições). Estes estados disposicionais assim modificados agiriam então afetando e modificando comportamentos expressos. A autora não nega que existam crenças, sugestões, representações etc., mas estas são formas de se comportar, são classes de respostas, não eventos mediacionais, não causas diretas do comportamento. Matos aceita a consciência como uma metáfora, um resumo de experiências passadas (assim também Matos aceita personalidade, como um conceito equivalente a repertório comportamental). A autora rejeita consciência como *self*, como agente decisor, causador, ou mediador do comportamento.

Para Brandão (2004), mesmo com o fenomenal instrumento de análise funcional não se pode esquecer da complexidade do comportamento humano, pois não existem modelos satisfatórios na área clínica que garantam o controle das variáveis que interferem no “comportamento problema” do paciente; além do mais, muitas vezes as queixas não indicam, necessariamente, os comportamentos que devem ser alterados. Assim, para a autora, o terapeuta comportamental para estabelecer uma análise funcional a mais precisa possível, tem que ter uma compreensão do universo do seu paciente, além de entender a sua dificuldade. Para isso, se deve utilizar todos os recursos disponíveis, como entrevistas, diários, observação do comportamento verbal e não-verbal do paciente na relação terapêutica e outros. Nesta avaliação o terapeuta deve fazer uma microanálise para identificar as relações contingenciais responsáveis pela manutenção do problema específico do seu paciente e uma macroanálise para conhecer a sua história de vida e o seu processo de aprendizagem e, conseqüentemente, poder compreender o que e/ou como formatou sua visão de si mesmo e do mundo que o rodeia.

É importante lembrar, diz Brandão (2004), que apesar de alguns estímulos reforçadores serem universais, eles adquirem funções específicas de acordo com a história de condicionamento. Uma pergunta interessante que se pode fazer para o paciente é se ele estabelece alguma relação entre determinados episódios de sua vida com sua dificuldade atual. Este tipo de questionamento, muitas vezes, auxilia o terapeuta no mapeamento do “funcionamento comportamental” do paciente e a identificar os possíveis ganhos secundários que o mantém no problema.

REPERCUSSÕES SOCIAIS: COMO O PÂNICO MUDA A VIDA DAS PESSOAS

O Transtorno do Pânico, segundo Knapp (2004), está associado a um alto custo social, uma vez que os portadores apresentam diminuição da produtividade e ocupam freqüentemente serviços de saúde pública, como emergências, consultas médicas e exames.

Segundo Hawton (1997), a natureza inesperada e intensa das sensações vivenciadas pelo indivíduo, durante o ataque de pânico, freqüentemente leva o paciente a acreditar que corre perigo de algum desastre físico ou mental como o desmaio, um ataque cardíaco, perda de controle ou enlouquecimento. Quando não estão vivenciando ataque de pânico, alguns pacientes são perfeitamente calmos, entretanto, a maioria permanece um pouco ansiosa entre os ataques, quase sempre por anteverem outro ataque.

Segundo Aquino (2005), de uma maneira gradativa, a vida cotidiana das pessoas acometidas desse dramático transtorno, vai se tornando restrita. De tal forma as limitações vão se impondo que o resultado é uma dramática incapacidade de dirigir a própria vida. As mais simples tarefas, já tão familiares, tornam-se barreiras intransponíveis. As dificuldades vão surgindo de forma interrelacionada e aumentando progressivamente. Muitas pessoas perdem o emprego enquanto lutam contra esse mal. Subitamente se percebem inundadas por um sentimento de total impotência e incompetência, cujos motivos, até então invisíveis, começam a ser percebidos no meio social a partir de gradativos fracassos que se infiltram, pouco a pouco, perpassando todos os setores da vida. As restrições vão se impondo sucessivamente a tal ponto que o indivíduo pode mesmo vir a se encontrar enclausurado em sua própria casa (agorafobia), inteiramente dependente de terceiros.

Segundo Ballone (2005), normalmente depois do primeiro ataque de pânico as pessoas com o transtorno experimentam importante ansiedade e medo de vir a apresentar um segundo episódio. Trata-se de extrema insegurança e por muito

tempo essas pessoas continuam achando que sofrem do coração ou, quando se tenta afastar essa possibilidade mediante uma série de exames cardiológicos negativos, pensam ser eminente um derrame cerebral.

A ansiedade é tanta que os pacientes ficam ansiosos diante da possibilidade de virem a ficar ansiosos. Por causa disso, esses pacientes passam a evitar situações possivelmente facilitadoras da crise, prejudicando-se socialmente e/ou ocupacionalmente em graus variados. São pessoas que deixam de dirigir, não entram em supermercados cheios, evitam aventurar-se pelas ruas desacompanhadas, não conseguem dormir, não entram em avião, não freqüentam *shows*, evitam edifícios altos, não utilizam elevadores e assim por diante. De qualquer forma, a mobilidade social e profissional de tais pacientes encontra-se prejudicada de alguma maneira.

Os pacientes com transtorno do pânico podem necessitar sempre de companhia quando saem de casa e, posteriormente, podem até se recusar a sair de casa devido ao medo de passar mal na rua, de morrer subitamente ou enlouquecer ou perder o controle de repente. Eles também citam, geralmente, um desejo de fugir urgente de onde quer que o ataque possa ocorrer. Algumas vezes podem apresentar ansiedade antecipada diante da possibilidade de ter que sair de casa. Normalmente, esses pacientes têm muita dificuldade em dormirem desacompanhados, procuram insistentemente o cardiologista e recorrem ao auxílio religioso com entusiasmo. As pessoas que sofrem deste transtorno costumam fazer uma verdadeira via-sacra a diversos especialistas médicos e, após uma quantidade exagerada de exames médicos negativos, recebem o diagnóstico de que não têm nada, aumentando ainda mais a insegurança e desespero.

Segundo Ballone (2005), devido às crises de pânico alguns médicos tentam confortar o paciente fazendo-o entender que não está em perigo, mas pode, inclusive, aumentar ainda mais a sua angústia. Podem até julgar que o médico está displicente e não está valorizando devidamente seu grave estado. Portanto, quando o médico usa expressões como “não é nada grave”, “é um problema de cabeça” ou “não há nada para se preocupar”, isso pode até piorar as dificuldades do paciente. Pode dar a falsa impressão de que não há problema real ou de que não existe

tratamento. A maioria dos médicos deveria dizer que não há nada grave fisicamente ou organicamente, mas sim, um sério problema emocional que deve ser tratado.

Depois de uma crise de pânico, por exemplo, enquanto dirigia teve um ataque, ou fazendo compras em uma loja lotada, ou dentro de um elevador ou na fila de um banco, a pessoa desenvolve medos irracionais chamados de fobias a essas situações e, daí em diante, começa a evitar as circunstâncias supostamente capazes de desencadear novas crises. O nível de ansiedade e o medo de uma nova crise vão gradativamente aumentando, até atingir proporções onde a pessoa pode se tornar incapaz de dirigir ou mesmo sair de casa.

Segundo Ballone (2005), para muitas pessoas com o transtorno do pânico, os ataques são percebidos como uma indicação de que estão “ficando loucos” ou perdendo o controle, ou de que são emocionalmente fracos. 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 do Pânico Com Agorafobia. Aquino (2005) coloca que um grande número de pessoas com o transtorno do pânico, devido à falta de informação e de acesso a tratamento adequado, busca alívio consumindo álcool e drogas.

Baker (2000) comenta algumas considerações que revelam como o pânico muda a vida das pessoas que são vítimas desse transtorno. Assim ele compara a vida das pessoas que tiveram crises de pânico com uma cidade costeira que foi atingida por um furacão, ou seja, depois que o vento e o mar se acalmam, a destruição e a devastação são tamanhas que são precisos meses para arrumar a cidade. O furacão pode durar um dia, mas os efeitos são muito duradouros. Mesmo depois que o pânico original abateu-se sobre ela, a vítima ainda reage, e reage por um longo tempo.

A seguir, Baker (2000) apresenta algumas reações típicas que se seguem a um ataque de pânico:

Passo 1: Chega o Medo

Primeiramente, a vítima torna-se muito temerosa de ter outro ataque, e muito temerosa do que poderia acontecer durante o próximo ataque. Tem um sentimento de medo, de pavor, de que a ruína iminente arrasta-se sobre ela. Para algumas, pode levar dois ou três ataques até que fiquem realmente assustadas; para outras, apenas um ataque. Enquanto sua vida anterior era bastante normal, com seus altos e baixos, agora o medo estraga tudo e lhes toma mesmo a alegria daquelas pequenas coisas que antes lhes dava prazer.

Passo 2: O Foco Interior

Em segundo lugar, a vítima desenvolve um foco interior, retirando sua atenção daquilo que está acontecendo ao seu redor para passar a observar-se internamente. Elas não se centram direito no que os outros estão dizendo ou nas coisas que eles estão fazendo, mas estão bastante conscientes de seus próprios sentimentos. É como se seu olhar fosse tirado do mundo exterior e focado fixamente sobre o que está acontecendo dentro delas.

As vítimas começam a observar sentimentos, sensações, dores – quaisquer mudanças no que está acontecendo no corpo. Tornam-se “consciências corporais”. Começam a notar se o seu coração está batendo mais rápido – e podem checar suas pulsações. Observam se estão suando mais, respirando mais rápido, sentindo-se mal. Conferem para ver se está tudo funcionando bem no corpo – como um carro levado para sua revisão periódica – a cada poucas horas. Estão muito conscientes de quaisquer sensações que sejam sentidas como pânico. Estão assustadas com a possibilidade de recorrência do pânico que notam mesmo os mais leves sentimentos que possam ter ocorrido no pânico.

Segundo Baker (2000), o problema com o observar-se internamente é que os corpos estão mudando todo o tempo. Por exemplo, ao fazer esforço físico – caminhar ou correr – o coração baterá mais rápido ao parar, o que é totalmente natural. Mas alguém que está constantemente checando e preocupando-se com as mudanças corporais pode notar isto de modo especial. As pessoas tornam-se “sensibilizadas” ou superconscientes de apenas um ou de toda uma gama de

sentimentos. Assim, segundo Baker o resultado em cadeia, deste foco interior, é que as pessoas:

- § Inconscientemente procuram os sentimentos de que elas menos gostam;
- § São muito sensíveis até mesmo a mínimas quantidades de tais sentimentos;
- § São conscientes dos sentimentos instantaneamente;
- § Mantêm-se concentradas nos sentimentos quando eles acontecem.

Passo 3: Medo dos Sentimentos

As vítimas tornam-se temerosas de certos sentimentos. Se elas pensam que um ataque de pânico era na verdade um ataque cardíaco, os sentimentos que elas mais temem podem ser o aumento do ritmo cardíaco, dores no peito, suores ou palpitações. Se as vítimas notam algum destes sentimentos, elas podem começar a ficar com medo. Um caso, exemplificado por Baker, diz que um homem atendido por ele, tinha muito medo de dores no peito. Ele acreditava que ocorreria um “ataque de coração” logo depois dele sentir estas dores. Foi pedido a ele, por Baker, que mantivesse um registro dessas dores no peito, de hora em hora, durante a semana seguinte. Na outra semana ele retornou muito mais alegre. Ele fez os registros e construiu pequenos gráficos da intensidade das dores no peito em diferentes horas dos dias. Ele observou que estas dores ocorriam vinte minutos depois de tomar café ou fazer uma grande refeição, e notou que eram provocadas por uma indigestão, e não um ataque cardíaco iminente!

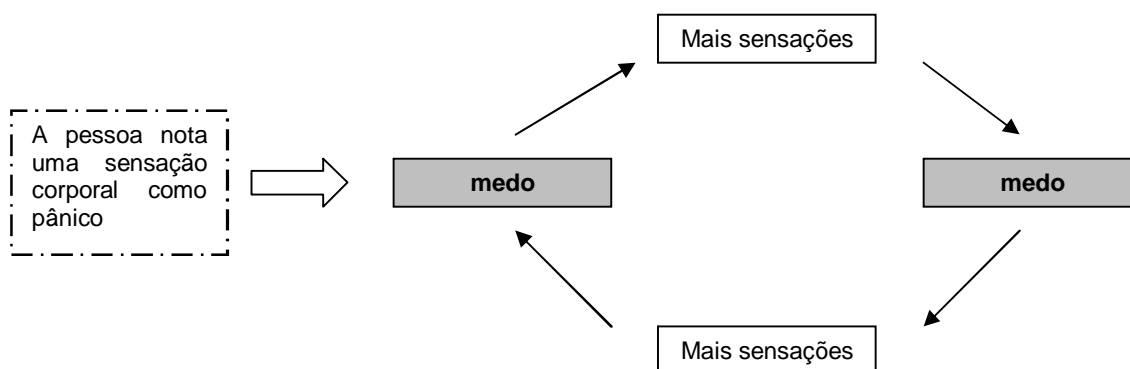
As pessoas podem tornar-se temerosas de certos pensamentos, bem como dos sentimentos. Por exemplo, elas podem pensar, “Estou ficando louca”, e ficarem realmente assustadas com aquele pensamento girando em suas mentes.

Passo 4: O Círculo Vicioso

Em qualquer lugar – esta é uma das chaves para entender por que os ataques de pânico podem continuar a ocorrer repetidas vezes – as vítimas entram em um círculo vicioso.

As pessoas com o transtorno do pânico podem notar mudanças em seus corpos, tais como a aceleração dos batimentos cardíacos. Se elas temem que se inicie o pânico, o medo disto pode criar mais sentimentos – o coração pode começar a bater mais rápido – o que as torna mais assustadas – o que faz com que o coração bata ainda mais rápido.

A seguir, Baker (2000) apresenta o círculo vicioso do pânico:



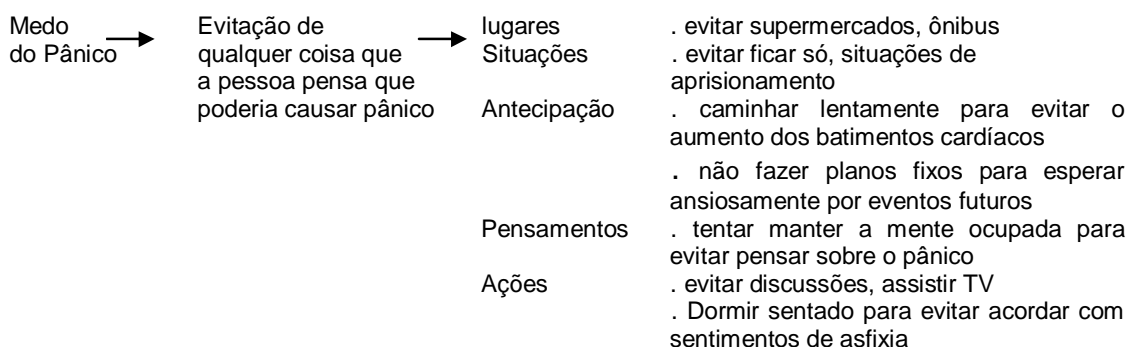
O seu medo do pânico pode efetivamente criar um novo ataque de pânico. Muitos escritores observaram o mesmo sobre a ansiedade. Isto foi chamado “medo do medo”, “medo das sensações corporais”, “espiral negativa” e círculo de retroalimentação negativa”. Mesmo o pensamento de que “eu poderia entrar em pânico” pode ser o bastante em uma pessoa para pôr em funcionamento este ciclo de medo.

Passo 5: Evitação

Em quinto, os medos provocam a mudança de seu estilo de vida. Eles podem começar a evitar lugares e situações nos quais antes tiveram um ataque de pânico,

ou onde elas acham que poderiam ter um. Alternativamente, elas podem tentar evitar fazer ou pensar coisas que poderiam colocá-las em pânico. A seguir, Baker (2000) apresenta o padrão de evitação:

Padrão de evitação



Para Baker (2000), há diferentes níveis de tentativas de evitar o que o que se teme. O “evitar tudo” é uma abordagem direta e devastadora. Para tentar não deixar o pânico começar desenvolvem “rotinas de segurança”. Há muitas coisas que as pessoas com o transtorno do pânico fazem para desviar o pânico antes que ele as atinja. Aqui estão algumas das rotinas de segurança típicas: tomar comprimidos ou bebidas alcoólicas antes de fazer algo difícil, levar um amigo de confiança, segurar a mão de uma criança, levar um cão ou caminhar junto com ele, mascar chicletes, permanecer tensos o tempo todo, usar óculos escuros, manter a mente ocupada com outras coisas o tempo inteiro, ficar junto a paredes ou próximos de portas, resolver as coisas somente nos “dias bons”, tentar animar a si mesmos com “você vai conseguir, você vai conseguir”.

Alguns terapeutas, segundo Baker (2000), chamam a essas rotinas de “talismãs”: enquanto as pessoas usam um símbolo mágico, ou realizam atos “mágicos”, elas pensam que estarão a salvo do perigo. As pessoas desenvolvem centenas de hábitos para prevenir ou evitar o pânico. Uma vítima de pânico relatou que ir fazer compras tem toda a semelhança com planejar um assalto a trem. Linhas de escape devem ser estudadas o tempo todo e, enquanto houverem ‘tocas de coelho’, qualquer passeio poderá ser tolerado.

Segundo Baker (2000), algumas pessoas com o transtorno do pânico estão sempre preparadas para o pior e adotam formas de se resguardarem como por exemplo carregar uma caixa de primeiros socorros para o caso de ocorrer o desastre. As pessoas podem criar todos os tipos de truques para reduzir os sentimentos até um nível tolerável quando eles começam. Às vezes, elas adotam um objeto – seja uma garrafa de conhaque no porta-luvas, saís de cheiro, um panfleto de auto-ajuda sobre pânico, um telefone celular. Muitas vítimas carregam alguns tranqüilizantes na bolsa ou no bolso “só para o caso” do pânico começar. Com freqüência estes representam tanto um conforto psicológico quanto um benefício real. Baker comenta que um paciente seu sentia-se bem quando tinha de ir a uma convenção de negócios – nenhuma ansiedade, nenhum pânico – até que lembrasse que tinha esquecido seu tranqüilizante de “segurança”. Então seu pânico começava. O autor conta que muitas vítimas desenvolveram suas próprias listas de coisas que acreditavam que poderiam fazer e as quais elas pensavam que iriam reduzir o pânico quando ele começava. A lista de coisas é infindável: entre outras coisas elas podem deitar-se na cama, respirar fundo, beber água, bebidas alcoólicas, tomar Valium ou outro tranqüilizante, tentar convencer a si próprio a sair deste estado, abrir uma janela, ir para dentro ou fora de casa, correr, ou tentar fingir que não estão tendo sensações.

Para Baker (2000), embora possa parecer o caminho natural tentar evitar, prevenir ou reduzir o pânico, esta é uma solução que só funciona brevemente. Ela traz algum alívio *agora*, mas, a longo prazo, apenas mantém ativo o problema. As pessoas podem pensar que estão pondo água no fogo para apagá-lo, mas pegaram o balde errado e, ao invés de água, estão pondo petróleo no fogo. Baker comenta que é prejudicial tentar evitar ter ataques de pânico porque:

- § Tumultua a vida da vítima em um grau incrível, estreitando suas perspectivas e, geralmente, reduzindo a sua qualidade vida;
- § Significa que, se o pânico acontece, as pessoas não estão preparadas e não aprenderam a lidar com ele;

§ Mantém a vítima distante da descoberta da verdade real: o que aconteceria se ele não fizesse qualquer esforço para evitar, parar ou minimizar o pânico.

Segundo Ballone (2005), o Distúrbio do Pânico pode ter um impacto tão grande na vida cotidiana da pessoa como qualquer outra doença grave. Assim, o indivíduo com esse tipo de transtorno deve receber um diagnóstico correto e um tratamento adequado.

TRATAMENTO ANALÍTICO COMPORTAMENTAL

Para o tratamento de transtorno do pânico será utilizada a terapia comportamental. Segundo Cordioli (1998), a maior contribuição da terapia comportamental foi trazer o método científico para o âmbito das psicoterapias. Para o autor, devemos a essa forma de psicoterapia a preocupação construtiva atual de avaliação da eficácia, comparação das diferentes escolas, definição de indicações mais precisas, contra-indicações e efeitos “colaterais”. A terapia comportamental é útil para tratamento de um comportamento disfuncional observável, passível de definição operacional, predizível e atual. Empatia, calor humano, interesse e outras qualidades do psicoterapeuta são fundamentais.

Segundo Rimm e Masters (1983), inclui-se sob o nome de terapia comportamental qualquer uma das várias técnicas específicas que utilizam princípios psicológicos (especificamente de aprendizado) para mudar construtivamente o comportamento humano. O termo comportamento é interpretado no sentido amplo para abranger respostas encobertas (por exemplo, emoções e verbalizações internas), quando podem ser claramente identificadas, e respostas evidentes. Entre as técnicas incluídas sob a “terapia comportamental” estão o relaxamento, a dessensibilização sistemática, o treinamento assertivo, modelação, condicionamento operante, procedimentos de auto-controle (incluindo biofeedback), extinção e condicionamento aversivo, como também certas técnicas com o objetivo de modificar crenças.

Segundo Cordioli (1998), o primeiro passo é a análise comportamental, quando, por meio de anamnese, informações de terceiros, uso de diários, escalas, instrumentos diagnósticos, se procura conhecer a pessoa e seus problemas. Assim, determina-se com cuidado todos os estímulos desencadeantes, os comportamentos disfuncionais, sejam eles motores, fisiológicos ou cognitivos e as conseqüências do comportamento em questão. Procura-se, assim, fazer primeiro a análise topográfica (por exemplo, todos os lugares que desencadeiam um ataque de pânico). Essa descrição do problema facilita a análise funcional, identificando-se, por exemplo, que

um conflito conjugal tem papel importante no desencadear de ataques de pânico. Feita a análise comportamental, defini-se quais foram os problemas detectados e os objetivos do tratamento. Estes objetivos, segundo o autor, devem ser formulados de modo claro, ser práticos e importantes para o paciente. Para Cordioli, as técnicas específicas são utilizadas conforme as necessidades detectadas, planejando-se tarefas e passos graduais que são realizados com o terapeuta e durante a semana em casa. Periodicamente o progresso deve ser avaliado, para que medidas necessárias a efetivá-lo sejam adotadas.

Segundo Rangé (2001), o sucesso de tratamentos com medicamentos para o transtorno do pânico estimularam a pesquisa sobre tratamentos não-medicamentosos para o pânico que, aos poucos, foi revelando um padrão. Os tratamentos cognitivos, comportamentais e cognitivo-comportamentais do pânico revelam hoje vários aspectos que se sobrepõem, podendo ser destacado: treino de habilidades de manejo de sintomas corporais (relaxamento aplicado), treino respiratório (bom para prevenir a espiral do pânico), ênfase na exposição interoceptiva dos sinais corporais temidos e eliminação da tendência persistente de interpretar de forma distorcida e catastrófica as sensações corporais. Rangé enfatiza que a experiência generalizada, no entanto, não recomenda muito o uso de técnicas de relaxamento pelo fato de que pacientes com pânico entram facilmente em pânico durante o relaxamento. Isto parece relacionar-se com o medo de perder o controle que esses pacientes apresentam. Em consequência do relaxamento muscular, eles têm a sensação, muitas vezes, de que isto está acontecendo.

Clark (1989, citado em Cordioli 1998) apresenta uma descrição geral do tratamento para o transtorno do pânico. O autor afirma que na avaliação inicial para planejamento do tratamento é necessário:

- § Uma descrição de situação recente em que o problema ocorreu, descrevendo-a, detalhadamente as reações corporais, cognições e o comportamento adotado;
- § Listar todas as situações nas quais é mais provável que ataques de pânico ocorram;

- § Listar comportamentos de esquiva (as situações ou atividades que são evitadas);
- § Moduladores (o que piora ou melhora o problema);
- § Atitudes e comportamentos das pessoas próximas;
- § Crenças sobre a causa do problema;
- § Realização de testes de comportamento para melhor observação;
- § Início e curso;
- § Medicação utilizada (prescrita e não prescrita);
- § Tratamentos anteriores;
- § Condições de personalidade que dificultam ou facilitam o tratamento;
- § Apoio social.

Barlow (1999), apresenta uma visão geral sobre a descrição do tratamento para o transtorno do pânico. Assim, para o autor, o protocolo de tratamento é influenciar diretamente o aspecto cognitivo de interpretação equivocada dos ataques de pânico e da ansiedade, a resposta hiperventilatória, as reações condicionadas aos dados físicos e as situações de medo e esquiva. Isto é feito, primeiramente, através do fornecimento de informação precisa quanto a natureza dos aspectos fisiológicos da resposta de luta-ou-fuga. Barlow sugere que tal informação ensina aos pacientes que eles experimentam “sensações” e não “pânico” e que essas sensações são normais e inofensivas. Em segundo lugar, Barlow enfatiza que o tratamento objetiva, ao ensinar técnicas específicas, auxiliar a modificar crenças, incluindo a identificação e contestação de crenças distorcidas. Em seguida, é fornecida uma informação específica relacionada aos efeitos da hiperventilação e seu papel nos ataques de pânico, assim como uma reeducação respiratória extensa. Então, é conduzida uma exposição repetida a estímulos internos temidos, para descondicionar as reações fóbicas e permitir a aplicação estruturada de estratégias cognitivas e respiratórias. Barlow cita que a exposição ao vivo à situações temidas e

evitadas é, então, praticada, para enfraquecer associações entre certos contextos situacionais e a experiência de ansiedade e pânico. Essa técnica permite a reformulação de regras que podem contribuir para o sujeito que se encontra no quadro de pânico.

Segundo Caballo (2003) alguns estudos demonstram a eficácia de uma combinação de estratégias comportamentais de tratamento para os ataques de pânico, incluindo-se o relaxamento, o treinamento assertivo, a exposição ao vivo, o treinamento em *biofeedback* e a reestruturação cognitiva. Para Caballo (1999) o *Biofeedback* é uma técnica de autocontrole de respostas fisiológicas, que opera através da retroalimentação constante que o sujeito recebe sobre a função que se deseja submeter ao controle voluntário. Caballo (2003) sugere que os componentes mais recentes de tratamento compreendem o retreinamento da respiração, o relaxamento aplicado, a reestruturação cognitiva, a exposição às sensações corporais temidas e as técnicas de inervação vagal (é pouco conhecida, o controle da taxa cardíaca é ensinado por meio de massagem na carótida, fazendo pressão em um olho durante a expulsão do ar ou pressionando sobre o peito).

Segundo Kay e Tasman (2002), o desenvolvimento de uma terapia comportamental efetiva para o tratamento do transtorno de pânico é um tratamento que busca romper a ligação entre o medo e as sensações somáticas, o que é efetuado da seguinte forma: ensinado-se respiração abdominal baixa para corrigir uma eventual hiperventilação e reduzir a ocorrência de sensações, ensinando-se estratégias para identificar a origem das sensações e mitigar seu significado catastrófico e empregando-se exposição às sensações despertadas como uma técnica para o descondicionamento de qualquer reação automática, permitindo a práticas de técnicas cognitivas. Kay e Tasman afirmam que este tratamento geralmente requer cerca de 12 sessões e, segundo observações, fornece a maioria dos pacientes alívio completo do pânico.

Segundo Knapp (2004), o objetivo da terapia é a reestruturação do pensamento que conduz à interpretação catastrófica dos sintomas físicos da ansiedade. Demonstra-se ao paciente como os estímulos associados aos pensamentos podem influenciar as emoções e como identificar esses pensamentos

automáticos. Para isto, utilizam-se as seguintes técnicas: análise dos erros de lógica, descatastrofização, reatribuição e generalização. Knapp afirma, sobre a terapia comportamental, que os estudos sugerem que a **exposição** é responsável pela resposta positiva apresentada pelo paciente. Portanto, todas as técnicas anteriores são um preparo para facilitar o enfrentamento das situações temidas e evitadas.

O princípio da **dessensibilização** foi desenvolvido por Wolpe (1976, citado em Knapp, 2004). Determina-se uma hierarquia de situações fóbicas, iniciando com a situação de menor ansiedade e, gradativamente, aumentando o grau de dificuldade, até chegar na situação mais temida. O autor afirma que estudos recentes aprimoraram a técnica para maximizar sua eficácia, assim a exposição deve ser prolongada e sistemática, isto é, permanecer em determinada situação por 90 minutos, o mais freqüentemente possível. Igualmente necessária é a automonitorização da ansiedade, para tanto, o paciente deve anotar em um diário o que sentiu e o grau de ansiedade experimentada (0 a 10). À medida que o paciente enfrenta e se expõe às situações, ocorre o fenômeno chamado de **habituação**. Neste caso, a situação anteriormente temida passa a ser enfrentada naturalmente, levando, muitas vezes, ao esquecimento de que um dia, ir ao supermercado (por exemplo) era impossível.

Segundo Cordioli (1998), ao construir a escala de hierárquica de situações fóbicas, ensina-se ao paciente uma resposta incompatível com a ansiedade, em geral, uma técnica de relaxamento. Imagina-se cada passo da hierarquia, iniciando-se com o menos intenso e avançando-se progressivamente. Cada passo imaginado é pareado com o relaxamento, até nenhuma ansiedade acontecer. Gradualmente chega-se à situação de maior medo, que, assim, deixa de eliciar ansiedade ou desconforto, que são substituídos pelo relaxamento, ou seja, condicionar uma nova resposta a um estímulo antigo.

Caballo (1999) enfatiza que a dessensibilização sistemática “ao vivo” implica em uma exposição direta, graduada aos objetos ou situações temidos. O procedimento se diferencia ligeiramente da dessensibilização na imaginação, no aspecto de que na maioria das vezes não se emprega uma técnica específica de

relaxamento. Pelo contrario, o terapeuta utiliza a relação terapêutica para provocar a ansiedade – e inibir respostas emocionais. Segundo o autor, a sensação do paciente, de segurança e confiança no terapeuta, atua para inibir a ansiedade durante as sessões. O resto do procedimento “ao vivo” é essencialmente o mesmo que o da dessensibilização por meio da imaginação. O paciente e o terapeuta constroem uma hierarquia ou hierarquias que incorporem as situações relevantes que o paciente teme. Então, segundo Caballo, este se dedica às atividades definidas, começando com o item da hierarquia que provoca menos ansiedade e vai se movendo para o item que provoca mais ansiedade.

Segundo Caballo (1999), o trabalho do terapeuta com a dessensibilização “ao vivo” consiste em proporcionar apoio e alento ao paciente e ajuda-lo a identificar crenças e suposições irracionais que mantém sobre a situação fóbica. Assim, o terapeuta atua como um agente contra-ansiedade e como um mecanismo corretor de pensamentos irracionais. Estas são funções muito importantes que não deveriam se desvalorizar. O autor complementa dizendo que do mesmo modo que acontece com a dessensibilização por meio da imaginação, é essencial que o paciente não manifeste ansiedade com um determinado item da hierarquia antes de passar ao item seguinte; de fato, poderia ser mais importante para a técnica “ao vivo”. Para Caballo, o paciente tem que se sentir seguro e confiante sobre o controle das situações anteriores, para manter a crença de que pode conseguir seu objetivo final. Em conseqüência, recomenda-se uma grande prática com cada situação, assim permitirá ao paciente sentir-se tão relaxado quanto seja possível e, portanto, gerar uma experiência contra-ansiedade induzida pelo mesmo.

Especificamente no transtorno do pânico, Knapp (2004), sugere que se inicia o tratamento com a **exposição interoceptiva**, passando para exposição ao vivo. Os sintomas interoceptivos são as sensações físicas internas experimentadas quando em alta ansiedade ou durante um ataque do pânico. O que acontece é um condicionamento das sensações físicas ao ataque de pânico; por exemplo, cada vez que a pulsação acelera, imediatamente associa-se esta sensação física com um ataque de pânico (Barlow e Cerny, 1999 e Rangé, 2002, citados em Knapp, 2004). Para o autor, o principal objetivo da exposição interoceptiva é aprender a reduzir a reação automática aos sintomas físicos internos. No momento em que se consegue

controlar as sensações físicas, a reação de medo diminui. Para isso, é importante que a exposição aos sintomas seja repetida, até ocorrer a habituação. Existe uma série de exercícios que induzem algumas sensações, sendo possível identificar a sensação provocada e avaliar a intensidade e semelhança com as sensações experienciadas durante a ansiedade tipo pânico.

AS SESSÕES

Segundo Knapp (2004), antes do início da terapia o paciente é avaliado para confirmar o diagnóstico de transtorno do pânico, a presença de co-morbidade e o uso de medicamentos e para caracterizar os ataques de pânico (frequência, intensidade, duração), as evitações e ansiedade antecipatória. Instrumentos específicos, como entrevistas estruturadas, questionários e medidas de automonitoramento, auxiliam a avaliação do caso. Nessa ocasião, também é importante avaliar a motivação para realizar o tratamento.

As primeiras sessões são dedicadas à compreensão cognitiva do medo (modelo esquemático) e à aprendizagem de técnicas para enfrentar a ansiedade (relaxamento muscular e respiração abdominal). Nessas sessões estabelece-se o contrato terapêutico (responsabilidades, direitos e deveres, local e frequência, sigilo, término). É realizada uma explanação sobre o tratamento, assinalando a importância da participação ativa do paciente para o sucesso do tratamento, bem como uma abordagem educativa sobre o ciclo da doença, introduzindo a compreensão cognitiva do medo. Para o autor, nesse momento, parte-se dos sintomas apresentados pelo paciente, tanto da reação de alarme quanto da interpretação catastrófica dos pensamentos. A seguir, é feita uma explanação sucinta sobre os efeitos da respiração inadequada e sua influência no começo do “alarme falso”, e inicia-se a demonstração da forma adequada de respiração diafragmática ou abdominal. Após é feita uma explicação sobre a tensão muscular que acompanha a ansiedade e a hipervigilância das sensações físicas e como essa tensão pode ser aliviada com uma técnica de relaxamento muscular e, após, a respiração diafragmática.

Nas sessões intermediárias, Knapp (2004), sugere que se trabalhem os pensamentos automáticos e as exposições interoceptivas. Em primeiro momento, o paciente deve identificar pensamentos que pioram os sintomas físicos e os que melhoram. O objetivo desta técnica é levar o paciente a perceber que os pensamentos são hipóteses, e não fato, assim faz-se um questionamento dos pensamentos. Knapp enfatiza que as simulações de sintomas físicos são também praticadas durante a fase intermediária do tratamento pela exposição interoceptiva e naturalística. As sensações físicas são provocadas por exercícios, de forma segura. Por exemplo: provocar tontura, com o paciente sentado, orientando-o a balançar a cabeça para os lados, de olhos fechados, durante 60 segundos.

Nas sessões finais do tratamento, Knapp (2004) diz que inicia-se a exposição ao vivo de forma gradativa. Neste momento, orienta-se o paciente a elaborar uma lista das situações evitadas, a mais completa possível, com o grau de ansiedade gerada (0 a 10). A partir disso, hierarquiza-se uma lista de acordo com a nota dada, para iniciar a exposição pela situação considerada mais fácil, isto é, a que provoca menos ansiedade. Nas últimas sessões, além do trabalho com as exposições ao vivo, deve-se reforçar que os ganhos da terapia se mantêm ao longo do tempo devido ao aprendizado e a aquisição de ferramentas para lidar com as situações ansiogênicas. A autora diz que se abordam também as possibilidades de recaídas e orientam-se as atitudes diante de novos ataques.

Segundo Cordioli (1998), por ser uma doença crônica, a maioria dos pacientes pode apresentar recaída, necessitando de acompanhamento a longo prazo. É importante a educação para esta possibilidade, pois isso minimiza seus efeitos. O autor diz que se o paciente conta com a cura total, a recaída pode ter efeitos devastadores sobre sua auto-estima. No final da terapia, as consultas devem ser espaçadas, de modo a se estimular a autoconfiança e independência. Deve-se antecipar e discutir possíveis causas geradoras de ansiedade e, portanto, de recaída, como problemas no trabalho ou no relacionamento afetivo. Cordioli cita que se devem enfatizar quais instrumentos ou habilidades adquiridos na terapia podem ser usados em situações dessa natureza.

Para Cordioli (1998), o tratamento para os portadores de transtorno do pânico, apesar de trabalhoso, exigindo muita dedicação do terapeuta, é gratificante, pois a grande maioria dos pacientes melhora de maneira significativa, reconstruindo plenamente sua vida.

TRATAMENTO COM PSICOFÁRMACOS

Rangé (2001), apresenta tratamentos biológicos para o transtorno do pânico e da agorafobia. Segundo o autor, usam-se antidepressivos tricíclicos, que se tratam do grupo de drogas com maior experiência acumulada (mais de 30 anos) no tratamento do transtorno do pânico e possivelmente o tratamento de maior eficácia. Atualmente, não são as drogas de primeira opção no tratamento do TP, e sim os inibidores seletivos de recaptção da serotonina. A sua posição como droga de segunda opção deve-se à maior incidência de efeitos colaterais (anticolinérgicos, hipotensão ortostática) e, principalmente, ganho de peso e disfunções sexuais que podem estar associados à falta de aderência ao tratamento. Abaixo, Rangé cita sobre alguns fármacos utilizados no tratamento do transtorno do pânico:

Imipramina:

Desde o primeiro relato de Klein e Fink (1962, citado em Range, 2001) de que a imipramina era eficaz no tratamento de pacientes com ansiedade ictal (transtorno de pânico), no bloqueio dos ataques de pânico e melhora do estado geral dos pacientes com agorafobia, essa droga foi largamente replicada em diversos estudos. Trata-se da droga mais utilizada para o tratamento do transtorno do pânico durante muitos anos e, atualmente, ainda é considerada como referência para comparação com novos medicamentos.

Clomipramina:

É um antidepressivo tricíclico com ações complexas sobre o SNC: tem efeitos específicos e potentes na inibição da recaptção da noradrenalina (NA) e da serotonina (5HT), bem como potentes efeitos anticolinérgicos, anti-histaminérgicos e, único entre os antidepressivos tricíclicos, efeitos antidopaminérgicos. Entre os antidepressivos tricíclicos, a clomipramina é o mais potente inibidor da recaptção do 5HT. Nos Estados Unidos, ela não é indicada no tratamento do transtorno do pânico.

Efeitos colaterais comuns aos antidepressivos tricíclicos: efeitos antimuscarínicos, que são por exemplo, visão borrada, boca seca, constipação intestinal e retenção urinária, que devem-se ao bloqueio dos receptores muscarínicos de acetilcolina. O ganho de peso é outro efeito colateral observado com freqüência no tratamento a longo prazo com tricíclicos, constituindo-se uma causa importante de abandono de tratamento. Outro efeito colateral se refere às disfunções sexuais, ocorrendo retardo ou inibição do orgasmo, podendo também ocorrer disfunção erétil e diminuição do desejo sexual.

Rangé (2001) enfatiza, agora, o tratamento do transtorno do pânico com inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs). Desde a zimelidina, que foi o primeiro ISRS disponível para o uso e que foi retirada do mercado em 1982 devido à sua alta toxicidade, vários fármacos de ação específica na recaptção serotoninérgica têm sido elaborados. Como um grupo, tratam-se hoje dos fármacos de primeira escolha no tratamento do transtorno de pânico. As principais vantagens e desvantagens do tratamento do TP com ISRS encontram-se na tabela abaixo:

Vantagens	Desvantagens
Mínimo potencial de abuso e/ou dependência Efetividade em diversos transtornos ansiosos Efetividade na depressão secundária ou comórbida Grande segurança de uso (envenenamento) Maior aderência ao tratamento (tolerabilidade)	Efeitos colaterais (anticolinérgicos, no caso da paroxetina) Início de ação protraído, entre 4 e 8 semanas Disfunção sexual (diminuição do desejo) Metabólito ativo da fluoxetina pode acumular-se em doses altas Interações medicamentosas potencialmente perigosas Piora acentuada no Transtorno do Pânico

Fluvoxamina:

Foi a primeira e também a mais estudada, entre os ISRSs, para o tratamento do transtorno do pânico. Mostrou-se mais eficaz que o placebo e pelo menos tão eficaz quanto os outros antidepressivos (inclusive a clomipramina) nos estudos comparativos. Os efeitos colaterais são similares a todos fármacos do grupo dos ISRSs, com pouco incidência de efeitos anticolinérgicos, ganho de peso e sedação, porém com freqüente piora inicial, náusea, diarreia e retardo orgásmico.

Fluoxetina:

A fluoxetina, entre os ISRSs, é o fármaco mais utilizado no tratamento dos transtornos de ansiedade e com maior experiência acumulada no transtorno do pânico. Uma ressalva importante à fluoxetina é a possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas relevantes, especialmente em pacientes mais idosos e submetidos à polifarmácia. Cefaléia e sintomas gastrintestinais, bem como piora inicial do quadro, são observados com bastante frequência, especialmente quando iniciado tratamento com doses altas.

Sertralina:

De um modo geral, tem sido observada eficácia clínica dessa droga similar da fluoxetina e da fluvoxamina. Contudo, comenta Rangé (2001), trata-se de um fármaco com características farmacocinéticas mais favoráveis, com melhor relação entre dose e nível sérico e menor risco de interações farmacológicas potencialmente graves. Os efeitos colaterais mais observados com o uso da sertralina são retardo na ejaculação e boca seca, além dos comuns ao grupo dos ISRSs, como cefaléia, sintomas gastrintestinais e sonolência.

Paroxetina:

A paroxetina é a droga mais bem estudada no tratamento do transtorno do pânico e é aprovada pela FDA para o uso nessa síndrome. Existem diversos estudos, realizados por centros europeus, independente do apoio do fabricante, comprovando sua eficácia. Estudos revelam que, mesmo sendo um ISRS com grande incidência de efeitos anticolinérgicos, a paroxetina apresenta melhor tolerabilidade que os tricíclicos convencionais.

Citalopram:

O seu uso é recente no Brasil e de ampla utilização na Europa. Entre os ISRSs, o citalopram é o agente mais seletivamente serotoninérgico, propriedade que é bastante utilizada em estudos experimentais. Em 1999, o citalopram foi aprovado para o tratamento do TP pela FDA. Em diversos estudos, mostrou-se uma droga

bem tolerada, sendo que os efeitos colaterais observados com maior frequência foram aqueles esperados para o uso de ISRSs (náusea, obstipação e cefaléia).

Rangé (2001) apresenta também os **benzodiazepínicos** para o tratamento do transtorno do pânico. Os BDZs mostraram-se bastante eficazes no tratamento de diversos quadros ansiosos. Entre estes, destaca-se sua eficácia no tratamento do TP. O alprazolam em estudos controlados mostrou-se superior ao placebo na remissão dos ataques de pânico e com eficácia comparável a imipramina, porém com maior abandono em grupos tratados com a imipramina. O clonazepam é um benzodiazepínico com perfil farmacodinâmico similar, mas com meia vida de eliminação mais longa e, portanto, com menor risco para abuso, dependência e ansiedade de rebote intradose.

CONCLUSÃO

Abordar o tema Transtorno do Pânico é de fundamental importância para futuros psicólogos em virtude do grande número de pessoas que desenvolvem esse transtorno e gera intenso sofrimento para a vítima, prejudicando sua vida pessoal, familiar e profissional.

Para se entender o que causou o transtorno de pânico é importante estar atento aos estudos que indicam o fator biológico como um componente na etiologia do transtorno do pânico, mas principalmente utilizando a análise funcional para procurar entender o comportamento a partir das variáveis que o determina e das conseqüências que ele provoca. Nesse sentido, a análise funcional é uma ferramenta para o terapeuta comportamental identificar e detalhar as circunstâncias que desencadeiam o problema e as conseqüências que o mantêm com isso se estabelece às metas terapêuticas e as intervenções, promovendo as mudanças necessárias.

Outro ponto importante, enfatizado no presente trabalho, se refere ao papel das cognições, que são consideradas comportamentos privados úteis, que devem ser estudados, mas que não são causas de comportamentos, ou seja, o comportamento privado não exerce controle sobre o comportamento público, ambos são da mesma natureza, são paralelos. Assim, os comportamentos devem ser explicados a partir dos reforços. O que é sentido ou introspectivamente observado não é causa do comportamento, essas residem fora do organismo e afetam a sua probabilidade de ocorrência.

Para se conhecer a etiologia do transtorno do pânico se deve buscar sua fonte na história de vida do paciente, na sua relação com o ambiente, identificar as variáveis controladoras e mantenedoras do comportamento. É importante identificar esquemas de reforçamento negativo e punição, pois muitos pacientes com o transtorno do pânico usam seus medos para evitar situações desagradáveis ou que lhe exigiam resolução de problemas.

Assim, ao finalizar essa temática sobre o transtorno do pânico, percebo que a análise comportamental tem um embasamento teórico e prático que fornece a confiança e clareza para se trabalhar na clínica, analisando comportamentos variados, que receberão classificações variadas, mas que se deve partir do pressuposto que o comportamento é aprendido, tem uma função e as variáveis precisam ser esclarecidas para se mudar o padrão comportamental e atingir metas que envolvam comportamentos mais adaptados e conseqüentemente mais saudáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AQUINO, T. (2005). **Síndrome do Pânico**
Acesso em: <http://www.cerebromente.org.br/n12/doenças/panico.htm>
- BAKER, R. (2000). **Ataques de Pânico e Medo**. Rio de Janeiro:Vozes.
- BALLONE, G.J. (2005). **Síndrome do Pânico**.
Acesso em: <http://www.psiqweb.med.br/panitext.html> revisto em 2002
- BARLOW, D.H. (1999). **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos**.
Porto Alegre: Artmed.
- BAUM, W.M.(1999). **Compreender o Behaviorismo: ciência, comportamento e cultura**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BRANDÃO, M. Z. (2004). **Análise Funcional do Transtorno do Pânico**.
Org. **Sobre Comportamento e Cognição Vol.13**. São Paulo: ESETec Editores Associados.
- CABALLO, V. E. (1999). **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento** . São Paulo: Santos Livraria Editora.
- CABALLO, V.E. (2003). **Manual para o Tratamento cognitivo Comportamental dos Transtornos Psicológicos**. São Paulo: Santos Livraria Editora.
- CORDIOLI, A. V. (1998). **Psicoterapias:Abordagens Atuais**. Porto Alegre:Artes Médicas.
- DSM-IV. (2000). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- HAWTON, K. (1997). **Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos:Um Guia Prático**. São Paulo: Martins Fontes.
- LOBO E DAMIANE (2005). **Distúrbio do Pânico**.
Acesso em: <http://www.neuropsiconews.org.br/>
- MATOS, M. A.(2005). **Behaviorismo Metodológico e Behaviorismo Radical**
Acesso em: <http://www.cfh.ufsc.br/~wfil/matos.htm>

- MEYER, S. B. (2005) **Quais os requisitos para que uma terapia seja considerada comportamental?**
Acesso: http://www.inpaonline.com.br/artigos/area_academica_1.asp?quem=13
- RIMM, David C. e MASTERS, John C. (1983) – **Terapia Comportamental: técnicas e resultados experimentais.** – São Paulo: Manole.
- SILVARES, E.F.M. e MEYER, S. B.(2005). **Análise Funcional da Fobia Social em uma concepção behaviorista radical**
Acesso: http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/27_6/artigos/art329.htm
- TOURINHO, E. Z. (2005) **Eventos Privados: O Que, Como e Por Que Estudar**
Acesso em: <http://www.ufba.br/~conpsi/conpsi1999/F002.html>
- KAY, J. e TASMAN, A. (2002). **Psiquiatria: Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos.** São Paulo: editora Manole.
- KNAPP, P. (2004). **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica.** Porto Alegre: ARTMED.
- RANGÉ, B. (2001). **Psicoterapias cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed Editora.
- SAVOIA, M. G. (2000). **Transtorno do pânico: desencadeantes psicossociais.** São Paulo: Editora ESETec.
- SKINNER, B.F. (1993). **Ciência e Comportamento Humano.** São Paulo: Martins Fontes.
- SKINNER, B.F. (1995). **Questões Recentes na Análise Comportamental.** São Paulo: Papyrus.