

Intervenção Psicológica em Situações de Pânico

Maria Emília Costa*

Os modelos de intervenção mais comuns nos ataques de pânico são os que se apoiam em perspectivas biológicas ou cognitivo-comportamentais. Após a caracterização destas perturbações e da referência aos modelos explicativos, salienta-se a necessidade de um modelo de intervenção integrado e do recurso a uma perspectiva mais humanista e desenvolvimental, o que se ilustra com dois casos clínicos.

Os ataques de pânico são definidos por episódios de medo ou desconforto intenso, acompanhados de sintomas somáticos específicos. Distintos de outras perturbações psicológicas, ocorrem em aproximadamente um por cento da população e, mais frequentemente, nas mulheres com idades compreendidas entre os 25 e 40 anos (O'Sullivan, 1991). As modalidades terapêuticas mais comuns, de acordo com a literatura especializada, são as que se baseiam em estratégias psicológicas comportamentais ou comportamentais-cognitivas ou, então, no recurso a fármacos.

Os objectivos deste artigo são: (a) salientar que, muitas vezes, se justifica a complementaridade entre estratégias médicas e psicológicas; (b) justificar e ilustrar, quanto as estas últimas, a necessidade do recurso, em certas circunstâncias, a estratégias diferentes das comportamentais ou comportamentais-cognitivas.

Caracterização do pânico

As perturbações de pânico são caracterizadas segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III-R; American Psychiatric Association, 1987) por episódios periódicos de apreensão ou medo (ataques de pânico) *inesperados*, isto é, que não ocorrem imediatamente antes ou face à exposição a situações frequentemente consideradas

desencadeadoras de ansiedade, nem em situações em que o indivíduo é o foco das atenções dos outros e que se verificam na ausência de perturbações físicas ou mentais. Os critérios de diagnóstico incluem: (a) a ocorrência de quatro ataques num período de quatro semanas, ou um ou mais ataques a que se segue, durante um mês pelo menos, um medo persistente de ter outro ataque; assim como (b) a presença de, pelo menos, quatro dos seguintes sintomas: dispneia ou sensações de falta de ar, asfixia, palpitações ou taquicardia, dores de peito ou desconforto, sudorese, vertigens, sensação de debilidade física e insegurança, náusea ou perturbação abdominal, despersonalização, torpor ou sensação de formigueiro, arrepios ou calores, tremuras, medo de morrer, de enlouquecer ou de perder o controlo.

Os ataques de pânico distinguem-se de outras reacções de ansiedade; estas têm antecedentes bem definidos ou ocorrem em circunstâncias de perigo real. Os ataques de pânico também se diferenciam da ansiedade generalizada, na medida em que os primeiros são paroxísticos e a segunda está continuamente presente, ainda que com flutuações (DSM III-R).

Os ataques de pânico coexistem frequentemente noutras perturbações da ansiedade como a ansiedade generalizada, a fobia social, a fobia simples, a agorafobia e as fobias sexuais. São também frequentes as evoluções depressivas e comportamentos alcoólicos e de consumo de drogas nas perturbações de pânico (Rachman & Levitt, 1985; Ruitter *et al.*, 1989; Klein *et al.*, 1987; Wiener, 1988).

* Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Membro do Instituto de Consulta Psicológica, Formação e Desenvolvimento, onde coordena o Serviço de Psicoterapia.

Modelos patogénicos e terapêuticos

O sucesso de alguns antidepressivos no tratamento das perturbações de pânico, a possibilidade de indução de pânico através de agentes biológicos, os estudos com gémeos e a espontaneidade dos ataques de pânico são argumentos geralmente apresentados para validar os *modelos biológicos* explicativos do desenvolvimento destas perturbações (Klein, 1981; Sheehan, *et al.*, 1988). Segundo esta perspectiva, a intervenção passaria essencialmente pela utilização de fármacos para a remoção dos ataques de pânico.

O *modelo psicofisiológico*, por sua vez, valoriza a interacção de diferentes factores no desenvolvimento desta perturbação: a percepção de controlo e dos recursos disponíveis, os sinais panicogénicos internos e externos e a avaliação da situação como ameaçadora (Margraf *et al.*, 1986; Wolpe & Rowan, 1988). Neste contexto preconiza-se uma intervenção dirigida para a modificação das avaliações de perigo, a identificação das causas do pânico e a redução das reacções psicofisiológicas, o que inclui o recurso ao *biofeedback*, a técnicas de relaxamento e, mesmo, a fármacos.

Um modelo mais *cognitivo* (e.g. Beck, 1986; Clark, 1986; Michelson *et al.*, 1990) assenta no pressuposto de que o pânico deriva da interpretação catastrófica de sensações corporais vividas como assustadoras, perigosas e eventualmente causadoras de morte, resultando num aumento em escalada da ansiedade e possível pânico. Os ataques de pânico ocorrem mais frequentemente em indivíduos ansiosos, hipersensíveis, que se defrontam com circunstâncias de vida mais stressantes. Neste pressuposto a intervenção seria fundamentalmente cognitivo-comportamental: educação psicológica sobre o pânico, controlo do pânico, relaxamento progressivo ou aplicado, respiração diafragmática, *coping skills* cognitivos, exposição ao vivo e por imaginação.

O *modelo psicodinâmico* valoriza as experiências precoces, as vicissitudes da relação pais/criança e os conflitos em relação à energia sexual e agressiva da infância. Neste contexto, o pânico não seria mais do que a manifestação de conflitos não resolvidos de origem inconsciente. No entanto, os modelos

psicanalíticos clássicos não se têm mostrado eficientes na remoção de sintomas nas perturbações de pânico (Tamminen, 1989).

Apesar do curso desenvolvimental das perturbações e ataques de pânico não estar ainda suficientemente esclarecido, as características familiares e ambientais têm sido também valorizadas como elementos intervenientes neste processo.

Processo psicoterapêutico

Apesar de, em termos de diagnóstico, as perturbações de pânico terem características semelhantes, os indivíduos, como seres humanos, têm histórias e personalidades diferentes, o que tem necessariamente de ser tomado em consideração quer no momento da avaliação quer na definição do tratamento ou do plano psicoterapêutico.

Porque é extremamente difícil diferenciar os precipitantes físicos, endógenos e psicológicos dos ataques de pânico e porque todas as componentes podem coexistir, a avaliação médica e a psicológica são frequentemente necessárias antes da elaboração de um plano psicoterapêutico. Como, muitas vezes, o que mais preocupa o cliente é a sintomatologia somática, este consulta preferencialmente um médico na procura de solução imediata do problema tendo, por vezes, dificuldade em aceitar a possibilidade de uma explicação psicológica dos sintomas. É pois necessário que o cliente entenda a interacção entre respostas psicológicas e neurofisiológicas e, para isso, é fundamental a intersecção dos dois processos de intervenção (Burrows, 1990).

Os métodos psicológicos parecem ser uma boa resposta para as perturbações de pânico sempre que estas não diminuem a capacidade normal de funcionamento do indivíduo. Quando a perturbação é intensa, prolongada e frequente de forma a impossibilitar o funcionamento normal do indivíduo, o tratamento medicamentoso parece ser essencial, ainda que acompanhado de um processo psicoterapêutico. No entanto, é de realçar uma vez mais a necessidade de uma avaliação correcta e de um trabalho conjunto entre médico e psicólogo, na medida em que muitos dos psicofármacos influenciam as funções cognitivas e têm

consequências ao nível da auto-estima e na forma como o cliente se vê a si próprio. Muitas vezes, o cliente não acredita na possibilidade de funcionar sem o medicamento, assumindo um estatuto de doente que dificulta a reestruturação da sua auto-estima.

Assim, sempre que a perturbação de pânico tem um fundo biológico caracterizado por ataques de pânico sem quaisquer factores desencadeadores, a medicação seria a resposta ideal. Quando o evitamento fóbico parece ser a característica dominante, então os modelos cognitivo-comportamentais poderão ser eficazes. A dessensibilização sistemática das terapias comportamentalistas tem demonstrado a sua eficácia ajudando os clientes a controlar a sua ansiedade e a diminuir a incidência sintomática (Ruiter *et al.*, 1989; Emmelkamp, 1982; Judd & Burrows, 1986). Quando problemas de ordem psicossocial, de auto-estima ou outros estão presentes, então os modelos psicodinâmicos poderão ser utilizados. Aceitando mesmo a origem endógena, as repercussões de ordem psicológica são evidentes, o que justifica a necessidade de um apoio psicoterapêutico nas perturbações de pânico. O reducionismo ao biológico ou ao psicológico talvez não seja adequado quando se trabalha com estas perturbações.

Apesar da diversidade de modelos teóricos, podemos constatar elementos comuns no processo de intervenção psicológica: a interrupção do ciclo vicioso do medo através de informação sobre o seu funcionamento, as técnicas de relaxamento e os exercícios respiratórios; a utilização de diários para a identificação de possíveis elementos somáticos, cognitivos e do meio; a exposição directa aos disparadores idiossincráticos (sensações somáticas, pensamentos específicos...); e finalmente a promoção de novas competências para lidar com o pânico e generalização a outras situações (Beitman *et al.*, 1987).

Independentemente do modelo em que nos situemos, um contexto de boa relação psicoterapeuta-cliente, assim como a confirmação da não existência de problemas de ordem física (exame médico), são fundamentais para que este se sinta confiante e seguro. Um indivíduo que experienciou ataques de pânico sente-se desamparado, o que frequentemente

desencadeia diminuição da sua auto-estima e da consciência e domínio de si próprio.

No entanto, as perturbações de pânico são frequentemente recorrentes pelo que não é suficiente ajudar o cliente na fase aguda; toma-se necessário muitas vezes um processo mais longo e contínuo de intervenção. Uma outra questão que tem sido levantada na avaliação dos processos de intervenção é a da necessidade que o cliente tenha um papel activo na aprendizagem de métodos eficazes para controlar o pânico (Öst, 1988; Barlow *et al.*, 1984; Fewtrel, 1984). Independentemente da sua eficácia e do papel do cliente no processo de intervenção, a limitação fundamental das metodologias cognitivo-comportamentais ligadas à valorização dos sintomas das perturbações de pânico como uma perturbação em si, o que parece ser uma visão limitada (Roth, 1987; Tamminen, 1989). Por outro lado, a experiência clínica permite constatar que na história destes clientes se encontra frequentemente uma fragilidade estrutural de personalidade, terreno propício para o desenvolvimento desta perturbação. Um dos principais objectivos psicoterapêuticos terá que ser, pois, o reestabelecimento da auto-estima e o desenvolvimento do auto-conhecimento do cliente e os métodos e estratégias a utilizar devem ser adaptados, por um lado, às características da problemática (severidade da sintomatologia, sintomas depressivos...) e, por outro, às características do cliente (história pessoal e desenvolvimento da personalidade).

A intervenção nas perturbações de pânico exige, pois, uma perspectiva multidimensional, cujas técnicas e teorias podem incluir o recurso a modelos cognitivo-comportamentais, psicodinâmicos, humanistas e desenvolvimentais, em função da situação concreta do cliente.

Ilustração com casos clínicos

Ana tem 38 anos, casada há dez anos, professora do ensino secundário. Filha única de uma família de classe social média e conservadora (pai autoritário e mãe passiva). Em termos de personalidade é meticulosa e perfeccionista quer profissionalmente quer em casa, extremamente dependente do marido e da

mãe (que vive noutra cidade), insegura e ansiosa. Após o nascimento de uma filha, esta passa a ser a preocupação central da sua vida. Meio ano depois do conhecimento de uma relação extra-conjugal do marido, ocorrem frequentes ataques de pânico, recorrendo mesmo à urgência hospitalar. Estes ataques incluem náuseas, palpitações, sudção, tremuras, sensação de perda de controlo e medo de morrer. O medo de repetição destes ataques de pânico levaram a cliente a não sair de casa. Surge na consulta após um ataque de pânico em casa e na presença apenas da filha, o que a apavorou. A cliente apresenta sintomas depressivos: anorexia, insónia, ideação negativista, baixa auto-estima, apatia mesmo em relação à filha, o que a culpabiliza. Descreve as diferentes situações em que o pânico ocorreu como algo incontrollável, sem encontrar uma ligação plausível entre elas. As suas redes sociais de apoio imediatas são praticamente nulas, destacando-se, no entanto, uma amiga e colega de trabalho que a tem ajudado a tomar conta da filha. O recurso a uma psicóloga decorre do facto de considerar que o apoio médico oferecido na urgência hospitalar não resultou.

Este caso parece-nos paradigmático das situações em que é importante uma intervenção simultaneamente farmacológica e psicoterapêutica. A cliente foi, pois, acompanhada na fase inicial da intervenção por uma equipa constituída por um psiquiatra e uma psicóloga. Se por um lado era importante a remoção, o mais rápida possível, dos sintomas para que pudesse retomar a sua vida quer profissional, quer familiar, era necessário, por outro, trabalhar todas as questões ligadas ao divórcio iminente e às suas características estruturais (ansiedade residual, insegurança, dependência, perfeccionismo...), de que resultou este tipo de resposta. A intervenção psicoterapêutica poderia ser apresentada em diferentes momentos, ainda que muitas vezes sobrepostos. Num primeiro momento, o nosso objectivo foi criar um espaço de segurança à cliente onde sentisse que era compreendida e aceite, onde era incentivada a expressão de sentimentos e onde os sintomas lhe eram explicados com clareza e objectividade, o que lhe reforçava a auto-estima e a esperança de poder melhorar. Progressivamente, foi nosso

objectivo incrementar a acção e diminuir a ressonância emocional dos acontecimentos passados, ajudando a cliente a fazer face a medos existenciais, facilitando e reforçando processos criativos e dialécticos de pensamento, promovendo o auto-conhecimento transformacional, no sentido da reconstrução da sua identidade.

Esta cliente, no final de dois anos de psicoterapia, continuou em consultas de *follow-up* e passados já três anos os ataques de pânico não voltaram a repetir-se, ainda que uma ansiedade residual permaneça.

João, 22 anos, solteiro, estudante universitário, vive com a mãe e um irmão mais novo, na medida em que o pai faleceu quando tinha 11 anos de idade. Foi sempre bom aluno desejando seguir a carreira do pai, por incentivo da mãe. Muito preocupado com a família e com uma ligação muito forte à mãe. Bem inserido socialmente no seu grupo de pares. Os ataques de pânico surgem espontaneamente quando o cliente se dirige para as aulas na universidade. Estes ataques caracterizam-se por dores intensas de peito, taquicardia, falta de ar, sudção, incapacidade de reacção. Em resposta a esta sintomatologia, o João desenvolve medos hipocondríacos de morrer por ataque de coração e deixa de ir à universidade com medo de que os ataques se repitam.

Neste caso poderemos identificar diferentes elementos como possíveis desencadeadores da situação. A morte do pai e um luto ainda não terminado, a necessidade de substituição do pai na família, não só porque é o filho mais velho, mas também pela responsabilidade de seguir os caminhos do pai como um profissional de sucesso, dificultaram a este jovem a sua separação psicológica da mãe, o que lhe permitiria a exploração e construção da sua identidade. Confrontando-se com a proximidade da licenciatura e com a constatação progressiva de que não será capaz de ser um profissional de sucesso como o pai, acompanhada da dificuldade em aceitar isto ao nível consciente, os seus conflitos surgem através de crises de ansiedade aguda e ataques de pânico que o impossibilitam de ir à universidade.

O processo psicoterapêutico incluiu, não só a dessensibilização ao pânico, treino de

relaxamento, competências cognitivas, exposição ao vivo e por imaginação, mas também e, essencialmente, o terminar um processo de luto inacabado e aproveitar este momento de desequilíbrio para uma intervenção mais desenvolvimental, criando condições para que este jovem iniciasse um período de exploração da sua identidade, pondo em causa os seus valores, crenças e figuras introjectadas que são a sua rede de referência e da sua auto-estima. Apoiando-o neste desconforto e facilitando um contexto de segurança, criaram-se condições para o desenrolar deste processo. Neste contexto, e porque o desenvolvimento psicológico do cliente assim o permitia, a nossa actuação foi essencialmente reflexiva numa relação de segurança. A nossa acção passou ainda por uma intervenção limitada junto da mãe na medida em que esta nos parecia um elemento chave no processo de autonomia e diferenciação do João. O processo psicoterapêutico teve a duração de um ano, aproximadamente. Nos dois anos seguintes não houve reincidência de sintomas.

A escolha destes dois casos, para exemplificação da nossa perspectiva de intervenção psicoterapêutica nas perturbações de pânico, teve como critérios, que fossem processos terminados, com possibilidade de avaliação *a posteriori* e paradigmáticos não só da necessidade de uma intervenção adaptada à situação de cada cliente como ainda da insuficiência dos modelos cognitivo-comportamentais.

Conclusão

Factores biológicos e psicológicos devem ser valorizados no processo de avaliação das perturbações de pânico, na medida em que estes surgem muitas vezes interligados. Mas independentemente da etiologia das perturbações de pânico, não podemos esquecer o sofrimento destes clientes que os torna por vezes incapazes de funcionar. Assim a intervenção deverá ter como objectivo primário a extinção dos sintomas de pânico, para o que o uso da medicação se justifica e é mesmo necessária em algumas situações. No entanto, esta possibilita apenas a remoção dos sintomas e não permite ao cliente perceber o seu significado, quando existe, para poder lidar com ele de uma forma

construtiva; também não possibilita o desenvolvimento psicológico do indivíduo para que esta sintomatologia não seja recorrente. Para atingir estes objectivos, a psicoterapia é fundamental. Os modelos psicoterapêuticos a utilizar devem ser adaptados ao momento do processo, aos objectivos a atingir, ao nível de desenvolvimento psicológico do cliente e, finalmente, às características da sua história individual e social em que a sintomatologia surge. Os métodos cognitivo-comportamentais, só por si, preocupam-se essencialmente com a sintomatologia do cliente, não valorizando o significado do sintoma na história individual de cada indivíduo, pelo que, em muitos casos, é necessário recorrer a perspectivas psicoterapêuticas humanistas e desenvolvimentais.

Não foi nosso objectivo fazer uma avaliação dos diferentes modelos de intervenção nas perturbações de pânico, mas tão só o de salientar a complementaridade entre estratégias médicas e psicológicas, por um lado, e a insuficiências dos modelos cognitivo-comportamentais, por outro. O que foi feito a partir de uma reflexão sobre o que tem sido a nossa experiência clínica neste domínio confrontada com a literatura disponível sobre o assunto.

Bibliografia

- Barlow, D. H., Cohen, A., S., Waddell, M. T., Vermilyea, B. B., Klosko, J. S., Blanchard, E. B., & Nardo, P. A. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy*, 15, 431-449.
- Beitman, B. D., Basha, I. M., & Trombka L. H. (1987). Panic attacks and their treatment: An introduction. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 412-420.
- Burrows, G. D. (1990). Managing long-term therapy for panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 9-12.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research and practice*. N.Y.: Plenum Press.
- Fewtrell, W. D. (1984). Psychological approaches to panic attack: Some recent developments. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 1, 21-24.

- Judd, F. K., & Burrows, G. D. (1986). Panic and phobic disorder: Are psychological or pharmacological treatments effective? *Australian and Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 342-348.
- Klein, D. F., & Gorman, J. M. (1987). A model of panic and agoraphobic development. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 87-95.
- Margraf, J., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1986). Biological models of panic disorder and agoraphobia: a review. *Behavior Research and Therapy*, 5, 553-567.
- Michelson, L., Marchione, K., Greenwald, L. G., Testa, S., & Marchione, N. (1990). Panic disorder: cognitive-behavioral treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 141-151.
- Öst, L. G. (1988). Applied relaxation vs. progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behavior Research and Therapy*, 26, 13-22.
- O'Sullivan, G. (1991). The anxiety neuroses. In A. Seva, (Ed.), *The european handbook of psychiatry and mental health*. Barcelona: Anthropos.
- Rachman, S., & Levitt, K. (1985). Panics and their consequences. *Behavior Research and Therapy*, 23, 585-600.
- Roth, M. (1987). Some recent developments in relation to agoraphobia and related disorders and their bearing upon theories of their causation. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 12, 150-155.
- Ruiter, C., Garssen, B., Rijken, H., & Kraaimaat, F. (1989). Breathing retraining, exposure and a combination of both, in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*, 27, 447-452.
- Ruiter, C., Rijken, H., Garssen, B., & Kraaimaat, F. (1989). The hyperventilation syndrom in panic disorder, agoraphobia and generalised anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 27, 647-655.
- Sheehan, D. V., Zak, J. D., Miller, J. A., & Fantous, B. S. I. (1988). Panic disorder: the potential role of serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 30-36.
- Smith, R. G., O'Rourke, D. F., Parker, P. E., Ford, C. V., Guggenheim, F. G., & Livingston, R. (1988). Panic and nausea instead of grief in an adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 509-513.
- Tamminen, T. (1989). On the psychotherapy of panic disorders. *Psychiatria Fennica, suppl.*, 120-124.
- Wolpe, J., & Rowan, J. (1988). Panic disorder: A product of classical conditioning. *Behavior Research and Therapy*, 26, 441-450.

Résumé

Costa, M., E. Intervention psychologique dans des crises de panique. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 7, 1991, 5-10.

Les modèles d'intervention les plus courants dans les crises de panique sont ceux qui s'appuient sur des perspectives biologiques ou sur celles de modification du comportement et cognitives. Après avoir caractérisé ces perturbations et avoir fait référence à ces modèles explicatifs, la nécessité d'un modèle intégré et du recours à une perspective plus humaniste, centrée sur le développement, est défendue et illustrée à partir de deux cas cliniques.

Abstract

Costa, M., E. Psychological intervention in panic attacks. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 7, 1991, 5-10.

Panic attacks intervention models are generally based on biological and on cognitive-behavioral perspectives. The nature and etiology of these disorders are characterized, stressing the need for an integrated intervention model. The contributions of both humanistic and developmental approaches are emphasised with reference to clinical practice.