

Terapia cognitivo-comportamental: A preparação do paciente com transtorno de pânico para as exposições agorafóbicas interoceptivas e in vivo

Anna Lucia Spear King* / Alexandre Martins Valença** / Adriana Cardoso de Oliveira e Silva*** / Aline Sardinha**** / Michelle Nigri Levitan**** / Antonio Egidio Nardi*****

* Psicóloga, Mestre em Saúde Mental, Doutoranda em Saúde Mental e Pesquisadora do Laboratório de Pânico e Respiração (LABPR) do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Instituto Nacional de Ciência Tecnológica Translational Medicine (INCT-TM); ** Professor Adjunto de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro de Ciências Médicas – Universidade Federal Fluminense (UFF). Pesquisador do LABPR/IPUB/UFRJ e INCT-TM.; *** PhD. Professora Adjunta e Coordenadora do Laboratório de Tanatologia e Psicometria da Universidade Federal Fluminense (UFF); Vice-coordenadora do LABPR/IPUB/UFRJ e INCT-TM; **** Psicóloga. Pesquisadora do LABPR/IPUB/UFRJ e INCT-TM; ***** Professor Titular, Faculdade de Medicina, Instituto de Psiquiatria – UFRJ. Coordenador do LABPR/IPUB/UFRJ e INCT-TM

Objetivo: O estudo com terapia cognitivo-comportamental (TCC) procurou demonstrar a preparação do paciente com transtorno do pânico para exposições agorafóbicas. Foram usadas as técnicas das exposições interoceptivas, às próprias sensações corporais, e in vivo, a locais ou situações temidas. Metodologia: 50 indivíduos, divididos em dois grupos de 25 participantes cada um. O grupo 1 realizou 10 sessões de TCC semanais e individuais com uma hora de duração e fez uso de medicamentos e o grupo 2, controle, usou apenas medicação sem TCC. A medicação prescrita consistiu em antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos de recaptção da serotonina. Foram aplicados instrumentos de avaliação no início e ao fim das intervenções médica e psicológica. Resultados: Observamos uma diferença significativa entre a avaliação inicial e final no grupo 1, como: redução nos ataques de pânico, ansiedade antecipatória, esquiva agorafobia e medo das sensações corporais. Na escala de avaliação global do funcionamento, um aumento do bem-estar global de 60.8% a 72.5% entre pacientes do grupo 1 com terapia, diferentemente do grupo 2 sem terapia. Conclusões: As técnicas de TCC para as exposições foram consideradas essenciais na preparação dos pacientes com transtorno de pânico, para enfrentarem os ataques de pânico e as situações agorafóbicas subseqüentes.

Palavras-chave: Ansiedade, Exposição, Fobias, Pânico.

INTRODUÇÃO

O transtorno de pânico (TP) (American Psychiatry Association – APA, 2001) se caracteriza pela presença de ataques de ansiedade agudos, frequentes e recorrentes, seguidos de sintomas físicos e cognitivos, a partir de associações equivocadas das sensações corporais (SC) relacionadas como prenúncio de algo grave ou alguma doença em potencial.

Agradecimentos: Instituto Nacional de Ciência Tecnológica Translational Medicine (INCT-TM) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Anna Lucia Spear King, Rua Almirante Gomes Pereira, 8 (casa). Urca. Cep 22291-170. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. E-mail: annaluciaking@gmail.com

De acordo com a teoria cognitiva (Carvalho, Nardi, & Rangé, 2008), devido a esta cognição distorcida, o indivíduo estabelece um padrão mal adaptativo de comportamento, e a partir daí, começa a não conseguir mais identificar as SC como reações naturais provenientes do mecanismo fisiológico de adaptação (Barlow, 1988).

Os indivíduos com TP passam a temer as SC e frequentemente em determinadas situações de estresse, costumam ter ataques de pânico (AP) (Noyes & Crowe, 1986). Estes são descritos como traumáticos, agressivos e imprevisíveis. Em seguida, alguns comportamentos são evidenciados, como na restrição da vida social e no desenvolvimento de esquivas agorafóbicas, como um método de lidar com a antecipação dos AP e com a ansiedade antecipatória (Beck, 1997).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Haby, Donnelly, Corry, & Vos, 2006) tem como característica ser uma modalidade psicoterápica breve e bastante recomendada no tratamento do TP. Seus métodos incluem psicoeducação (técnicas didáticas para o indivíduo aprender a lidar com a ansiedade e conhecimento amplo pelo paciente do transtorno em questão), exercícios de respiração, exercícios de relaxamento e técnicas cognitivas. A reestruturação cognitiva (RC), que consiste no indivíduo dar um novo significado aos padrões equivocados de pensamentos, é um procedimento de grande importância na TCC. Finalmente, as técnicas de exposição interoceptiva (EI) às próprias SC, que objetivam corrigir as interpretações catastróficas dos sintomas físicos experimentados pelo paciente, e a exposição in vivo (EIV) do indivíduo a lugares ou situações temidas. Estas intervenções são consideradas as principais aplicadas no tratamento, a fim de que o paciente com TP possa superar as esquivas agorafóbicas (Manfro, Heldt, Cordioli, & Otto, 2008).

A finalidade das técnicas de EI e EIV é atuar no tratamento do paciente para auxiliar na remissão dos componentes cognitivos disfuncionais atrelados à esquiva agorafóbica e aos sintomas autonômicos evidenciados no TP. A TCC segundo Rangé (2001), demonstra ser bastante eficaz quando comparada a grupos-controle, tratamentos psicofarmacológicos e outras formas de psicoterapias.

A EI e a EIV podem se dar por intermédio dos exercícios de indução dos sintomas (EIS) (Muotri, Nunes, & Bernik, 2007) e do contato pessoal do sujeito com locais ou situações particularmente definidos como estressantes. A superação bem sucedida pelo paciente das etapas iniciais do tratamento é considerada primordial para o sucesso dos passos subsequentes. A partir das frequentes exposições, o paciente passa a constituir novos recursos internos que o capacitam a permanecer naturalmente em contato prolongado com as próprias SC. O indivíduo adquire percepções internas, externas e cognitivas com novo significado. Aonde antes, funcionava um padrão negativo de pensamento que desencadeava a ansiedade situacional ou os AP (Carvalho et al., 2008), agora funciona um padrão positivo de pensamento que resulta em equilíbrio e calma.

O ideal é que as EI e EIV sejam planejadas, repetidas sistematicamente e que durem até que a ansiedade diminua de maneira significativa ou cesse, de modo a promover a habituação (Muotri et al., 2007).

O objetivo do estudo é descrever a preparação dos pacientes com TP com agorafobia, para as EI e EIV, com as técnicas da TCC, e relatar as experiências e resultados obtidos com esses tipos de intervenções.

METODOLOGIA

Seleção dos pacientes

Os pacientes com TP com agorafobia foram diagnosticados por médicos psiquiatras da equipe do Laboratório de Pânico e Respiração (LABPR) do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do Instituto Nacional de Ciência Translational Medicine

(INCT-TM), de acordo com os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2001) e do instrumento de avaliação SCID-I (Structured Clinical Interview Diagnostic) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997). O estudo foi composto de 50 pacientes voluntários divididos em dois grupos. O grupo 1, com 25 indivíduos, recebeu 10 sessões de TCC e usou medicação. O grupo 2, “controle”, também com 25 indivíduos, recebeu apenas medicação.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram para pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos com o diagnóstico de TP com agorafobia, sem comorbidades graves. Os pacientes que apresentaram dependência de álcool ou drogas, retardo mental ou outros transtornos mentais graves foram excluídos da pesquisa.

Os pacientes, que concordaram em participar do estudo, assinaram um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e tomaram conhecimento de todos os procedimentos realizados, aprovados pelo Comitê de Ética para pesquisa do IPUB/UFRJ.

Com a finalidade de comparar os resultados dos dois grupos após as intervenções, foram aplicados no início e ao final da pesquisa, os seguintes instrumentos de avaliação: inventário Beck de ansiedade (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1998); inventário de ansiedade traço-estado (Spielberg, Gorsuch, & Lushene, 1970); escala de incapacidade de Sheehan (Sheehan, 1983); escala de avaliação global do funcionamento (EIXO V) (APA, 2001); questionário de medos e fobias (Mark & Mathews, 1979); questionário de cognições agorafóbicas (Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984); questionário de sensações corporais (Chambless et al., 1984) e escala para pânico e agorafobia (Bandelow, 1999).

Farmacoterapia

A conduta médica consistiu na prescrição de antidepressivos tricíclicos (ADT) ou inibidores seletivos de captação de serotonina (ISRS) com reavaliação quinzenal e o encaminhamento para TCC.

Terapia cognitivo comportamental

As 10 sessões de TCC foram baseadas em estudo anterior (King, Valença, Melo-Neto, & Nardi, 2007), com algumas modificações e adaptações apropriadas às características dos pacientes em questão. O conteúdo das sessões foi distribuído da seguinte forma: educação sobre o TP com os conceitos didáticos básicos sobre ansiedade, agorafobia, pânico e hiperventilação. E também, exercícios de reeducação da respiração (ERR), exercícios de relaxamento muscular progressivo (RMP) (Jacobson, 1938) e a elaboração de uma hierarquia dos “medos do paciente” do menor ao mais causador de estresse. Procuramos ainda, durante as sessões, identificar as cognições distorcidas do paciente e promover uma reestruturação cognitiva destes pensamentos negativos que resultavam quase sempre em AP e nervosismo. Destacamos nas sessões os exercícios de indução dos sintomas (EIS), os exercícios de EI, e os exercícios de EIV que receberam atenção especial por se tratarem do objetivo do estudo. Ao final dos exercícios e das sessões, procurávamos sempre reforçar as conquistas dos pacientes, manter os ganhos do tratamento e observar e trabalhar as dificuldades emergentes dos procedimentos.

Os pacientes foram incentivados a aplicar as estratégias cognitivas em casa, como a de se expor a mudanças de temperaturas e a exercícios físicos, entre outros. Esta prática deveria ser diária, com a finalidade de induzir SC e aprender a tolerar essas sensações, sozinho, apenas com a capacitação obtida nas sessões e sem auxílio do terapeuta.

O aprendizado na primeira fase do tratamento de que as SC de pânico não são realmente perigosas é primordial para a superação da agorafobia e controle do pânico.

1ª Sessão: educação sobre a trajetória do TP. Elaboração da hierarquia das situações temidas pelo paciente. Instrução do paciente em técnicas de relaxamento, repetidas sempre que necessário. ERR: Colocar a mão acima do estômago, sentir o ar passar pelo diafragma, percebendo o movimento abdominal a cada respiração. Inspirar lentamente pelo nariz contar até três, prender a respiração contar até três, e expirar lentamente o ar pela boca contando até seis. Repetir algumas vezes seguidas essa respiração. Em seguida, realizamos com o indivíduo o RMP onde se procura trabalhar tencionando por dez segundos e em seguida relaxando por mais dez segundos quatro grupamentos musculares. São eles: (1) face; (2) braços, ombros, peito e pescoço; (3) abdômen, coluna, órgãos genitais e (4) pernas e pés.

2ª Sessão: explicação do mecanismo fisiológico de “luta e fuga” (Barlow, 1988), verificar a semelhança entre as sensações provenientes desse mecanismo, comparadas com as SC que emergem do pânico. Realizamos o ERR, usado constantemente no decorrer das sessões. Quando se consegue alterar os pensamentos referentes à capacidade de lidar com as situações temidas, se é capaz de controlar os sintomas físicos.

3ª Sessão: apresentamos o modelo de hiperventilação que se define como um ritmo e uma profundidade de respiração exagerada para as necessidades do corpo em um momento específico. Realizamos com o paciente sentado um EIS de hiperventilação: Inspirar e expirar profundamente por 90 segundos, observar as reações do paciente e explicar a razão dos sintomas emergentes. Realizar o ERR. O paciente deve entender que a ansiedade antecipatória é caracterizada pelo pensamento antecipado, geralmente negativo, das situações temidas. Mesmo em uma situação segura se a mente interpretar como insegura, o corpo reagirá com uma mensagem de perigo produzindo sintomas.

4ª Sessão: EIS: sentar, olhar fixo para a luz durante um minuto e depois levantar rápido e tentar ler algum escrito. Analisamos com o paciente as sensações presentes e os padrões de pensamentos negativos, catastróficos e repetitivos que ocorreram. O paciente começa a entender a origem dos sintomas e ao perceber que são inofensivos, aprende a lidar com eles. Em seguida, realizamos um ERR.

5ª Sessão: explanação dos conceitos sobre SC que podem ser acentuadas devido à situação ou substâncias. Exemplo: exercitar-se ou mexer-se rapidamente, mudanças bruscas de temperatura, luzes piscando, uso de caféina, álcool, medicamentos e padrões irregulares de respiração. O pânico tem suas raízes no medo das sensações físicas (Rangé, 2001). Realizamos com o paciente um EIS: girar no lugar por um minuto, depois parar, compreender as SC ocorridas e dar um novo significado favorável às reações evidenciadas. Em seguida, o ERR.

6ª Sessão: no TP algumas queixas dos pacientes são, por exemplo: “não consigo respirar”, ou “vou sufocar”. Explicamos que é natural respirar excessivamente quando se está ansioso. O corpo busca mais energia na forma de oxigênio para se preparar para lidar com o perigo. Quando o oxigênio não é usado na mesma proporção em que é consumido, resulta em hiperventilação. Relembramos os conceitos da hiperventilação e repetimos o EIS da 4ª. Sessão, em seguida o ERR.

7ª Sessão: educação sobre RC. O modo como os eventos são interpretados é que determina a natureza das reações emocionais resultantes (Rangé, 2001). O paciente deve procurar identificar e dar um novo significado as cognições mal-adaptativas específicas. São esclarecidos os conceitos de ansiedade antecipatória (AA) e esquiva agorafóbica (EA) (Beck, Stanley, Baldwin, Deagle, & Averill, 1994). O paciente costuma ter mitos em relação aos AP, como: “acho que vou perder o controle”, “acho que vou morrer”, “penso que estou tendo um ataque cardíaco”, “acho que estou ficando louco”, entre outros. O paciente é instruído a questionar e contestar suas suposições e

crenças distorcidas e a se concentrar nas probabilidades realísticas, reunindo evidências e maneiras de lidar com os eventos.

8ª Sessão: A EI refere-se ao medo aprendido de estados internos. Certas sensações de terror, similares a medos antes experimentados, costumam sinalizar possíveis novos AP (Muotri et al., 2007). O estímulo automático gerado intensifica as sensações temidas, criando um círculo vicioso. Realizamos dois EIS: o de se sentar colocando a cabeça entre as pernas durante 30 segundos, depois levantar rapidamente e olhar para o teto. E outro o de segurar a respiração até não agüentar mais girando em torno de si mesmo por 30 segundos. Em seguida, analisamos os sintomas e SC emergentes e, com as técnicas da RC, procuramos entender as causas que os originaram dando um novo significado aos pensamentos negativos. Realizamos o ERR.

9ª Sessão: Realizamos três EIS: repetimos o exercício da 5ª sessão e os dois da 8ª sessão seguidos do ERR. A fim de o indivíduo associar o sintoma com a causa, explicamos que os sintomas foram provenientes de alterações fisiológicas a partir de um motivo desencadeador. Diferentemente do que o paciente pensava que as SC surgiam do nada, sem motivo aparente. Antes, o paciente fazia uma associação distorcida dos fatos, interpretava a taquicardia, suores, falta de ar, entre outros, como sinal de morte iminente ou perda de controle e não como decorrentes de fatos específicos desencadeadores.

10ª Sessão: um EIS: o paciente de pé, virar a cabeça de um lado para o outro durante 30 segundos, parar e tenta fixar os olhos em um ponto na parede. Repetimos depois o EIS da 3ª sessão e em seguida, recuperamos o equilíbrio físico e respiratório do paciente com o ERR e o RMP. Avaliamos as SC resultantes e procuramos, em conjunto com o paciente, entender as causas que originaram essas sensações. Introduzimos o conceito de EIV que se refere a confrontar o paciente com locais ou situações agorafóbicas. Explicamos que a agorafobia é mantida pelo medo de se entrar em pânico ou pela experiência de certas SC.

O confronto real com a situação temida é repetido, várias vezes, com cada item proveniente de uma hierarquia elaborada inicialmente a partir do relato dos medos descritos pelo próprio paciente. Começamos pelo contato do paciente com a situação ou local menos provocador de ansiedade e repetimos este confronto algumas vezes, até chegarmos ao local ou situação mais causadora de estresse. Pedimos ao paciente para praticar a EIV sempre que tiver oportunidade.

Revermos as EIV realizadas pelos pacientes, incentivamos as repetições práticas dos exercícios e discutimos as dificuldades nos procedimentos. O comportamento de superação deve ser incentivado em lugar das precauções desnecessárias. Lembrar que fugir dos EIV reforça a manutenção do medo. O terapeuta estimula pensamentos sobre as tarefas evitadas e ajuda o paciente nas RC. Comentamos o fato de que os diagnósticos adicionais tendem a diminuir após o tratamento para o TP. Por ex: as comorbidades com a depressão, a ansiedade generalizada e alguns aspectos da fobia social. Reafirmamos que a resposta do medo é inofensiva, passageira e controlável e as SC surgem e desaparecem, sem que precisem ser evitadas.

Após o término de todas as etapas da pesquisa, reavaliamos os dois grupos com os mesmos instrumentos iniciais. Observando as mudanças ocorridas, os benefícios, prejuízos e diferenças ocasionadas devido ao grupo 1 estar recebendo acompanhamento com TCC e medicação, comparado com o grupo 2, controle, que apenas fez uso de medicação sem TCC.

Análise estatística

Na caracterização dos grupos, os testes foram realizados com os valores identificados no início do tratamento. As análises foram produzidas, com a finalidade de medir a existência de diferenças, entre o início e o final do tratamento. Assim, pode-se perceber a eficácia das ações empreendidas.

O objetivo foi identificar as diferenças estatisticamente significativas, entre os resultados iniciais e finais dos testes. Para esse fim, foi utilizada ANOVA de medidas repetidas sendo adotado valor $p < 0,05$ para determinar significância estatística. O processamento e análise dos dados foram realizados utilizando o programa SPSS (versão 17.0).

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os dados sócio-demográficos descritivos da população em geral demonstraram que em ambos os grupos, 78% eram do sexo masculino e 22% do sexo feminino. Em relação ao estado civil, 42% de casados, 36% de solteiros e 22% de separados/divorciados. No que diz respeito à escolaridade, 28% tinham o 1º Grau completo, 38% tinham o 2º Grau completo e 34% tinham nível Superior/Pós-Graduação.

Quanto à Comorbidade clínica (CC), 42% não apresentaram comorbidades clínicas e 58% tinham alguma comorbidade clínica. Entre outras comorbidades clínicas pesquisadas: As doenças cardiovasculares, metabólicas, imunológicas e reumatológicas.

Em relação ao Tabagismo: 44% nunca fumaram; 14% fumantes e 42% fumaram e pararam.

Dados sócio-demográficos descritos por grupo

TABELA 1

Dados descritivos por grupo

	Intervenção	Controle	df	t-test, ou χ^2	p-value
Idade	44,48 ($\pm 12,78$)	33,68 ($\pm 9,63$)	48	3,372	0,001
Sexo			1	1,049	0,306
Masculino	18	21			
Feminino	7	4			
Estado Civil			1	0,028	0,868
Solteiro	9	9			
Casado	11	10			
Separado	5	6			
Escolaridade			1	1,610	0,204
Primeiro grau	6	8			
Segundo grau	8	11			
Ensino superior	11	6			
Situação Ocupacional			1	9,354	0,002
Trabalhando	11	16			
Afastado do trabalho/Licença	10	0			
Outros	4	9			
Subtipo de TP			1	0,397	0,529
Não Respiratório	8	6			
Respiratório	17	19			
Comorbidade Clínica			1	0,082	0,774
Não	11	10			
Sim	14	15			
Comorbidade Psíquica			1	8,013	0,005
Não	18	8			
Sim	7	17			
Tabagismo			1	1,868	0,172
Não Fumante	8	14			
Fumante	5	2			
Ex-fumante	12	9			

Resultados dos testes

Ao final do estudo, os pacientes do grupo 1 que receberam TCC com medicação, apresentaram significativa redução dos AP, ansiedade antecipatória, esquia agorafóbica e medo das sensações corporais em relação ao grupo 2 que recebeu apenas medicação sem a terapia. Na escala de avaliação global do funcionamento, o grupo 1 aumentou o bem-estar global de 60.8% para 72.5%, diferentemente do grupo 2. Observamos que 72% da amostra de ambos os grupos apresentava o subtipo respiratório e 28% o subtipo não respiratório. No subtipo respiratório, os seguintes sintomas respiratórios deveriam estar proeminentes na vigência dos AP: sensação de sufocação, dificuldade de respirar, parestesias, tontura e medo de morrer (Briggs, Strech, & Brandon, 1993).

A TCC associada à medicação foi eficaz no grupo 1, comparados ao grupo 2 controle, em pacientes com TP com agorafobia. Os resultados dos testes foram caracterizados, segundo dados sócio-demográficos, presença de pacientes com comorbidade psíquica e física e administração de medicamentos.

Quanto a medicação, 44% do grupo 1 recebeu ADT e 56% ISRS e no grupo 2 64% recebeu ADT e 36% os ISRS.

Os resultados dos testes do grupo 1 e grupo 2 foram representados na Tabela 2. Dos testes aplicados, 6 (67%) apresentaram resultados positivos. Ex: na escala de pânico e agorafobia os resultados foram satisfatórios na diminuição dos sintomas de ansiedade antecipatória de 2.9% para 2.1%; dos ataques de pânico de 1.4% para 0.7%; da esquia agorafóbica de 2.4% para 1.6%. Na escala de avaliação global do funcionamento (APA, 2001), com classificação de zero a cem, considerou o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um *continuum* hipotético de saúde-doença mental, o grupo 1 obteve um aumento estatístico significativo no bem-estar global de 60.8% para 72.5%.

TABELA 2
Grupos intervenção e controle

Teste	Intervenção				Controle			
	F	df	erro	Sig.	F	df	erro	Sig.
Ansiedade (BAI)	14,256	1	24	0,001	1,212	1	24	0,282
Inventário de Ansiedade Estado	4,284	1	24	0,049	0,246	1	24	0,625
Inventário de Ansiedade Traço	1,404	1	24	0,248	0,029	1	24	0,866
Sheehan Escala de Incapacidade Total	22,576	1	24	<0,001	5,012	1	24	0,035
Sheehan Trabalho	40,379	1	24	<0,001	4,545	1	24	0,043
Sheehan Social	10,674	1	24	0,003	2,709	1	24	0,113
Sheehan Família	9,561	1	24	0,005	1,547	1	24	0,226
Questionário de Medos e Fobias (QMF) Total	1,870	1	24	0,184	2,380	1	24	0,136
QMF Agorafobia	2,422	1	24	0,133	0,001	1	24	0,980
Questionário Cognições Agorafóbicas	7,270	1	24	0,013	1,148	1	24	0,295
Inventário Mobilidade - Acompanhado	2,938	1	24	0,099	0,274	1	24	0,606
Inventário Mobilidade – Sozinho	1,115	1	24	0,302	0,023	1	24	0,881
Questionário de Sensações Corporais	10,709	1	24	0,003	0,441	1	24	0,513
Escala para Pânico e agorafobia	7,343	1	24	0,012	3,302	1	24	0,082
Avaliação Global do Funcionamento	5,429	1	24	0,029	4,797	1	24	0,038

No questionário de cognições agorafóbicas (Chambless et al., 1984), o grupo 1 apresentou diminuição da perda de controle de 2.8% para 2.1%, e em relação a temores quanto aos problemas físicos, de 2.6% para 2.0%.

Outro ponto importante verificado no grupo 1 foi conferido por intermédio do questionário de sensações corporais (Chambless et al., 1984), onde foram avaliados alguns dos principais sintomas decorrentes do TP, como: taquicardia falta de ar, tonturas, formigamentos, náusea, sudorese, desorientação, entre outros. Os resultados demonstraram redução geral de 3.1% para 2.4% em todos estes aspectos.

Na escala de pânico e agorafobia (Bandelow, 1999), observamos redução nos AP de 1.4% para 0.7%; na esquiava agorafóbica de 2.4% para 1.6%, e na ansiedade antecipatória de 2.9% para 2.1%. Os resultados revelam que em geral o grupo 1 conseguiu reduzir de 27.9% para 18.6% alguns dos principais comportamentos evidentes no TP.

Observamos também, diferenças significativas no grupo 1, em relação aos seguintes testes: – Inventário de ansiedade de Beck (Beck et al., 1998) apresentando redução da ansiedade geral de 34.9% para 20.0%; Na escala de incapacidade de Sheehan (Sheehan, 1983) com redução da incapacidade do indivíduo no trabalho de 5.2% para 0.4%; na vida social de 4.8% para 2.2% e na vida familiar de 4.6% para 1.8%. Isto demonstra que em geral o grupo 1 reduziu o sentimento de incapacidade pessoal de 14.6% para 4.4%.

Os resultados da escala de Sheehan demonstram que o único fator relevante para se compreender a diferença de valores das escalas de Sheehan “Total” e Sheehan “Trabalho” é a forte associação que estes possuem para aqueles que têm comorbidade psiquiátrica, quando controlado pelas demais variáveis. Vale notar que o grupo 2, controle, possui mais indivíduos com comorbidades psiquiátricas do que entre as do grupo 1. Este fator talvez explique a distinção dos resultados dos testes de Sheehan “Total” e “Trabalho”. A comorbidade psiquiátrica de depressão é responsável por sintomas depressivos que podem interferir no trabalho e na vida social do indivíduo.

A variação da escala de Sheehan em relação à “Família”, apresentou resultado significativo quando comparadas às médias finais do grupo 1 e do grupo 2 controle. Este deixa de ser relevante quando o resultado é controlado pelas demais variáveis. Isto significa que, se de fato há diferenças entre o grupo 1 e o grupo 2 controle, talvez se devam apenas ao tratamento medicamentoso, seja com ou sem TCC.

Em relação ao grupo 2 “controle”, de todos os testes aplicados apenas 2 apresentaram resultados estatisticamente significativos que podem ser observados na Tabela 2. Estes resultados dizem respeito a uma melhora relacionada a escala Sheehan no aspecto aumento de capacidade para o trabalho e para relacionamentos sociais, e também na escala de avaliação global do funcionamento no aspecto geral (APA, 2001).

DISCUSSÃO

Os dados do estudo corroboram com os resultados de outras pesquisas (King et al., 2007), de que a combinação da TCC com a farmacoterapia produz resultados superiores a essas terapêuticas isoladas. A qualidade de vida avaliada pelos próprios pacientes melhorou, com redução do comportamento fóbico-hipocondríaco (Torres & Crespaldi, 2002) conseqüente dos ganhos terapêuticos.

A maioria das pesquisas também restringe sua amostra a pacientes sem agorafobia ou com agorafobia leve, deixando desconhecida a eficácia de tratamentos cognitivo-comportamentais em pacientes com agorafobias mais graves (Hofman & Spiegel, 1999). Na amostra por nós estudada, todos os pacientes apresentavam agorafobia acentuada.

Um estudo realizado (King, Valença, & Nardi, 2008) com pacientes com TP com agorafobia, do subtipo respiratório, foram usados exercícios específicos de indução de sintomas de

hiperventilação, com a finalidade de se produzir sintomas semelhantes aos do pânico. O objetivo deste estudo (King et al., 2008) foi à RC de determinados padrões negativos de comportamento, e a resposta e compreensão dos indivíduos de que os sintomas manifestos eram inofensivos e possíveis de manejo. No presente estudo também foi possível observar a importância da RC na população estudada. A contribuição desta técnica deve ser ressaltada para a redução da constelação sintomatológica do TP.

Durante a realização do estudo, observou-se que a evolução satisfatória do tratamento do paciente com TP depende de vários procedimentos, entre eles, o uso da medicação prescrita após avaliação psiquiátrica, conjuntamente com as técnicas da TCC como: EIS, RC, ERR e RMP. Ao final dos EIS, os pacientes começaram a perceber que as sensações produzidas pelos exercícios, semelhantes as do pânico, não produziam as conseqüências temidas, eram inofensivas e causadas por estímulos específicos.

Essa prática permite que o paciente encontre a capacidade de realizar RC individuais adequadas e perca o medo de estar sozinho com suas próprias SC. Com isso, percebe que as reações fisiológicas que emergem das SC durante os exercícios são normais, que pode lidar com elas, e que não são provenientes de algo grave. Observou-se que os pacientes com TP com agorafobia perderam o medo das SC naturais que resultavam de alterações fisiológicas na medida em que percebiam, por intermédio dos EIS, que estas tinham um motivo desencadeador, diferentemente do que pensavam que as SC surgiam do nada. Antes, o paciente fazia uma associação distorcida dos fatos, interpretava a taquicardia, suores, falta de ar, entre outros, como sinal de morte iminente ou perda de controle.

Segundo Barlow (1988), as técnicas propostas de exposição EI as próprias SC e EIV às situações temidas, são amplamente eficazes e fundamentais na redução das reações de ansiedade fóbica. De acordo com Dyck (1996), a exposição do paciente às situações geradoras de ansiedade, ao longo do tratamento, deve agir como uma habituação e para uma resposta de redução da ansiedade diante de estímulos geradores de ansiedade social, patológica e social.

Em outro estudo (Carvalho et al., 2008) foi verificada a eficácia das intervenções cognitiva, comportamental e de sua combinação. Deve-se atentar para o aprimoramento de importantes aspectos metodológicos em estudos que avaliam a eficácia da TCC, visando obtenção de resultados cada vez mais fidedignos que possam apontar direcionamentos que contribuam para o refinamento das técnicas utilizadas.

As técnicas dos EIS em ambiente “seguro” de laboratório foram essenciais para reduzir e/ou extinguir os sintomas hiperventilatórios, entre outros. Os procedimentos de EI e EIV foram considerados fundamentais na evolução do tratamento e permitiu preparar os pacientes com TP, de modo eficaz, para enfrentarem as situações agorafóbicas subseqüentes. Apesar de ter algumas limitações, os resultados deste estudo mostram a importância da TCC e suas várias técnicas, no tratamento do TP com agorafobia. Entre as limitações estão uma população pequena de voluntários para o estudo, uma diferença na idade dos participantes e o uso de dois tipos de medicação os ADT e os ISRS. Acreditamos que são necessárias pesquisas com medicações específicas para que os resultados possam ser considerados mais fidedignos.

REFERÊNCIAS

- American Psychological Association (APA). (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bandelow, B. (1999). *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers.

- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1998). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J. Consult. Clin. Psycho.*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Stanley M. A., Baldwin L. E., Deagle, E. A., & Averill, P. M. (1994). Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *J. Consult. Clin. Psycho.*, 62(4), 818-826.
- Briggs, A. C., Stretch, D. D., & Brandon, S. (1993). Subtyping of the panic disorder by symptom profile. *British Journal of Psychiatry*, 163, 201-209.
- Carvalho, M. R., Nardi, A. E., & Rangé, B. (2008). Comparison between cognitive, behavioral and cognitive-behavioral approaches in the treatment of panic disorder. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(2), 66-73.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of "fear of fear" in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(6), 1090-1097.
- Dyck, R. (1996). Non-drug treatment for social phobia. *Intern. Clin. Psychopharmacol.*, 11(3), 65-70.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. M. (1997). *Structured Clinical Interview Diagnostic (SCID) for DSM-IV Axis I Disorders-Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Haby, M. M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2006). Cognitive behavioral therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta-regression of factors that may predict outcome. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 40, 9-19.
- Hofmann, S. G. & Spiegel, D. A. (1999). Panic control treatment and its applications. *J. Psychother. Pract. Res.*, 8(1), 3-11.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- King, A. L. S., Valença, A. M., & Nardi, A. E. (2008). Hiperventilação: A terapia cognitivo-comportamental e a técnica dos exercícios de indução dos sintomas no transtorno de pânico. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14(2), 303-308.
- King, A. L. S., Valença, A. M., Melo-Neto, V. L., & Nardi, A. E. (2007). A importância do foco da terapia Cognitivo-Comportamental direcionada às sensações corporais no transtorno de pânico: Relato de caso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(4), 191-195.
- Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V., & Otto, M. W. (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(II), 581-587.
- Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. Fear and Phobia Questionnaire. *Behavior Research Therapy*, 17, 263-267.
- Muotri, R. W., Nunes, R. P., & Bernik, M. A. (2007). Exercício aeróbio como terapia de exposição a estímulos interoceptivos no tratamento do transtorno de pânico. *Revista Brasileira de medicina do esporte*, 13(5), 327-330.
- Noyes, Jr., & Crowe, R. R. (1986). Panic disorder and agoraphobia. *DM*, 32, 389-444.
- Rangé, B. (2001). Transtorno de pânico e agorafobia. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 145-82). Porto Alegre: Artmed.
- Sheehan, D. V. (1983). *The Anxiety Disease. Sheehan Disability Scale*. New York, NY: Charles Scribner's Sons.
- Spilberg, C. D., Gorusch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, CA.

Objective: This study in cognitive-behavioural therapy (CBT) was to demonstrate the preparation of the patient with panic disorder for agoraphobic exposures. Techniques have been used for exhibitions interceptive their own bodily sensations and in vivo exposure to feared situations or places. **Methodology:** 50 individuals divided in two Groups of 25 participants each one. Group 1 undertook 10 weekly, individual sessions of CBT of one hour duration with use of medication. Group 2, control, only used medication without CBT.

The medication prescribed consisted of tricyclic anti-depressants and selective inhibitors of the re-uptake of serotonin. At the beginning and at the end of the medical and psychological interventions evaluation instruments were applied. **Results:** We observed a significant difference between baseline and final in a group 1, such as: reduction in panic attacks, anticipatory anxiety, agoraphobia avoidance and fear of bodily sensations. In the global assessment of functioning scale, an increase in the overall well-being of 60.8% to 72.5% among patients in group 1 with therapy, unlike the second group 2 without therapy. **Conclusion:** The procedures used for exposures, were considered essential in the preparation of patients with panic disorder, to be able to face up to panic attacks and subsequent agoraphobic situations.

Key-words: Anxiety, Exposure, Panic, Phobia.

