

APORTA

Associação dos Portadores de
Transtornos de Ansiedade

**CÓPIA DO SITE ANTIGO
(2003-2016)**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
HISTÓRICO	3
MISSÃO	3
TORNE-SE UM COLABORADOR!	3
EQUIPE	4
GESTÃO 2003/2004	4
GESTÃO 2005/2006	4
GESTÃO 2007/2008 – 2009/2010	5
GESTÃO 2011/2012	6
GESTÃO 2013/2014	6
GESTÃO 2015/2016	6
DESCRIÇÃO DOS QUADROS NOSOLÓGICOS	7
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	7
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)	7
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)	8
FOBIA SOCIAL	9
FOBIAS ESPECÍFICAS	10
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	10
TRANSTORNO DE PÂNICO (TP)	12
AGORAFOBIA	12
PUBLICAÇÕES	14
ARTIGOS CIENTÍFICOS	15
TERAPIAS COMPORTAMENTAL E COGNITIVA DO TRANSTORNO DE PÂNICO	15
ENFRENTANDO O PÂNICO SEM MEDO	18
A RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE E TRANSTORNO DO PÂNICO	19
O QUE EU SINTO É PÂNICO?.....	20
ADMINISTRANDO OS PENSAMENTOS NO TRANSTORNO DE PÂNICO	21
PROGRAMAS E ATIVIDADES	23
SIGNIFICADO DA YOGA.....	23
GRUPOS DE APOIO	23
PALESTRAS INFORMATIVAS MENSAS	24
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	25
INTERCÂMBIO CIENTÍFICO	25
APORTA NA IMPRENSA.....	25
SERVIÇOS À COMUNIDADE	25
FONTES DE RECURSOS	25
DOAÇÕES	26

INTRODUÇÃO

HISTÓRICO

A APORTA constitui-se a partir do interesse de pessoas portadoras de Transtornos de Ansiedade e do suporte científico de profissionais do Ambulatório de Ansiedade (AMBAM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas – FMUSP.

Em julho de 2002 ex-pacientes e profissionais da área reuniram-se com o objetivo comum de:

- Informar e direcionar da melhor forma possível o tratamento de pessoas que sofrem com Transtornos Ansiosos;
- Conscientizar as classes profissional e pública a respeito desses transtornos e de seu respectivo impacto na vida privada;
- Orientar os amigos e os familiares de pessoas ansiosas a fim de esclarecer as dúvidas e combater o estigma em torno dessa condição;
- Auxiliar os participantes dos grupos a desenvolver habilidades de autoajuda e de enfrentamento com o apoio mútuo;
- Promover o encontro entre os que precisam de um tratamento mais individualizado e aqueles que podem provê-lo.

MISSÃO

Promover qualidade de vida aos portadores com Transtornos de Ansiedade e seus familiares por meio de ações que resultem na conscientização e integração do indivíduo na sociedade.

TORNE-SE UM COLABORADOR!

Como parceiro (pessoa jurídica) você terá sua marca divulgada em eventos direcionados à comunidade e aos profissionais da área da saúde.

EQUIPE

GESTÃO 2003/2004

Diretoria executiva

- Davi Tufic Savóia – Presidente
- Thiago Pacheco de Almeida Sampaio – Vice-presidente
- Liana Maria Martins do Amaral – Diretora de planejamento e comunicação
- Fabiana Harumi Shimabukuru – Diretora secretária
- Cynthia de Fátima Teixeira Dias Kolhy – Secretária administrativa

Comitê científico

- Dr. Tito Paes de Barros Neto – Presidente – médico psiquiatra, colaborador do AMBAN e médico assistente do Hospital do Servidor Público Estadual.
- Andréa Machado Vianna – psicóloga clínica, colaboradora do AMBAN e psicóloga do Núcleo de Adultos do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.
- Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto – médico psiquiatra, coordenador do AMBAN e professor associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
- Dra. Luciana Lima Siqueira – médica psiquiatra, colaboradora do AMBAN e médica do Projeto Quixote do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Social da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
- Prof. Dr. Márcio Antonini Bernik – médico psiquiatra, coordenador do AMBAN e professor colaborador da Faculdade de Medicina de da Universidade São Paulo (FMUSP).
- Prof. Dra. Mariângela Gentil Savóia – psicóloga clínica pesquisadora do AMBAN, coordenadora dos cursos de aprimoramento do AMBAN, professora assistente do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, professora do programa de pós-graduação de Ciências da Saúde da Santa Casa de São Paulo, coordenadora do setor de Psicologia do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.
- Dra. Vera Lúcia Carvalho Tess – médica psiquiatra, colaboradora do AMBAN e médica assistente do Grupo de Interconsultas do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

GESTÃO 2005/2006

Diretoria executiva

- Davi Tufic Savóia – Presidente
- Cristiane Pinheiro Lima – Vice-presidente
- Liana Maria Martins do Amaral – Diretora de planejamento e comunicação
- Eliana Pereira Guimarães – Diretora secretária
- Andréa Machado Vianna – Secretária administrativa

Comitê científico

- Prof. Dra. Mariângela Gentil Savóia – Presidente – psicóloga clínica pesquisadora do AMBAN, coordenadora dos cursos de aprimoramento do AMBAN, professora assistente do Departamento

de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, professora do programa de pós-graduação de Ciências da Saúde da Santa Casa de São Paulo, coordenadora do setor de Psicologia do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

- Andréa Machado Vianna – psicóloga clínica, colaboradora do AMBAN e psicóloga do Núcleo de Adultos do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.
- Cristiane Pinheiro de Lima – psicóloga clínica.
- Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto – médico psiquiatra, coordenador do AMBAN e professor associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
- Lilian Lerner de Castro – psicóloga clínica.
- Dra. Luciana Lima Siqueira – médica psiquiatra, colaboradora do AMBAN e médica do Projeto Quixote do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Social da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
- Dr. Luiz Vicente Figueira de Mello – médico psiquiatra associado ao AMBAN.
- Prof. Dr. Márcio Antonini Bernik – médico psiquiatra, coordenador do AMBAN e professor colaborador da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
- Thiago Pacheco de Almeida Sampaio – psicólogo clínico pós graduando do AMBAN.
- Dr. Tito Paes de Barros Neto – médico psiquiatra, colaborador do AMBAN e médico assistente do Hospital do Servidor Público Estadual.
- Dra. Vera Lúcia Carvalho Tess – médica psiquiatra, colaboradora do AMBAN e médica assistente do Grupo de Interconsultas do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

GESTÃO 2007/2008 – 2009/2010

Diretoria executiva

- Cláudia Ballesterio Gracindo – Presidente
- Lilian Lerner Castro – Vice-presidente
- Silmara dos Santos Pereira – Diretora de planejamento
- Nancy Erlach – Diretora de comunicação
- Eliana Pereira Guimarães – Diretora secretária
- Carlos Ivan Poersch – Diretor administrativo

Conselho fiscal

- Andréa Machado Vianna
- Sheila Rodrigues de Medeiros
- Ana Cristina Severo

Suplentes do conselho fiscal

- Diana Ferroni Bast
- Kiochi Kasahami
- Francisco Antônio Marziona

Comitê científico

- Cristiane Pinheiro Lima – Presidente

GESTÃO 2011/2012

Diretoria executiva

- Cláudia Ballestero Gracindo – Presidente
- Lilian Lerner de Castro – Vice-presidente
- Michelle Martins Bernardo – Primeira secretária
- Cristina de Medeiros Severo Berti – Segunda secretária
- Cristina Pinheiro Lima – Primeira tesoureira
- Elaina Tucci Lippelt – Segunda tesoureira

Conselho fiscal

- Fernando do Amaral Oliveira
- Mariângela Gentil Savóia
- Mário Leal Filho

Suplentes do conselho fiscal

- Gilzele Echeverria Araújo
- Silmara dos Santos Pereira
- Sílvia Scemes

Comitê científico

- Eliana Pereira Guimarães – Presidente

GESTÃO 2013/2014

Diretoria executiva

- Michelle Martins Bernardo – Presidente
- Gilzele Echeverria Araújo – Vice-presidente
- Milany Célia Marques – Secretária
- Shin Toung Faria Lai – Primeiro tesoureiro
- Alexandre José Bernardo – Segundo tesoureiro

GESTÃO 2015/2016

Diretoria executiva

- Michelle Martins Bernardo – Presidente
- Gilzele Echeverria Araújo – Vice-presidente
- Érica Panzani Duran – Secretária
- Cláudia Ballestero Gracindo – Primeiro tesoureiro
- Ricardo Muotri – Segundo tesoureiro

DESCRIÇÃO DOS QUADROS NOSOLÓGICOS

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Ansiedade é uma experiência universal da espécie humana. É uma emoção de desconforto que os seres humanos experienciam em resposta a um perigo presente que os faz se preparar para uma situação que reduza ou previna a sua ocorrência. Pode ser caracterizada como uma sensação de apreensão quanto a algum perigo futuro não bem delineado.

Pode ser definida enquanto um processo passageiro, onde o paciente pode relatar – estou ansioso –, como característica permanente de personalidade – eu sou ansioso –, ou ainda como uma combinação das duas possibilidades: processos transitórios e/ou predisposições ou traços duradouros de personalidade interagindo e apresentando uma resposta de ansiedade relevante.

A ansiedade tem a função de diminuir o desconforto, pois propicia um impulso para resolução das situações ansiógenas, e aumenta o grau de vigília, o que amplia a capacidade de agir em situações de estresse. Portanto, sentir ansiedade é normal e adaptativo para os seres humanos.

Mas a ansiedade é também um sintoma predominante de um grupo de transtornos, os Transtornos de Ansiedade. Costumamos dizer que a ansiedade pode oscilar em um contínuo entre apreensão até ataques de Pânico. Passa a ser um transtorno ansioso quando há impedimento do comportamento, um grau de sofrimento intenso, uma frequência exacerbada e a intensidade é em um nível considerado perturbador.

Segundo o DSM IV-TR os transtornos ansiosos são:

Transtorno de Pânico, Agorafobia, Fobias Específicas, Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Cada um desses transtornos tem características diferentes, desencadeantes diversos, mas o tratamento combinado com Terapia Cognitivo-Comportamental e Farmacoterapia é o mais eficaz para todos eles.

Observação: *Qualquer diagnóstico deve ser realizado por um profissional de saúde especializado. Caso você tenha estes sintomas, de uma maneira frequente, intensa e que prejudique o seu cotidiano, procure ajuda. Quanto antes iniciar o tratamento adequado melhor será a evolução.*

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)

Caracteriza-se por ansiedade e preocupações excessivas e persistentes acerca de diversos temas.

No TAG o foco da ansiedade e da preocupação não está restrito a aspectos de algum outro Transtorno de Ansiedade (por ex., Fobias, Pânico, Transtorno Obsessivo-Compulsivo). Embora nem sempre os indivíduos com TAG sejam capazes de identificar suas preocupações como excessivas, eles relatam sofrimento subjetivo devido à constante preocupação, têm dificuldade em controlá-la, ou experimentam prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes.

A intensidade, duração e/ou frequência da preocupação são claramente desproporcionais. Os adultos com TAG frequentemente se preocupam com circunstâncias cotidianas e rotineiras, tais como possíveis responsabilidades no emprego, finanças, saúde de membros da família, infortúnio acometendo os filhos ou questões menores como tarefas domésticas, concertos no automóvel ou atrasos a compromissos.

As pessoas com TAG costumam assustar-se com facilidade e muitos também experimentam sintomas físicos como: mãos frias e pegajosas (úmidas); tensão e dores musculares; boca seca; suor excessivo; náusea e diarreia; frequência urinária aumentada; dificuldade para engolir ou “nó na garganta”. No TAG também temos sintomas comportamentais e psíquicos como inquietação, nervosismo, irritabilidade, brancos, falta de concentração.

O tratamento é realizado com medicação (os antidepressivos são os fármacos mais empregados) e Psicoterapia Cognitivo-Comportamental.

Os antidepressivos são hoje em dia as drogas de escolha para o tratamento dos transtornos ansiosos. Inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e os tricíclicos são os mais utilizados. Ansiolíticos como os benzodiazepínicos também são usados; entretanto, medicamentos dessa classe podem causar distúrbios da memória e levar à dependência física.

A medicação ajudará na diminuição da ansiedade e a psicoterapia ajudará a pessoa a identificar os sintomas de ansiedade associados à preocupação excessiva, praticar técnicas para controlá-los e auxiliar no desenvolvimento de habilidades e capacidades para enfrentar e lidar melhor com os estressores da vida.

Observação: *Qualquer diagnóstico deve ser realizado por um profissional de saúde especializado. Caso você tenha estes sintomas, de uma maneira frequente, intensa e que prejudique o seu cotidiano, procure ajuda. Quanto antes iniciar o tratamento adequado melhor será a evolução.*

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

Este transtorno atinge cerca de 1 a 2% da população desenvolvendo-se em qualquer período da vida, principalmente em condições onde a pessoa é frequentemente exposta a situações de risco e, como nos demais Transtornos de Ansiedade, ocorre com mais frequência no sexo feminino. Não é um transtorno muito difundido nos meios de comunicação, mas traz prejuízos importantes aos seus portadores, levando a abuso de álcool, depressão e suicídio.

Os principais critérios diagnósticos para o TEPT são:

- Exposição a um ou mais eventos traumáticos aos quais a pessoa tenha vivenciado, testemunhado ou se confrontado; envolvendo ameaças a integridade física própria ou de outros.
- Diante do evento o paciente responde com um medo intenso, impotência ou horror.
- O evento traumático é persistentemente revivido das seguintes formas: recordações (imagens, pensamentos ou percepções) aflitivas e intrusivas; pesadelos repetidos; flashbacks e grande sofrimento quando confrontada com indícios que lembram aspectos do evento traumático.

Esquiva de estímulos associados ao evento traumático, caracterizada por:

- Evitação de pensamentos, sentimentos, conversas, locais e pessoas associadas com o trauma, incapacidade de recordar algum aspecto importante ao evento, redução no interesse e participação em atividades significativas, sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas e falta de perspectiva em relação ao futuro.
- Dificuldade em conciliar ou manter o sono, irritabilidade, dificuldade em se concentrar, excesso de vigilância das sensações físicas e do ambiente onde a pessoa vive e resposta de sobressalto exagerada.

Para caracterizarmos como um transtorno, a duração dos sintomas deverá ser superior a um mês.

Diante do evento traumático o indivíduo comporta-se de maneira imprevisível, para alguns indivíduos as reações são passageiras para outros são de longa duração e com consequências sérias. As situações traumáticas são carregadas de intensidade, podendo afetar uma pessoa ou comunidades inteiras.

Situações traumáticas são definidas por tortura, terrorismo, guerra, acidentes naturais, sequestros, incêndios, assaltos, agressões, conhecimento de doença com risco de morte em filhos, diagnósticos de doenças que levem à morte, desastres automobilísticos e aéreos, contato com crianças mortas ou gravemente feridas, morte ou lesão grave de um colega de trabalho, suicídio de um colega ou qualquer evento de impacto importante e não habitual dentro de um grupo. Excluimos do quadro: luto simples, doenças crônicas, perdas financeiras e conflito conjugal.

Como nos outros Transtornos de Ansiedade, não existe uma causa definida, apesar de vários modelos biológicos e psicológicos tentarem explicá-lo.

O tratamento com melhores resultados é a associação entre medicação e Psicoterapia Cognitivo-Comportamental. A medicação vai ajudar a diminuir a ansiedade e a psicoterapia vai ensinar o paciente a lidar com os sintomas decorrentes do quadro, como por exemplo: pesadelos, flashbacks, esquiva, além de capacitá-lo a como se expor às situações ou lembranças traumáticas porventura evitadas.

É interessante acrescentarmos que se a ocorrência dos sintomas apresentados acima perdurar por duas a quatro semanas, o diagnóstico estabelecido é de Transtorno de Estresse Agudo e, portanto, deve desaparecer após o período determinado.

Observação: *Qualquer diagnóstico deve ser realizado por um profissional de saúde especializado. Caso você tenha estes sintomas, de uma maneira frequente, intensa e que prejudique o seu cotidiano, procure ajuda. Quanto antes iniciar o tratamento adequado melhor será a evolução.*

FOBIA SOCIAL

A Fobia Social, apesar de frequente, muitas vezes não é vista como um problema, sendo confundida com timidez. Atualmente, 3 a 13% da população pode apresentar este transtorno, sendo comum seu aparecimento na adolescência e afetando igualmente a ambos os sexos.

O transtorno caracteriza-se por um medo acentuado e persistente de situações sociais ou uma situação social e de desempenho, nas quais o indivíduo sente intenso constrangimento. A situação social provoca sintomas de ansiedade podendo desencadear ataques de Pânico. A mesma é vivenciada com intenso desconforto ou evitada, interferindo significativamente na rotina diária e no funcionamento ocupacional e social do indivíduo.

Os portadores de Fobia Social têm uma preocupação extrema com a avaliação dos outros, temendo que os avaliem como estranhos, estúpidos e inadequados. Além do medo de falar em público pode existir um temor de comer, beber ou escrever, conversar com figuras de autoridade, iniciar ou manter uma conversa de qualquer espécie (paquera ou um simples bate-papo) e ser observado por outros.

É importante perceber como o medo é exagerado e desproporcional, podendo se apresentar em uma única ou quaisquer situações sociais, também é muito importante avaliarmos o contexto social e a cultura em que o indivíduo está inserido para classificarmos como um transtorno.

A causa não é conhecida, mas estudos apontam para uma somatória de fatores genéticos e ambientais.

O tratamento é realizado com medicação e Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, onde a medicação ajudará na diminuição da ansiedade e a psicoterapia capacita o paciente a desenvolver habilidades sociais e como enfrentar as situações sociais, levando a modificação da avaliação das mesmas,

tornando-as menos ameaçadoras e, portanto, diminuindo a ansiedade em situações semelhantes no futuro.

Observação: *Qualquer diagnóstico deve ser realizado por um profissional de saúde especializado. Caso você tenha estes sintomas, de uma maneira frequente, intensa e que prejudique o seu cotidiano, procure ajuda. Quanto antes iniciar o tratamento adequado melhor será a evolução.*

FOBIAS ESPECÍFICAS

As Fobias podem estar relacionadas aos mais variados objetos e situações. Estima-se que até 23% da população apresentará algum tipo de Fobia ao longo da vida.

A Fobia específica caracteriza-se por ansiedade clinicamente relevante e claramente provocada pela exposição a um objeto ou situação específica temida (estímulo fóbico), frequentemente levando ao comportamento de esquiva (a pessoa evita o estímulo fóbico). O indivíduo com Fobia apresenta medo persistente de objetos e/ou situações que normalmente não incomodam a maioria das pessoas. É consciente de que seus receios não são razoáveis, mas não consegue controlá-los, privando-se de situações muito positivas para si por não conseguir entrar em contato com aquilo que teme. O diagnóstico só é apropriado se os sintomas interferirem significativamente na rotina diária, no funcionamento ocupacional ou na vida social da pessoa.

Os tipos mais frequentes de Fobia específica são:

- **Animal:** medo de animais ou insetos, tais como barata, cachorro, cobra e outros.
- **Ambiental:** altura, tempestades, água etc.
- **Relacional:** sangue, injeção, ferimentos.
- **Situacional:** transportes coletivos, túneis, pontes, elevadores, aviões, medo de dirigir ou de permanecer em locais fechados.

O tratamento para as Fobias é realizado com terapia comportamental.

A terapia comportamental é o tipo de intervenção psicológica que tem demonstrado maior eficácia no tratamento de todos os tipos de Fobias, capacitando o paciente a enfrentar e diminuir o medo principalmente através de técnicas baseadas na exposição gradual e sistemática ao objeto temido.

Observação: *Qualquer diagnóstico deve ser realizado por um profissional de saúde especializado. Caso você tenha estes sintomas, de uma maneira frequente, intensa e que prejudique o seu cotidiano, procure ajuda. Quanto antes iniciar o tratamento adequado melhor será a evolução.*

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

Apesar de o TOC não estar entre os transtornos ansiosos mais frequentes, estima-se que afete até 3% da população [1].

Este transtorno caracteriza-se pela presença de pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos. As obsessões são pensamentos, ideias, imagens ou impulsos persistentes que são vivenciados pelo indivíduo como intrusivos, inadequados e indesejáveis, e causam acentuada ansiedade ou sofrimento. Apesar de ser capaz de reconhecer que são produto de sua própria mente, o indivíduo não controla as obsessões, cujo conteúdo, em geral, não é a espécie de pensamento que ele esperaria ter [1].

As obsessões mais comuns são:

- Pensamentos repetidos acerca de contaminação (por exemplo, ser contaminado em apertos de mãos, ao usar transportes coletivos, pegar em dinheiro etc.).
- Dúvida (por exemplo, imaginar se foram executados certos atos, tais como ter machucado alguém em um acidente de trânsito, ter deixado uma porta destrancada, não ter desligado o gás do fogão, não ter fechado as janelas etc.).
- Necessidade de organizar as coisas em determinada ordem (por exemplo, intenso sofrimento quando os objetos estão desordenados ou dispostos de forma assimétrica, quadros tortos, móveis desalinhados etc.).
- Impulsos agressivos ou aterrorizantes (por exemplo, machucar o próprio filho ou gritar uma obscenidade na igreja).
- Imagens sexuais (por exemplo, uma imagem pornográfica recorrente).

O modo como o indivíduo consegue se livrar temporariamente das obsessões e/ou da ansiedade por elas causada se dá através de comportamentos compulsivos ou compulsões. As compulsões, também chamadas de rituais, são comportamentos repetitivos e estereotipados (por exemplo, lavar as mãos, ordenar, verificar etc.) ou atos mentais (por exemplo, rezar, contar, repetir palavras em silêncio etc.) cujo objetivo é prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento, ao invés de oferecer prazer ou gratificação. Por definição, as compulsões são claramente excessivas ou não têm conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar [4].

As compulsões mais frequentes são:

- **Lavar compulsivo:** pessoas com obsessões de contaminação e sujeira costumam lavar repetidamente as mãos, tomar banhos demorados ou despender muito tempo na limpeza da casa.
- **Verificar ou checar compulsivo:** a pessoa com dúvida obsessiva pode checar diversas vezes (até mais de 100 em certos casos) se desligou o gás do fogão ou se trancou a porta de casa.
- **Repetição:** alguns podem repetir várias vezes nomes, números ou orações; ou repetir atos diversos como calçar e descalçar, abrir e fechar, tirar e pôr.
- **Lentificação:** os atos são realizados muito lentamente sem rituais identificáveis. A pessoa chega a levar horas para realizar uma ação que normalmente levaria poucos minutos.
- **Colecionismo:** colecionadores podem não conseguir jogar fora objetos inúteis, tais como jornais velhos, correspondências e objetos quebrados. Algumas vezes, os colecionadores chegam ao ponto de encher armários e quartos inteiros com quinquilharias.

Para que a pessoa receba o diagnóstico de TOC as obsessões ou compulsões devem causar acentuado sofrimento, consumir mais de 1 hora por dia ou interferirem significativamente na rotina normal, funcionamento ocupacional, atividades sociais habituais ou relacionamentos do indivíduo.

O tratamento é realizado com medicação (os antidepressivos são os fármacos mais empregados) e terapia comportamental. Os antidepressivos são hoje em dia as drogas de escolha para o tratamento dos transtornos ansiosos. Inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e os tricíclicos são os mais utilizados. Ansiolíticos como os benzodiazepínicos também são usados; entretanto, medicamentos dessa classe podem causar distúrbios da memória e levar à dependência física [3].

O tratamento comportamental tem como ingredientes fundamentais a exposição às obsessões e a prevenção dos rituais. Não é indicado o uso de ansiolíticos, álcool e barbitúricos concomitante ao tratamento comportamental, pois estes interferem com o processo de habituação, objetivo principal da terapia [2].

Observação: Qualquer diagnóstico deve ser realizado por um profissional de saúde especializado. Caso você tenha estes sintomas, de uma maneira frequente, intensa e que prejudique o seu cotidiano, procure ajuda. Quanto antes iniciar o tratamento adequado melhor será a evolução.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 1st edition, 1952; 2nd edition, 1968; 3rd edition, 1980; 3rd edition – revised, 1987 & 4th edition, 1994.
2. Barros Neto, T. P. *Sem medo de ter medo*, Casa do Psicólogo, São Paulo, 2000.
3. Gentil, V.; Lotufo, F.; Bernik, M.A. *Pânico, fobias e obsessões*. EDUSP, São Paulo, 1997.
4. Marks, I. M. *Fears, phobias, and rituals*. Oxford University Press, New York, 1987.

TRANSTORNO DE PÂNICO (TP)

Transtorno de Pânico é considerado um dos Transtornos de Ansiedade mais frequentes, atingindo de 1,5 a 2% da população, na maioria dos casos mulheres entre 18 e 35 anos. O transtorno é caracterizado pela presença de ataques de Pânico inesperados e repetidos, seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente acerca de ter um novo ataque, medo de ter uma complicação cardíaca, de perder o controle e até de enlouquecer.

Um ataque de Pânico é definido por um período de intenso medo ou desconforto acompanhado por pelo menos 4 dos sintomas citados a seguir:

Palpitações, sudorese, tremores, sensação de falta de ar ou sufocamento, dor ou desconforto no peito, náusea ou desconforto abdominal, tontura, desrealização (sensações de irrealidade), despersonalização (distanciamento de si mesmo), medo de perder o controle ou de enlouquecer, medo de morrer, anestesia ou sensações de formigamento, calafrios ou ondas de calor.

Os ataques podem ocorrer diariamente ou semanalmente, no período de vários meses.

O medo de ter um próximo ataque pode gerar um comportamento de esquiva denominado Agorafobia que é caracterizado por ansiedade em permanecer em locais ou situações de difícil saída, ou a percepção da impossibilidade de auxílio caso ocorra um novo ataque de Pânico.

As situações podem ser várias, dentre elas:

- Ficar sozinho e não obter socorro;
- Estar no meio de uma multidão;
- Permanecer numa fila;
- Estar em uma ponte;
- Viajar de ônibus, trem ou automóvel.

Observação: Qualquer diagnóstico deve ser realizado por um profissional de saúde especializado. Caso você tenha estes sintomas, de uma maneira frequente, intensa e que prejudique o seu cotidiano, procure ajuda. Quanto antes iniciar o tratamento adequado melhor será a evolução.

AGORAFOBIA

A Agorafobia pode ser entendida como uma complicação do Transtorno de Pânico. Pessoas que sofrem de Agorafobia evitam uma série de situações por elas percebidas como passíveis de desencadear um ataque de Pânico. Por exemplo, se uma pessoa tiver um ataque de Pânico dentro de um túnel congestionado, é possível que esta situação se torne uma ameaça para ela em função do risco de um novo ataque.

Com frequência, o agorafóbico necessita da presença de uma pessoa em quem confie.

O medo de ter um ataque de Pânico é o fator determinante do comportamento de evitação. Geralmente as situações evitadas são aquelas em que a saída esteja difícil ou o socorro não disponível. Com frequência, o agorafóbico necessita da presença de uma pessoa em quem confie, geralmente um familiar ou cônjuge para que possa enfrentar as situações desencadeantes do medo.

Algumas dessas situações são bastante comuns e aparecem relacionadas abaixo:

- Sair de casa sozinho;
- Ficar em casa sozinho;
- Usar automóvel ou transportes coletivos (inclusive o avião);
- Estar em locais cheios e fechados;
- Filas;
- Congestionamentos;
- Túneis;
- Passarelas;
- Elevadores;
- Feiras e supermercados.

O maior temor do agorafóbico é a manifestação de sintomas de um ataque de Pânico. É o medo de sentir medo que determina o comportamento de esquiva. Algumas vezes a pessoa não apresenta o comportamento de evitação. Este medo é variável de pessoa para pessoa e pode apresentar-se como um medo de morrer, desmaiar, perder o controle ou tornar-se insano. Algumas vezes a pessoa não apresenta o comportamento de evitação, mas enfrenta as situações com muito sofrimento e desconforto. Em outros casos, o quadro pode ser tão intenso que ela não se atreve mais a sair de casa.

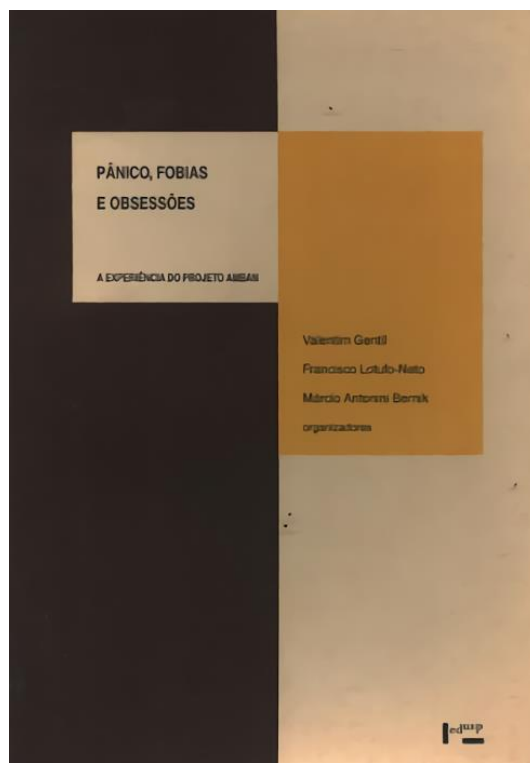
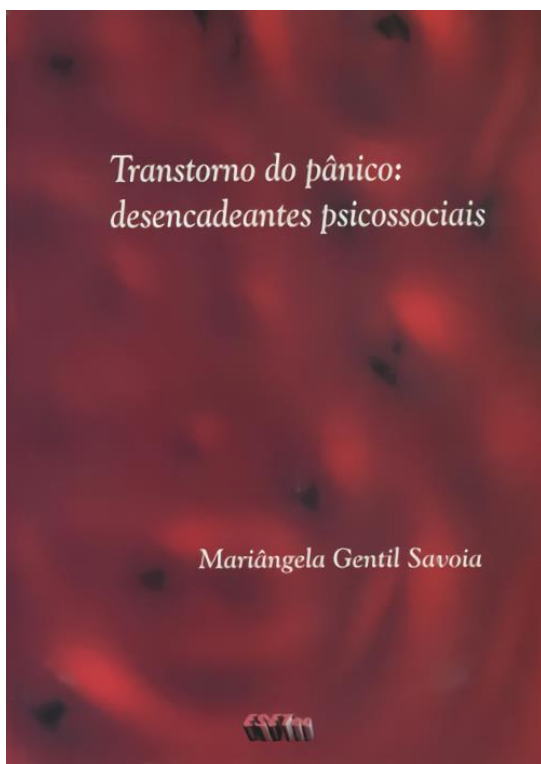
Contudo, a Agorafobia pode existir sem caracterizar um Transtorno de Pânico associado, ou seja, acontecer sem a presença prévia de ataques de Pânico. Na ocorrência somente de Agorafobia a preocupação consiste em ter alguns sintomas de um ataque de Pânico, mas não um ataque completo.

As causas do transtorno são desconhecidas, mas estudos apontam para uma somatória de fatores genéticos e ambientais.

O tratamento para o Transtorno de Pânico é realizado com medicação e psicoterapia. Hoje sabemos que a associação de medicação e especificamente Terapia Cognitivo-Comportamental é o que traz maiores benefícios ao paciente; a medicação vai ajudar a diminuir a ansiedade. A psicoterapia capacita o paciente a lidar com os sintomas ansiosos presentes dentro de um ataque de Pânico e como enfrentar situações que são evitadas pelo medo de um novo ataque.

Observação: *Qualquer diagnóstico deve ser realizado por um profissional de saúde especializado. Caso você tenha estes sintomas, de uma maneira frequente, intensa e que prejudique o seu cotidiano, procure ajuda. Quanto antes iniciar o tratamento adequado melhor será a evolução.*

PUBLICAÇÕES



ARTIGOS CIENTÍFICOS

TERAPIAS COMPORTAMENTAL E COGNITIVA DO TRANSTORNO DE PÂNICO

_Célia Vaisbich Ignácio

Transtorno de Pânico é considerado um dos Transtornos de Ansiedade mais frequentes, atingindo 1,5 a 2% da população, na maioria dos casos mulheres entre 18 e 35 anos. Ele é caracterizado pela presença de ataques de Pânico inesperados e repetidos, seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente acerca de ter um novo ataque, medo de perder o controle, de ter uma complicação cardíaca e até enlouquecer [1].

Um ataque de Pânico é definido por um período de intenso medo ou desconforto acompanhado por pelo menos 4 dos sintomas citados a seguir:

Palpitações, sudorese, tremores, sensação de falta de ar ou sufocamento, dor ou desconforto no peito, náusea ou desconforto abdominal, tontura, desrealização (sensações de irrealidade), despersonalização (distanciamento de si mesmo), medo de perder o controle ou de enlouquecer, medo de morrer, anestesia ou sensações de formigamento, calafrios ou ondas de calor. Os ataques podem ocorrer diariamente ou semanalmente, no período de vários meses [1].

O medo de ter um próximo ataque pode gerar um comportamento de esquiva denominado Agorafobia caracterizado por: ansiedade em permanecer em locais ou situações de difícil saída, ou a percepção da impossibilidade de auxílio caso ocorra um novo ataque de Pânico. As situações podem ser várias, dentre elas: ficar sozinho e não obter socorro, estar no meio de uma multidão, permanecer numa fila, estar em uma ponte e viajar de ônibus, trem ou automóvel.

Modelo Comportamental do Transtorno do Pânico

Todos os quadros de ansiedade têm em comum o comportamento de esquiva às situações que causam medo. A esquiva desenvolve-se pela associação que o indivíduo faz entre um aumento de ansiedade e uma determinada situação [4]. A ansiedade fica condicionada a essa situação e o indivíduo passa a evitá-la para não repetir o desconforto. A esquiva produz uma redução temporária da ansiedade, o que reforça o comportamento e impede a desconfirmção de que a situação temida não é tão perigosa quanto à pessoa imagina.

No Transtorno do Pânico o indivíduo tende a se esquivar das interações e situações estressoras como, também, das próprias emoções (ansiedade e suas manifestações físicas) [3]. Neste caso, ele passa a acreditar que fica livre do mal estar, o que acarretará, cada vez mais, o comportamento de esquiva, limitando sua vida.

O modelo de Barlow valoriza o condicionamento interoceptivo. Ele diz que o ataque de Pânico inicial é um “alarme falso”. O indivíduo sente-se mau frente a um estímulo estressor e associa este mal-estar à situação vivida [6]. Este ataque inicial é tão traumático e assustador que coloca a pessoa em estado de alerta a espera de um novo episódio. Com isto, ele passa a evitar as situações, reduzindo sua ansiedade. O modelo comportamental, portanto, enfoca o condicionamento dos ataques, ou seja, a cada novo ataque de Pânico espontâneo, o mesmo circuito é instalado [4].

Tratamento Comportamental

Para que haja mudança do comportamento de esquiva é necessário que o terapeuta elabore um plano de tratamento a partir da análise funcional do comportamento. Ou seja, o terapeuta, baseado numa entrevista detalhada, deverá identificar quais são os estímulos que antecedem e, portanto,

desencadeiam o comportamento patológico e as prováveis consequências que o mantêm. Qualquer estímulo pode desencadear uma avaliação inicial de perigo, inclusive e, principalmente, as sensações corporais e as consequências normalmente estão relacionadas à diminuição da ansiedade e seus sintomas físicos e as mudanças no ambiente do indivíduo.

A técnica comportamental mais utilizada no tratamento do Transtorno de Pânico é a exposição. Esta técnica consiste em ensinar o paciente a enfrentar as situações temidas, lidar com os sintomas físicos causados pela ansiedade durante um ataque de Pânico e comportar-se diferentemente diante destas situações. Espera-se que haja uma redução da resposta de ansiedade quando o indivíduo entra em contato várias vezes com o estímulo que lhe causa o medo e os respectivos sintomas desagradáveis. Este confronto de forma sistemática faz com que ele desconforme a ideia de uma consequência negativa, promovendo a redução do seu desconforto e a segurança para parar de evitar as situações, o terapeuta deve orientar o paciente a se expor progressivamente a situações geradoras de ansiedade.

Estas situações podem estar relacionadas ao ambiente do indivíduo (exposição aos estímulos externos), ou aos sintomas físicos (exposição aos estímulos internos ou exposição interoceptiva). É necessário que o paciente esteja em estado de relaxamento durante os exercícios de exposição. Neste caso, o terapeuta deverá ensinar o paciente a relaxar e a técnica que normalmente é utilizada é o relaxamento muscular progressivo de Jacobson. É também importante que o paciente aprenda a respiração abdominal, que contribui no relaxamento e, conseqüentemente, na diminuição da ansiedade e seus sintomas físicos.

Os tratamentos de exposição funcionam por permitirem aos pacientes com TP experimentarem a situação temida e, desse modo, perceber que seus temores são infundados. Uma vez iniciado o tratamento, é importante que se faça uma monitoração contínua dos exercícios de exposição para verificar os progressos obtidos. Caso contrário, o terapeuta deverá identificar as variáveis que estão interferindo no sucesso do tratamento e que podem estar relacionadas com a hierarquia elaborada ou mesmo com as dificuldades ou resistências do paciente. O procedimento mais comum de monitoração é o diário, onde o paciente registra as situações de exposição, as sensações experimentadas e uma nota para sua ansiedade [5].

Modelo Cognitivo do Transtorno do Pânico

A ideia do modelo cognitivo de Beck [2] é a de que as emoções são experimentadas como resultado da interpretação e avaliação que o indivíduo faz dos eventos de sua vida. Isto significa que o mesmo evento pode provocar emoções diferentes para diversas pessoas em situações semelhantes ou mesmo emoções diferentes na mesma pessoa em ocasiões diferentes.

Essas interpretações que o indivíduo faz do seu mundo formam regras e uma maneira de pensar que o orienta e o ajuda a estabelecer critérios de adequação ao seu meio [5]. Quando estas avaliações das situações são distorcidas ou errôneas, desencadeiam pensamentos negativos e/ou irracionais que determinam dificuldades de adaptação do indivíduo ao seu ambiente.

Normalmente, as pessoas que sofrem de ansiedade tendem a superestimar o perigo, a interpretar uma variedade de situações como ameaçadoras e a sentirem-se vulneráveis por acreditarem que o mundo e os outros podem lhe causar o mau. Os indivíduos que experimentam ataques de Pânico tendem a interpretar suas sensações físicas de modo catastrófico e percebem a situação muito mais perigosa do que realmente é. Portanto, a experiência de quem tem Pânico e acredita estar tendo um ataque cardíaco é muito similar a quem, realmente, está tendo um ataque do coração [8].

Vejamos o seguinte exemplo:

Um homem de 40 anos foi esquiar e enquanto estava na pista começou a transpirar, sentir falta de ar, tontura e fraqueza. Sentiu frio e uma sensação de instabilidade. Teve dificuldade de focalizar qualquer objeto e tinha ondas de ansiedade. Ele estava em tal estado que teve que ser levado ao hospital.

Nenhuma anormalidade física foi constatada e foi dito que ele teve um “ataque de ansiedade aguda”. A chave do que aconteceu foi encontrada em seus pensamentos e imagens. Enquanto ele estava esquiando, pensou algumas vezes que poderia ter um ataque cardíaco e que seria impossível ter os primeiros socorros. Mais tarde, quando começou a sentir falta de ar e outros sintomas, pensou que deveria estar tendo um ataque cardíaco e que ia morrer. Depois se imaginou em uma cama de hospital, com máscara de oxigênio e médicos ao seu redor. Cada vez que vinha a sua mente esta imagem, ele experimentava um aumento dos sintomas. Sua interpretação errônea da resposta fisiológica normal do exercício em um ambiente frio e atmosfera rarefeita indicou-lhe uma doença que ameaçava sua vida. A reação ocorreu em um conjunto de algumas predisposições psicológicas, pois seu irmão havia morrido a algumas semanas de ataque cardíaco e ele pensava que também poderia morrer. Ele interpretou aqueles sintomas como aquilo que mais temia: um ataque cardíaco.

Uma vez que a reação de medo começou, o sujeito interpreta que está experimentando um problema físico ou mental, o que o leva a catastrofizar seus sintomas, acionando mais sintomas fisiológicos e chegando a um ataque de Pânico. Clark [5] relata uma sequência de eventos percebida durante um ataque de Pânico que se transforma num círculo vicioso e que caracteriza o modelo cognitivo do TP.

Esta sequência tem início com uma má interpretação das sensações físicas (estímulos internos) e/ou de estímulos externos (por exemplo, estar esquiando) como um sinal de perigo iminente. Esta interpretação distorcida produz um estado de apreensão que acarreta uma intensificação ou catastrofização das sensações físicas que seriam consideradas normais em estados de ansiedade. Com isto, ocorre um aumento adicional na apreensão, produzindo mais sensações físicas que culminam num ataque de Pânico.

Tratamento Cognitivo

É necessário que se ajude o paciente a identificar e modificar suas interpretações das sensações físicas e avaliações distorcidas das situações aonde costuma ter os ataques. Neste caso, a técnica cognitiva utilizada é a de treinar o paciente a rever o círculo vicioso do ataque e avaliar as evidências de seus pensamentos e imagens relacionados à ameaça de sua saúde física e emocional. Deve-se ensinar o paciente a substituir seus pensamentos negativos e/ou distorcidos por outros mais realistas, pois quando eles percebem que seus sintomas podem ser explicados e que as catástrofes são extremamente improváveis, o medo é reduzido e o círculo vicioso cortado.

Neste exemplo, o sistema de alarme do sujeito foi acionado pela má interpretação inicial da natureza dos seus sintomas, acreditando que estava prestes a ter um ataque cardíaco. Se ele entendesse que o que estava lhe acontecendo era uma reação fisiológica natural naquelas condições e circunstâncias, não teria se apavorado e aterrorizado. Ele poderia perceber que nenhuma atitude precisaria ser tomada, pois os mecanismos reguladores de seu corpo agiriam, permitindo sua recuperação gradativa em um curto período de tempo. Além disto, se ele soubesse que os ataques de Pânico não são tão incomuns, poderia ter tido menos medo de aparentar os sintomas para os outros.

Com o tempo, ele poderia começar a observar mais intimamente as circunstâncias de sua vida e suas respostas emocionais e descobrir que o estresse poderia tê-lo levado a esta reação intensa. Ele poderia então, aprender a responder com mais calma e confiança a esse estresse, tão bem quanto aos seus sintomas de ansiedade.

Algumas perguntas facilitam a identificação de pensamentos negativos e/ou distorcidos e a de imagens ruins associadas à ansiedade, como por exemplo:

“O que estava passando em sua mente naquele momento?” ou, “você estava imaginando algo que poderia lhe acontecer?”, ou ainda, “o que esta situação significava para você?”.

Normalmente, os pensamentos do paciente com TP estão relacionados à antecipação de uma catástrofe e, portanto, precisam ser avaliados. Algumas perguntas facilitam esta avaliação, como por exemplo:

“Quais são as evidências que apoiam esta ideia?”, “quais são as evidências contra esta ideia?”, ou ainda, “existe uma explicação alternativa?” Com frequência, os pensamentos contêm uma parcela de verdade e é necessário reconhecê-la. Quando o pensamento for válido, é importante o paciente se perguntar: “Qual é o pior que poderia acontecer?”, “eu poderia superar isto?”, “qual é o resultado mais realista?”.

Este procedimento é conhecido como reestruturação cognitiva e sua meta fundamental é a de tornar o paciente mais consciente de seus processos de pensamento para permitir a correção de erros lógicos [7].

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, 4^o edição – DSM-IV. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
2. Beck, A.T.; Emery, G. *Terapia cognitiva da ansiedade dos transtornos fóbicos*. Philadelphia, Center of Cognitive Therapy, 1979.
3. Brandão, M.Z. et al. *Sobre comportamento e cognição – Clínica, pesquisa e aplicação*. Santo André, ESETec Editores Associados, 2003, v.12.
4. Gentil, V.; Lotufo-Neto, F.; Bernik, M.A. (org). *Pânico, fobias e obsessões*. São Paulo, EDUSP, 1997.
5. Hawton, K.; Salkovskis, P.M.; Kirk, J.; Clark, D.M. *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos – Um guia prático*. São Paulo, Martins Fontes, 1997.
6. Rangé, B. (org). *Psicoterapia comportamental e cognitiva – Pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas, Editorial Psy II, 1995.
7. Rangé, B. (org). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas, Editorial Psy, 1998.
8. Salkovskis, Paul M. *Fronteiras da terapia cognitiva*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.

ENFRENTANDO O PÂNICO SEM MEDO

_Vera Lúcia Carvalho Tess

Temos em nossas vidas muitos tipos de problemas. Alguns aparecem e, quando adequadamente cuidados, jamais retornam. Outros nos acompanham por muito tempo e requerem nossa persistência no seu enfrentamento. O Transtorno de Pânico pertence a este segundo grupo. É uma condição médica crônica que normalmente requer tratamento em longo prazo. A literatura e a prática clínica sugerem tratamento farmacológico de manutenção de 12 a 18 meses após a melhora total ou significativa dos sintomas. A associação do tratamento farmacológico com a Terapia Cognitiva-Comportamental é o que tem mostrado maior eficácia em longo prazo.

Evidências sugerem que a maior parte dos pacientes apresenta algum grau de recidiva dos sintomas ansiosos. Cerca de um terço dos pacientes permanecem bem após a retirada da medicação, muito embora essas proporções não possam ser tomadas de forma definitiva. Conseqüentemente, o fundamental ao se iniciar o tratamento medicamentoso é esclarecer o paciente acerca de sua duração. Aumentar a aderência ao tratamento na fase de manutenção é tão importante quanto obter uma boa resposta ao tratamento na fase aguda. O abandono precoce da medicação é o principal fator de reaparecimento dos sintomas. A descontinuação da medicação é mais frequente no primeiro mês do tratamento.

Entre as causas mais comuns levantadas pelos pacientes estão:

- Presença de efeitos colaterais;
- Demora na resposta terapêutica (expectativa de melhora imediata);
- Desinformação sobre a doença e seu tratamento (a possibilidade de piora inicial, por exemplo);
- Falhas na relação médico-paciente.

Já durante a fase de manutenção, o abandono deve-se, basicamente, à persistência de efeitos colaterais e à desinformação sobre o tempo de tratamento, de manutenção e sobre o risco de recaída precoce com a descontinuação.

Todas as medicações usadas no tratamento do Transtorno de Pânico (antidepressivos e benzodiazepínicos) podem causar efeitos colaterais. A maior parte desaparece com o tempo ou se torna bem tolerado. No entanto, alguns deles podem permanecer durante todo período de manutenção.

Os pacientes com Transtorno de Pânico têm algumas particularidades quando comparados aos pacientes com outros transtornos ansiosos. São especialmente sensíveis aos sintomas somáticos e podem apresentar piora dos sintomas ansiosos no início do tratamento (cerca de 30% dos pacientes). Essas características, associadas ao componente cognitivo do Transtorno de Pânico – de interpretar catastroficamente os sintomas físicos – tornam esses pacientes mais suscetíveis aos efeitos colaterais, aumentando o receio de tomar a medicação e a chance de abandono no início do tratamento.

O médico deve dar orientações quanto: (i) ao diagnóstico e ao curso da doença; (ii) às alternativas terapêuticas; (iii) à duração do tratamento (agudo e de manutenção); (iv) ao tempo da resposta terapêutica; (v) à possível piora inicial; e, (vi) à ocorrência de efeitos colaterais e como administrá-los.

Assim, o primeiro e fundamental passo no manejo dos efeitos colaterais é uma relação de colaboração entre médico e paciente. Investir tempo nesta relação é um fator crucial para aumentar a aderência ao tratamento. As primeiras semanas são o período de maior risco de abandono, portanto, quanto mais informado, maior a chance do paciente colaborar e aderir ao tratamento.

A RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE E TRANSTORNO DO PÂNICO

_Mariângela Gentil Savóia

O estresse vem sendo apontado como um fator predisponente ao Transtorno de Pânico (TP). A literatura de pesquisa e a experiência clínica têm nos mostrado que as pessoas com TP são capazes de identificar estressores que precederam seu primeiro episódio de Pânico. Aproximadamente 80% dos pacientes são capazes de descrever um ou mais eventos vitais negativos antes da primeira manifestação de Pânico. Talvez o primeiro ataque seja um “falso alarme”, pois ocorre quando nenhum perigo real está presente. Ataques espontâneos são considerados falsos alarmes porque consistem em uma reação exacerbada do sistema e não uma resposta útil. O falso alarme pode ser o que determina o primeiro ataque de Pânico, mas os subsequentes dependem da vulnerabilidade psicológica, o “medo de ter medo” aumenta a percepção das sensações corporais e a interpretação dessas mudanças, levando a um círculo vicioso.

A primeira manifestação do TP pode ser decorrente de situação de estresse, sendo que a maioria dos eventos associados à primeira manifestação de Pânico não são considerados eventos traumáticos e sim os de experiência humana normal como a perda de alguém que amamos muito e que, embora não seja uma ocorrência frequente, faz parte da vida. Na verdade, os estressores relacionados ao Pânico são parte inevitável da vida, e somente uma minoria de pessoas expostas a eles desenvolvem os sintomas. Pode-se hipotetizar que fatores predisponentes individuais, biológicos e psicológicos interagem levando ao primeiro ataque de Pânico.

Os fatores psicossociais que predisõem ao Pânico são ansiedade de separação na infância e perda súbita de suportes sociais. A exposição a eventos vitais estressantes na infância e adolescência podem contribuir para o desenvolvimento de TP nos adultos.

Os mecanismos de desenvolvimento do TP em resposta a estresse psicossocial não estão bem elucidados, embora a alta prevalência de estresse psicossocial anterior ao primeiro ataque de Pânico tem sido demonstrada e relacionada com a vulnerabilidade do sujeito. A ênfase deve ser voltada para a vulnerabilidade ao estresse e não aos eventos estressantes em si. Há fortes evidências de que a vulnerabilidade à ansiedade é um fator de risco ao ataque de Pânico.

Um estressor específico a ser considerado é o ataque de Pânico em si. Após o primeiro episódio de Pânico a expectativa sobre a ocorrência de um próximo ataque passa a ser uma preocupação frequente entre os pacientes com este transtorno. Alguns fatores que predisõem os ataques de Pânico, não são mais espontâneos, mas sim desencadeados por fatores psicológicos. O foco na percepção de sintomas somáticos faz com que os sintomas fisiológicos de qualquer natureza sejam atribuídos à possível ocorrência de um novo ataque, como por exemplo, batimentos cardíacos acelerados nos exercícios físicos.

Esta ênfase recente nos estudos de estresse sobre eventos vitais tem demonstrado que apenas uma minoria das pessoas expostas aos eventos em questão desenvolve algum tipo de transtorno mental, Os eventos não são estressantes, a não ser que o indivíduo os defina como tal. Por isto, algo mais deve estar envolvido, não apenas o estímulo, mas a resposta do sujeito. Portanto, a tendência corrente em pesquisa tem se focado na qualidade de enfrentamento como o maior determinante de transtornos.

As habilidades desenvolvidas para o domínio das situações de estresse e adaptação a elas são denominadas “coping”, traduzido livremente neste texto como “enfrentamento”. Define-se enfrentamento como todos os esforços de controle, sem considerar as consequências, ou seja, é uma resposta (comportamental ou cognitiva) ao estresse com a finalidade de reduzir as suas qualidades aversivas. É uma resposta com o objetivo de aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal. O sentido de controle pode, porém, ser ilusório. As pessoas podem ser consistentes no modo como percebem o estresse e na maneira como o combatem, mas esta consistência envolve variações sistemáticas de situações ou estilo. A tendência a escolher determinada estratégia de enfrentamento depende do repertório individual (muitas estratégias podem ser úteis para uma mesma situação) e de experiências tipicamente reforçadas.

A forma pela qual uma pessoa usa enfrentamento está determinada, em parte, por seus recursos, os quais incluem saúde e energia, crenças existenciais, habilidades de solução de problemas, habilidades sociais, suporte social e recursos materiais. O enfrentamento é também determinado por variáveis que diminuem o uso dos recursos pessoais. Podem ser de natureza pessoal, incluindo valores e crenças culturais que prescrevem certas formas de déficits de comportamentos. Podem ser ambientais, incluindo demandas que competem com os recursos pessoais e/ou agências como instituições que impedem os esforços de enfrentamento. No que diz respeito às relações entre o TP e as estratégias mais comumente utilizadas pelos pacientes com Pânico, tratam-se maneiras ineficazes e desadaptadas de se lidar com o estresse. O TP pode ser considerado como uma adaptação negativa aos eventos vitais associado com a falha em utilizar estratégias efetivas de enfrentamento.

O QUE EU SINTO É PÂNICO?

_Mariângela Gentil Savóia

O termo Pânico tem sido muito utilizado para diversas manifestações de comportamento. Hoje é comum que as pessoas se identifiquem – erroneamente – como portadoras de Pânico ou mesmo profissionais diagnosticarem de maneira equivocada este transtorno. Em outras circunstâncias pode ocorrer o inverso:

o paciente é portador de Transtorno de Pânico e demora em receber o diagnóstico, o que acarreta um sofrimento desnecessário para ele e sua família.

Transtorno de Pânico? É este o nome? Sim, transtorno, embora a manifestação já tenha sido chamada de Síndrome do Pânico, Distúrbio do Pânico e Doença do Pânico. A nova nomenclatura privilegia o termo “transtorno” por ter desencadeantes biológicos, psicológicos e ambientais e porque suas causas não estão identificadas.

Primeiramente é importante distinguirmos o Transtorno de Pânico de ataque de Pânico. Quem tem algum tipo de Fobia pode sofrer um ataque de Pânico ao entrar em contato com o objeto da Fobia. Pense em algo como um elevador. Se obrigarmos essa pessoa a entrar num elevador, ela poderá ter um ataque de Pânico. Portanto, ter um ataque de Pânico não significa ter o Transtorno de Pânico. Todos os Transtornos de Ansiedade podem ser acompanhados de ataques de Pânico.

O que caracteriza o ataque de Pânico é a sensação de morte iminente, medo de estar ficando louco, taquicardia, sudorese, falta de ar, tontura, tremores, entre outras sensações. É um período inconfundível de medo intenso ou desconforto. Para dizermos que uma pessoa tem Transtorno de Pânico é preciso que os ataques ocorram sem uma situação específica, de forma espontânea, principalmente os primeiros episódios.

Depois pode ocorrer um condicionamento às situações ou locais associados ao ataque de Pânico. Por exemplo, ao ter um ataque de Pânico em um supermercado, a pessoa passa a ter medo de entrar no supermercado. Na verdade, o medo que ela sente é de ter um novo ataque de Pânico.

O condicionamento também pode estar relacionado às sensações corporais. Por exemplo: Todas as vezes que a sensação de taquicardia em virtude de um esforço físico acontece, a pessoa fica apreensiva. O ataque de Pânico para o portador de Transtorno de Pânico tem a característica da incontrollabilidade, ou seja, não se tem controle sobre sua ocorrência e se passa a ter medo do medo.

O Transtorno de Pânico é caracterizado por ataques de Pânico inesperados e recorrentes acerca dos quais a pessoa se sente constantemente preocupado. O tratamento combinado farmacológico e psicoterápico (Terapia Cognitiva-Comportamental) é o que tem apresentado maior eficácia em longo prazo.

ADMINISTRANDO OS PENSAMENTOS NO TRANSTORNO DE PÂNICO

_Andréa Machado Vianna

Normalmente procuramos explicações para nossos sentimentos e sensações físicas e interpretamos os mesmos como causadores de nosso sofrimento. Na ocorrência do Transtorno de Pânico esta interpretação leva a pensamentos do tipo: “Estou perdendo o controle... Meu coração está disparado... Eu não paro de tremer... Vou ter um ataque cardíaco... Alguém me ajude, vou desmaiar... Meu Deus, eu vou morrer!”. Pensamentos desse tipo em alguns casos costumam despertar um conjunto de reações, tais como: taquicardia, dores no peito, dificuldade de respirar, formigamento, tremores, medo de perder o controle, esquiva a locais considerados ameaçadores, entre outros. Desta forma, gera-se um círculo vicioso, no qual a sensação alimenta o pensamento e este leva a novas sensações, num espiral crescente de pensamentos e sensações que toma a pessoa de assalto, sem aviso, o que se configura como um ataque de Pânico.

Tal situação é sempre avaliada como uma grande catástrofe para quem a sofre. E também não é para menos. A percepção de morte iminente, várias vezes ao dia, dezenas na semana, mesmo por breves instantes (que parecem horas intermináveis), faz com que a pessoa não discrimine sensações e situações reais daquelas que desencadeiam e caracterizam o ataque de Pânico. Passa-se a acreditar exclusivamente e constantemente que há algo de muito grave e que um novo ataque está por vir, a

qualquer momento em qualquer lugar. Há saída para isso? Com algum direcionamento, administram-se os pensamentos, o que auxilia e muito no controle dos ataques. O primeiro aspecto consiste em obter informações sobre como estes sintomas agem na pessoa e principalmente o papel da ansiedade em sua vida.

A ansiedade está presente em nossas vidas dentro de diversos contextos, sejam eles negativos ou não. Ela pode nos acompanhar de uma forma esperada, nos preparar para o perigo ou algo de positivo, como uma promoção; é uma emoção humana, apesar de a que percebemos como desagradável, compõem nosso comportamento e nos torna indivíduos únicos.

No Transtorno de Pânico a ansiedade aparece de forma patológica, percebida com intensidade e suas manifestações podem ser semelhantes às de outras patologias, como cardíacas ou neurológicas. Neste contexto, é importante que a pessoa com Pânico conheça o problema e suas manifestações. Reconhecer que o ataque durará no máximo 30 minutos, que tudo irá passar e que não há risco de desmaiar (visto que no ataque sua pressão sanguínea tende a aumentar devido ao medo) ou de morte, pode facilitar o controle da crise somente.

Outra atitude que pode ajudar é identificar os desencadeantes de um ataque de Pânico, visto que qualquer situação geradora de sintomas ansiosos – sejam eles físicos, cognitivos ou comportamentais –, é interpretada como um novo ataque pelo indivíduo. Por exemplo: a sensação ofegante ao subir um lance de escadas, a sensação de fraqueza causada por alimentação inadequada ou encontrar alguém que emocione a pessoa, todos podem ser interpretados como um início de ataque. A importância de diferenciar o que é uma situação cotidiana, capaz de desencadear sensações ansiogênicas, de outras que são parte de um ataque de Pânico, pode ser a diferença entre ter ou não uma crise de Pânico. Diante de um possível ataque, se a pessoa souber discriminar a situação, torna-se possível recorrer pensamentos positivos – vai passar, não vou desmaiar e muito menos morrer –, que proporcionam alívio na percepção catastrófica e na intensidade do ataque.

Uma vez identificadas as situações, manejando os sintomas de maneira mais racional, permite-se que a pessoa intensifique a sensação de autocontrole, sentimento fundamental para um portador de Transtorno de Ansiedade.

PROGRAMAS E ATIVIDADES

Informe-se sobre atividades abertas ao público e exclusivas aos associados:

- Grupos de Apoio;
- Oficinas de Yoga e de Relaxamento;
- Treino de Habilidades Sociais;
- Acompanhamento Terapêutico;
- Cursos de Atualização Profissional;
- Palestras Educativas em Escolas e Empresas.

SIGNIFICADO DA YOGA

Kundalini Yoga, conforme ensina Yogi Bhajan, é um dos mais completos estilos de yoga contemplando posturas (*ásanas*), movimentos, técnicas de respiração (*pranayama*), direcionamento da energia vital (*prana*) pelo posicionamento das mãos (*mudras*) e contrações de determinadas regiões do corpo (*bhandas*), relaxamento, mantras (projeção criativa da mente através do som) e meditação com toques de filosofia e estilo de vida yóguico. Por mudar a postura corporal, o padrão de respiração e a vibração do pensamento, é possível transformar o estado físico e os padrões mentais, além de propiciar um contato diferenciado com sua identidade infinita.

A palavra “kundalini” vem da outra palavra “kundal” que significa “o cacho do cabelo do amado” em sânscrito. É uma poética descrição da energia da consciência, o potencial criativo que existe em todos nós e reside enrolada na base da coluna. Quando estimulada apropriadamente, esta energia se eleva, serpenteando a coluna até o topo da cabeça, ativando todos os núcleos de energia (*chackras*). É uma sensação única de despertar, de expansão, de elevação, de sabedoria interna.

Pode-se dizer, então, que a Kundalini Yoga é uma técnica que une a tríade corpo-mente-espírito através da expansão da consciência (potencial criativo). Uma aula te deixa com uma incrível sensação de ter nutrido todo o seu ser e experimentado algo especial. Não é necessária experiência anterior em yoga ou em qualquer atividade física nem tão pouco estar em perfeitas condições físicas e emocionais para começar a ter benefícios quase que imediatamente. A Kundalini Yoga também não se trata de uma prática religiosa, sendo praticada por membros de quaisquer religiões ou até mesmo por aqueles sem religião.

Construa sua força interna e externa, crie a autoconsciência e atinja, assim, seu mais alto potencial.

VOCÊ PODE! Convidamos você a experimentar!

GRUPOS DE APOIO

A ideia dos grupos de apoio é, em essência, tão antiga quanto os seres humanos. Aprendemos a ajuda e o cuidado direcionado ao outro desde pequenos. A participação em Grupos de Apoio é de grande relevância para quem busca um espaço onde há a possibilidade de conhecer pessoas com problemas em comum.

O trabalho dos Grupos de Apoio deve ser visto como uma ferramenta para qualquer tipo de tratamento. Deve ser um prolongamento do tratamento recebido em clínicas, consultórios, hospitais ou qualquer outro lugar. Os Grupos de Apoio da APORTA têm como objetivos principais educar, apoiar, orientar e socializar pessoas que apresentam dificuldades relacionadas à ansiedade.

Os encontros são conduzidos por psicólogos voluntários, por pacientes, ex-pacientes e outros profissionais da área da saúde que oferecem apoio e utilizam intervenções com a finalidade de:

- Manter o funcionamento psicossocial adequado;
- Reduzir o medo, a ansiedade e o isolamento causados aos portadores de Transtornos de Ansiedade;
- Prover fonte adicional de reforçamento positivo;
- Estimular situações onde se experimentam novos comportamentos;
- Orientar os integrantes a experimentarem novas formas de comunicação;
- Adquirir comportamentos sociais adaptativos;
- Possibilitar a troca de experiências;
- Incentivar a adesão aos tratamentos médico e psicológico;
- Fornecer informações quanto à patologia e seu tratamento;
- Estimular a sociabilização.

Informações gerais:

- Os encontros dos nossos grupos acontecem uma vez por mês;
- Cada encontro tem 1 hora e meia de duração;
- Os grupos são compostos por, no máximo, 10 participantes;
- As datas dos encontros são pré-fixadas.

As reuniões acontecem na Rua Major Maragliano, 241 – Vila Mariana – Em espaço gentilmente cedido pelo CAISM.

Quem pode participar?

- Associados da APORTA portadores de Transtornos Ansiosos;
- De ambos os sexos;
- Maiores de 18 anos.

O que é preciso fazer para participar?

1. Escreva um e-mail;
2. Escolha um dos horários a seguir: sábados às 09h00 ou quartas-feiras às 19h00;
3. Deixe um número de telefone para que possamos agendar uma entrevista de triagem.

O que é a entrevista de triagem?

É um encontro com o psicólogo facilitador do grupo que tem como objetivos:

- Confirmar o diagnóstico;
- Preencher a ficha de identificação;
- Realizar o levantamento da história de vida dos interessados.

PALESTRAS INFORMATIVAS MENSAIS

Mensalmente a APORTA traz profissionais experientes na área dos Transtornos Ansiosos para ministrar palestras informativas ao público em geral. As palestras são gratuitas e não necessitam de inscrição prévia. Aos interessados, a APORTA emite certificados¹ de participação no evento.

¹**Valor do certificado:** R\$ 20,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INTERCÂMBIO CIENTÍFICO

- AATA – Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad:
<http://www.aata.org.ar/>
- ABPMC – Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental:
<http://www.abpmc.org.br/>
- ALAPCO – Associação Latino-Americana de Psicoterapias Cognitivas:
<http://www.alapco.org/>
- Beck Institute:
<http://www.beckinstitute.org/>
- The American Institute for Cognitive Therapy:
<http://www.cognitivetherapynyc.com/>

APORTA NA IMPRENSA

O Globo Repórter apresentou a seguinte matéria em 28/06/2007 – “[Pânico atinge homens e mulheres](#)”.

SERVIÇOS À COMUNIDADE

- Promoção mensal de ciclos de palestras com temas relacionados aos Transtornos de Ansiedade;
- Informação à comunidade através da participação dos membros da associação em reportagens e debates nos meios de comunicação em geral;
- Elaboração de material informativo para distribuição em consultórios, postos de saúde, hospitais, clínicas etc.;
- Atendimento via e-mail respondendo perguntas e dúvidas sobre assuntos ligados ao tema;
- Oferecimento de Grupos de Apoio para associados;
- Grupos de Apoio Virtuais desde 2008.

FONTES DE RECURSOS

A APORTA conta com:

- A anuidade dos membros e doações espontâneas;
- O patrocínio dos Laboratórios Roche, da Companhia Farmacêutica Lundbeck, da Gráfica & Editora Bueno e do AMBAN – Ambulatório de Ansiedade;
- O apoio para utilização do espaço físico do CAISM – Santa Casa.

Agradecemos a todos!

DOAÇÕES

A APORTA é uma organização sem fins lucrativos e existe graças à colaboração de pessoas que entendem as necessidades de quem sofre com Transtornos Ansiosos. Se você puder colaborar, a sua ajuda será muito bem-vinda!

Escolha a quantia com a qual você deseja contribuir por meio de depósito no:

Banco Itaú – agência 1012 | conta corrente 61671-8

Se você não puder contribuir, não deixe de se associar!