TRANSTORNO DE PÂNICO E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: Aspectos clínicos e tratamento

RESUMO

O transtorno de Pânico (TP) com e sem agorafobia provoca prejuízo na qualidade de vida e no funcionamento psicossocial dos seus portadores. É caracterizado pela ocorrência de ataques de pânico recorrentes e imprevisíveis, acompanhado de sintomas físicos e cognitivos, acarretando preocupações persistentes ou modificações importantes de comportamento em relação à ocorrência de novos ataques. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é apontada como a forma de psicoterapia mais eficaz para o tratamento tanto individual como em grupo do TP e uma estratégia de primeira linha combinada com psicofármacos. O tratamento objetiva não só eliminar os ataques de pânico, como diminuir a esquiva fóbica, a ansiedade antecipatória e a hipervigilância em relação aos sintomas físicos. Objetivou-se nesse estudo, descrever os aspectos clínicos, os critérios diagnósticos e principalmente as formas de tratamento do transtorno de pânico sob a ótica da TCC. Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura nas principais bases literárias atuais e em artigos científicos nos bancos de dados Medline, SciELO e PsycInfo. Estudos ainda são necessários para se trazer à tona a maneira de todos os mecanismos envolvidos nesse transtorno para desenvolvimento de métodos que otimizem sua forma de tratamento.

Palavras-chave: Transtorno de Pânico, Terapia Cognitivo-Comportamental, Tratamento.

INTRODUÇÂO

O Transtorno de Pânico (TP) e a Agorafobia estão entre as síndromes clínicas mais frequentes e incapacitantes dentre os Transtornos de Ansiedade. Kapczinski, Quevedo e Izquiedo (2004) relatam que os sintomas de ansiedade são conhecidos pela medicina há muito tempo. Entretanto, esses sintomas só foram caracterizados como uma doença em 1890, época em que ocorreu a guerra civil americana, quando o transtorno do pânico foi denominado de transtorno do "coração irritável" pelas descrições dos sintomas de aceleração do ritmo cardíaco apresentados em soldados norte-americanos. Foi Freud quem pela primeira vez descreveu os sintomas do transtorno de pânico, classificando-os como "neurose ansiosa" (LEAL, 2010).

O TP é definido como uma síndrome caracterizada pela presença recorrente de ataques de pânico no qual as crises são frequentes, súbitas, espontâneas e inesperadas, provocando um mal estar acompanhado de vários sintomas físicos, atingindo uma intensidade máxima em aproximadamente 10 minutos, podendo ocorrer em qualquer lugar, contexto ou hora, inclusive durante o sono (GENTIL, 1997). A presença desses ataques de pânico recorrentes e inesperados são características definidoras do TP, quando seguidos de pelo menos um mês de preocupações persistentes acerca de ter um novo ataque ou provocam alterações de comportamento

como esquiva e evitação de situações e lugares onde escapar ou obter ajuda seja difícil no caso de sofrer um ataque (SALUM; MANFRO, 2013).

Vários estudos apontam que os Transtornos de Ansiedade, dentre eles o TP e Agorafobia sejam alguns dos mais prevalentes problemas de saúde mental que afetam a população no mundo. Apesar da vasta informação oferecida pela literatura cientifica sobre o tema, novas intervenções terapêuticas constantemente estão surgindo, dentre elas a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em que os estudos revelam como a forma de psicoterapia mais eficaz para os transtornos ansiosos.

A TCC foi desenvolvida nos Estados Unidos no início da década de 60 por Aaron T. Beck, a princípio, como uma psicoterapia para a depressão. Desde então, de acordo com Beck (1997), dispõe-se de uma ampla gama de tratamento para diversos transtornos psiquiátricos. Segundo Shinohara e Figueredo(2011), a TCC vem demonstrando eficácia em pesquisas científicas rigorosas, além de ser uma das primeiras a reconhecer a influência do pensamento sobre as emoções, humor, comportamento, na biologia e no ambiente.

Como apontam Bahls e Navolar (2004), a TCC integra técnicas e conceitos vindos de duas principais abordagens, tais como, a cognitiva e a comportamental. Os autores ressaltam, que apesar da diversidade destas terapias, ambas compartilham do mesmo pressuposto teórico, isto é, que mudanças terapêuticas acontecem na medida em que ocorrem alterações nos modos disfuncionais de pensamento. Dessa forma, o ponto de partida do tratamento é a identificação dos pensamentos distorcidos e estes que geram sofrimento, ou seja, a partir das distorções que estão ocorrendo na forma dele avaliar a si mesmo, o outro e o mundo. Assim sendo, apontam os autores, um dos objetivos da TCC é corrigir essas distorções que estão gerando os problemas ao paciente e fazer com que este desenvolva meios eficazes para enfrentá-los. Para tanto, são utilizadas técnicas cognitivas que buscam identificar os pensamentos automáticos, questionar e substituí-los por outros mais realistas e funcionais. As técnicas comportamentais são empregadas para modificar condutas inadequadas relacionadas com o transtorno psiquiátrico em questão.

Vale ressaltar, que um dos princípios básicos da TCC é levar o paciente durante seu processo terapêutico, a ser seu próprio terapeuta no futuro, desde quando, ensinando-o através das estratégias, dos exercícios, das práticas e das "tarefas de casa" ele vai adquirindo ferramentas que o auxiliam a lidar com seus problemas além do *setting* terapêutico (BECK, 1997).

Ao considerarmos a alta prevalência dos transtornos de ansiedade, incluindo o TP na população em geral, é relevante informar que estes transtornos ainda podem ser subdiagnosticados, principalmente em unidades básicas de saúde e hospitais, por isso, apontamos a necessidade de uma adequada avaliação desse transtorno por parte dos profissionais da área, principalmente quando presentes comorbidades. Portanto, é de extrema importância estar atentos à identificação dos sintomas, assim como, conhecer e estudar as alterações psicológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais, para um correto diagnóstico do TP, e dessa forma, viabilizar e minimizar os efeitos negativos que esta grave condição impõe a seus portadores e familiares.

Nesse sentido, o objetivo geral desse artigoé descrever os aspectos clínicos, os critérios diagnósticos e principalmente as formas de tratamento do transtorno de pânico sob a ótica da Terapia Cognitivo-Comportamental, tanto na psicoterapia individual como em grupo. Para elaboração do trabalho, foi realizada uma investigação planejada e desenvolvida de acordo com as normas consagradas pela metodologia científica através de pesquisa bibliográfica. Para tanto, foi contemplada uma revisão de literatura nas principais bases literárias atuais existentes e artigos científicos em português, inglês e espanhol pesquisados nos bancos de dados Medline, SciELO e PsycInfo. Não houve delimitação do período de publicação dos artigos.

Tendo em vista que o TP é caracterizado pela presença de sintomas físicos, cognitivos e comportamentais, e visando contemplar os fatores ambientais que incidem sobre este transtorno, este estudo adotará uma abordagem cognitivo-comportamental, enquanto eixo teórico, que enfatiza a interação dos indivíduos com o seu contexto social, para a compreensão de suas condutas, quer sejam públicas ou encobertas.

Diante do exposto, acredita-se que o presente artigo poderá ter uma grande relevância não só para profissionais da área de saúde mental, como para a área acadêmica, visto que, propõe demonstrar e difundir as estratégias e os protocolos já existentes considerados mais eficazes no tratamento do TP sob o enfoque da TCC.

É nesta perspectiva, que esta revisão pretende oferecer informações, estimular reflexões e investigações acerca desse tema, pois reconhecer e discutir as questões cruciais que envolvem o paciente vítima de TP, compreendendo-o em sua dimensão interna, ou seja, cognitiva, emocional e comportamental, será possível oferecer um tratamento mais eficaz.

CONCEITOS, ASPECTOS CLÍNICOS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O Transtorno de Pânico (TP) é uma patologia que tem como característica principal a presença de ataques de pânico recorrentes, frequentes e muitas vezes inesperados. Esse transtorno está classificado no DSM-5 (APA, 2014) no grupo dos Transtornos de Ansiedade, sendo seus critérios diagnósticos essencialmente clínicos descritos de acordo com a apresentação ou não de agorafobia, porque em algumas situações clínicas, esta pode se apresentar de forma isolada (SILVEIRA; VERAS, 2013). Sendo assim, no atual DSM-5 (APA, 2014) o Transtorno de Pânico e a Agorafobia foram separados como diagnósticos independentes, reconhecendo a existência de casos nos quais a Agorafobia ocorre sem a presença de sintomas de pânico. Além disso, a observação de que o ataque de pânico pode ocorrer como comorbidade em outros transtornos mentais além da ansiedade fez com que o DSM-5 incluísse o ataque de pânico como especificador para todos os demais transtornos.

Craske e Lewin, (2011) ressaltam que a agorafobia é descrita separadamente para destacar a ocorrência da esquiva e do mal estar agorafóbicos em pessoas com ou sem o histórico de TP, embora observa-se que o pânico precede a agorafobia na maioria das pessoas que procuram tratamento.

O DSM-5 (APA, 2014) descreve que a característica principal da Agorafobia é o medo ou ansiedade intensa, desencadeado pela possível exposição de se estar em diversas situações ou locais das quais escapar e também obter ajudapoderia ser difícil na possibilidade de ter um ataque de pânico inesperado. Dessa forma, Clark e Beck (2012) explicam que a ansiedade leva à evitação de várias situações, tais como: estar em casa sozinho, estar em meio a uma multidão, dirigir, viajar de ônibus, carro, trem ou avião, estar em uma fila, elevador ou ponte. A agorafobia é considerada uma entidade nosológica distinta, e não um especificador para o TP, dando a possibilidade de pessoas apresentarem o diagnóstico de agorafobia sem o diagnóstico de TP (DSM-5 (APA, 2014).

O critério de diagnóstico para o TP por sua vez, é descrito pelo DSM-5 (APA, 2014), como uma entidade nosológica que tem como característica fundamental a presença de ataques de pânico inesperados e recorrentes, seguidos de pelo menos um mês de apreensão ou preocupação acerca de ter um novo ataque. O ataque é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso, atingindo um pico em minutos, sendo com frequência acompanhado por um sentimento de perigo ou catástrofe iminente e um

anseio por escapar. A característica essencial de um ataque de pânico é um período distinto de intenso medo ou desconforto acompanhado por pelo menos 4 dos 13 sintomas físicos ou cognitivos: (1) Palpitações, coração acelerado, taquicardia; (2) Sudorese; (3) Tremores ou abalos; (4) Sensações de falta de ar ou sufocamento; (5) Sensações de asfixia; (6) Dor ou desconforto torácico; (7) Náusea ou desconforto abdominal; (8) Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; (9) Calafrios ou ondas de calor; (10) Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento); (11) Desrealização (sensação de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo); Medo de perder o controle ou "enlouquecer"; (13) Medo de morrer.

Esses ataques não devem ocorrer em consequência de efeitos fisiológicos diretos de alguma condição médica ou substância ou de sintomas decorrentes de outro transtorno mental como fobia social, fobia simples, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo ou ansiedade de separação. Dependendo de serem satisfeitos também os critérios para a agorafobia, faz-se o diagnóstico de Transtorno de Pânico com Agorafobia ou Transtorno de Pânico sem Agorafobia. Além da agorafobia, o TP é associado com outros transtornos de ansiedade, transtornos de humor, de abuso e dependência de substâncias e transtornos somatoformes. Vale ressaltar, que embora os ataques de pânico possam estar relacionados a qualquer transtorno de ansiedade, esses ataques estão mais frequentemente associados com o transtorno de pânico. É relevante acrescentar que os critérios definidos por esse manual são muito semelhantes aos encontrados na CID-10.

Na opinião de Craske e Barlow (2009), a característica definidora do TP não é a presença de ataques de pânico em si, já que esses ocorrem em outros transtornos de ansiedade e de humor, e sim a ansiedade adicional com relação à ocorrência de pânico combinada com as cognições catastróficas e suas consequências ou uma alteração significativa de comportamento decorrente dos ataques.

Complementando a descrição dos autores supracitados, André (2008) destaca que as interpretações catastróficas são hoje consideradas o mecanismo central do transtorno de pânico vivenciado por aqueles que sofrem da síndrome: durante as interpretações, a pessoa percebe algumas sensações fisiológicas como premonições incontroláveis e inevitáveis de um ataque de pânico, ou seja, um anúncio de que vai acontecer uma catástrofe, daí logo vem a angústia, que por sua vez, mantém e agrava as primeiras

sensações e acaba aumentando a ansiedade, o medo, a angústia, etc., tornando-se um ciclo chamado de "espiral do pânico". Marot (2004) explica que além de provocarem nas pessoas sensação de mal estar físico e mental, essas sensações eliciam um comportamento de fuga do local onde se encontram, por medo de terem um novo ataque de pânico, seja indo para um pronto socorro, seja buscando ajuda de quem está próximo.

Valença e Nardi (2013) mencionam que diversos tipos de ataques de pânico podem ocorrer. O mais comum são os ataques de pânico espontâneos em que os ataques são inesperados e percebidos como "vindo do nada", ou seja, não estão associados a nenhuma situação desencadeadora conhecida. Outro tipo é o situacional, ocorrendo quando a pessoa se depara com certas situações específicas e existem também os ataques de pânico noturnos, caracterizados por um despertar abrupto, seguidos de terror e hipervigilância, sem a presença de um fator desencadeante claro.

Com relação à epidemiologia, embora não existam ainda dados com amostra representativa no Brasil, foi realizado um estudo em São Paulo em que se encontrou uma prevalência do transtorno de 1,1% ao ano (SALUM; MANFRO, 2013). Quanto ao sexo, a prevalência do transtorno segundo Soares Filho e Valença (2013) é sempre superior em mulheres, em uma proporção de 3:1 sendo que, a presença de Agorafobia aumenta ainda mais o predomínio de mulheres (3/4 da população) e está presente em quase 60% dos pacientes que apresentam o TP.

Como coloca Carvalho (2011), o TP geralmente se inicia no final da adolescência ou no início da vida adulta e raramente há casos de aparecimento na infância. Salum, Blaya, e Manfro (2009) observam que provavelmente, a etiologia do TP seja multifatorial, além dos genéticos e ambientais, que parecem contribuir mais para esse transtorno, existe os fatores biológicos, os cognitivo-comportamentais e os psicossociais, todos eles em maior ou menor parcela, contribuem para o aparecimento de sintomas de ansiedade, muitas vezes durante a infância, e com manifestações variáveis durante o ciclo da vida.

Do ponto de vista psicológico, os autores supracitados ressaltam que a teoria cognitivo-comportamental é uma das teorias mais aceitas e aprovadas com grande eficácia na prática para o TP, e nesse sentido, citam Clark (1986)[1]e sua teoria a qual

[1]Clark, D. M. A cognitive approach to panic. Behavior Research and Therapy. 1986. v. 24, n. 4, p. 461-470.

enfatiza o papel das variáveis cognitivas, supondo que o ataque de pânico é centralizado no processamento inadequado de informações vindas de um estímulo externo ou interno: "ataques de pânico derivam de interpretações catastróficas (erradas) de certas condições corporais". Rangé e Borba (2008)descrevem o modelo de Clark (1986) na sequência de eventos em um ataque de pânico: de um processamento inadequado de informações percebido de um estímulo externo (um ruído, um telefonema) ou de um estímulo interno (sensações de taquicardia, náusea, etc.), decorreria uma interpretação de perigo ou ameaça iminente, que dispararia por sua vez, a ativação simpática. As sensações corporais subsequentes "confirmariam o perigo" e gerariam interpretações mais catastróficas ainda, as quais gerariam mais ansiedade em um espiral crescente e rápido.

Nessa perspectiva, Barlow (1988)[2] citado por Roso e Ito (1997), ampliando o conceito de Clark (1986), desenvolveu um modelo cognitivo mais completo, abordando o papel dos fatores fisiológicos e do condicionamento interoceptivo e sua interação com os fatores psicológicos na etiologia e manutenção dos ataques de pânico. Para Barlow (1988), o pânico é a apresentação clínica mais clara do medo, caracterizada por interpretações catastróficas errôneas imaginárias ou verbais, aliada a uma intensa e incontrolável ansiedade, além de um forte desejo de fugir da situação temida. Segundo afirma o autor, a vivência de pânico é tão aversiva, que produz em muitos pacientes uma forte apreensão sobre ter um novo ataque, que estes desenvolvem uma grande evitação de situações consideradas ativadoras de pânico.

Carvalho e Rangé (2013) enfatizam que o modelo de Barlow (1988) pressupõe que em pessoas biologicamente e psicologicamente vulneráveis, em momento de estresse (resposta autonômica) desencadeariam um "alarme falso", e que essa associação entre o estímulo e o alarme estabeleceria uma resposta emocional condicionada que seria o ataque de pânico inicial – após o primeiro ataque, a pessoa torna-se apreensiva em relação a ataques futuros. Dessa forma, o alarme se tornaria um alarme aprendido quando associado com dados interoceptivos. Assim, na associação de dados internos com alarmes falsos, haveria a possibilidade de outro alarme falso, fazendo a pessoa se tornar hipervigilante em relação aos sintomas somáticos associados ao alarme. Como se percebe, tanto sintomas autonômicos quanto

[2]Barlow, D. Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic New York: Guilford Press, 1988.

cognitivos dispararíam de maneira imprevisível os alarmes aprendidos. Para Barlow (1988), o medo primário no TP é o medo das sensações físicas, particularmente as associadas à ativação autonômica.

Dessa forma, a partir desses modelos que procuram explicar os aspectos psicológicos do TP, surgiram as intervenções para o tratamento. Vale ressaltar, que as teorias no que dizem respeito à etiologia do TP não são estanques, estão em constante evolução conceitual e se complementam, ajudando a compreender um transtorno tão complexo como o Transtorno de Pânico.

TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PÂNICO

Existem diversos tratamentos para o TP, entre eles a terapia farmacológica e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) sendo esta, apontada como a modalidade de psicoterapia mais eficaz, em que tem sido desenvolvidos muitos trabalhos de pesquisa a fim de se verificar experimentalmente a eficácia dos diversos tipos de tratamento nessa abordagem.

Farmacoterapia

Como colocam Rangé et al. (2011), o tratamento do TP tem como objetivo não só eliminar os ataques de pânico, como diminuir a esquiva fóbica, a ansiedade antecipatória e a hipervigilância em relação aos sintomas físicos. A farmacologia para o TP inclui o uso de vários medicamentos como os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), os antidepressivos tricíclicos (ADT), os inibidores de monoamina oxidase (IMAO) e os benzodiazepínicos (BDZs). Entre as classes de psicofármacos mais utilizados na prática clínica para o tratamento do TP estão os ISRS e os BDZs .

Manfro (2000) aponta que os ISRS como a fluoxetina, sertralina, paroxetina, citolopran, são os psicofármacos mais usados por serem considerados os mais eficazes com poucos efeitos adversos, atuando principalmente no bloqueio dos ataques de pânico e no tratamento das comorbidades associadas ao TP, reduzindo não só a intensidade e a frequência dos ataques, como na redução da ansiedadeantecipatória e do comportamento evitativo e a depressão comórbida (MOCHOVITCH, 2013). Esses fármacos devem ser iniciados com doses baixas e apresentam um tempo de latência para a resposta terapêutica (MANFRO, 2000). Além disso, como ressaltam Rangé et al. (2011), os ISRSs têm como característica importante, não apresentarem risco de dependência, embora não sejam isentos de

efeitos colaterais, como uma piora inicial dos sintomas de ansiedade ou com a interrupção abrupta da medicação. Assim, o tratamento deve se manter por no mínimo um ano, devido aos elevados índices de recaída quando da retirada do fármaco. Mochcovitch (2013) destaca também, que os ISRS geralmente apresentam poucas interações medicamentosas, podendo assim, serem utilizados em associação a diversos medicamentos.

Os benzodiazepínicos (BDZs) são considerados também drogas de primeira escolha no tratamento do TP e os mais utilizados são o alprazolan e o clonazepan. De acordo com Melo Neto (2013),esses fármacos se destacam pelo rápido início de ação antipânico e baixos efeitos adversos, sendo muito comum a associação destes aos ISRSs devido à falta de eficácia dos BDZs para tratar a depressão. Contudo, como ressalta o autor, eles possuem um potencial de provocar dependência, por isso, é recomendado suspendê-lo se possível dentro de um período de 6 a 12 semanas, salientando que a suspensão não deve ser abrupta, devido aos sintomas de abstinência que podem ocorrer, como aumento da ansiedade, tensão, inquietação, agitação, insônia e ataques de pânico. Levando em consideração essas consequências, os autores ressaltam que para a prevenção da ocorrência desses sintomas de retirada, a dose deve ser diminuída gradualmente, e esse processo pode ser auxiliado pela TCC.

A partir destas constatações, Rangé et al. (2011) notam que de uma forma geral, os sintomas psicológicos do TP como tremor, inquietude, ansiedade, etc., têm uma melhor resposta aos antidepressivos (ISRS) do que com os ansiolíticos (BDZ), os quais são mais ativos nos sintomas físicos.

Além da terapia farmacológica, a psicoterapia cognitivo-comportamental é uma forma de tratamento recomendável para o transtorno de pânico e agorafobia, visto que, esses dois métodos de tratamento combinados vêm apresentando evidências de boa resposta terapêutica a curto e a longo prazos, tanto para os sintomas nucleares do pânico, quanto para os residuais.

Estratégias da Terapia Cognitivo-Comportamental

A TCC vem se consolidando como uma abordagem bastante eficaz de psicoterapia para o TP,tendo seu grau de eficácia variando entre 74% e 95% em termos de ausência de ataques de pânico após três meses de tratamento e a permanência dos ganhos de um a dois anos de modo consistente (RANGÉ, 2008).De acordo com

Carvalho e Rangé (2013), a TCC é uma intervenção que atua nos fatores cognitivos, emocionais e comportamentais, corrigindo a hipervigilância, as interpretações e as crenças distorcidas. Esses autores destacam que os procedimentos utilizados no tratamento são baseados nos principais modelos etiológicos de base psicológica estudadas nesse transtorno, como os de Clark e Barlow que auxiliaram o desenvolvimento de técnicas para a elaboração de um protocolo de tratamento.

A partir desses modelos, Clark e Beck (2012) exemplificam as principais metas para o tratamento do transtorno de pânico na TCC: reduzir a sensibilidade e responsividade às sensações físicas e mentais relacionadas ao pânico; enfraquecer a interpretação catastrófica errônea e os esquemas de ameaça hipervalente subjacentes de estados corporais e mentais; aumentar as capacidades de reavaliação cognitiva que resultam em uma alternativa de pensamento mais realista e benigna sobre os sintomas; eliminar a esquiva, evitação e comportamentos de busca de segurança mal adaptativos, e aumentar a tolerância à ansiedade ou desconforto restabelecendo a autoconfiança. Quanto ao formato, Manfro, Heldt, e Cordioli (2008) descrevem que a TCC caracteriza-se por ser objetiva, estruturada, focada em metas, prática, baseada em tarefas e abrangente (podendo ser individual ou em grupo) havendo sempre a participação ativa do(s) paciente(s) e terapeuta(s).

Carvalho e Rangé (2013) apontam quatro focos essenciais no tratamento do TP: exposição situacional gradual para esquiva agorafóbica e exposição interoceptiva para as sensações corporais, a reestruturação cognitiva, o treino respiratório e relaxamento aplicado.

Os autores supracitados mencionam que o tratamento começa com o estabelecimento de um *rapport*, a coleta de dados específicos sobre o problema e dados relevantes da história de vida do paciente, visando a formulação de uma conceitualização cognitivo-comportamental do caso, com o objetivo de desenvolver uma hipótese do funcionamento global do paciente. A partir desse ponto, se inicia as sessões de tratamento, fazendo-se uso das técnicas e instrumentos mais indicados para o manejo do caso. As principais estratégias e técnicas para o tratamento do TP serão descritas a seguir.

Técnicas para Enfrentamento do Medo e Ansiedade

Rangé et al. (2011)descrevem que logo nas primeiras sessões de tratamento, inicia-se a *Psicoeducação*,que consiste em informações sobre a abordagem da TCC e do TP. Nas informações sobre a TCC, o paciente é levado à compreensão de que a

maneira pela qual interpretamos os acontecimentos influencia ou determina nossos sentimentos e comportamentos, e dessa forma, eles entendem que os pensamentos catastróficos que atuam sobre as sensações corporais provocam um ciclo de pânico. Ao psicoeducar o paciente com informações sobre o TP, salienta-se a diferença entre ansiedade normal e patológica, levando-o a aceitar que a ansiedade normal faz parte do processo evolutivo do ser humano, sendo portanto adaptativa. Depois, ele vai aprendendo como se manifesta a ansiedade patológica na manutenção do TP. O paciente é levado a entender a fisiologia e os processos psicológicos da ansiedade, com o objetivo de aceitarem esta, como sensações corporais normais e que embora desagradáveis, não são perigosas, e sim necessárias à sua sobrevivência. Depois que ele compreendeu que suas sensações de ansiedade são apenas desconfortáveis e que gradativamente começa a aceitá-las, inicia-se as técnicas adequadas para o manejo da ansiedade patológica.

Rangé (2008) e Rangé e Borba (2008) citam uma ferramenta terapêutica desenvolvida por Rangé em 1991 para promover a aceitação da ansiedade - a estratégia *A.C.A.L.M.E.-S.E*. que consiste em um texto no qual cada letra da palavra representa um passo necessário para o manejo adequado de uma situação percebida como ameaçadora, como a iminência de novas sensações corporais. Esse texto é lido na sessão e discutido cada parágrafo relacionado a cada uma das letras, depois o paciente leva uma cópia para casa para lê-lo frequentemente.

Logo após essa estratégia, inicia-se a inclusão de exercícios respiratórios como técnicas, devido a frequente alteração respiratória nestes pacientes. Heldt (2002) e Viana (2012) explicam que esses padrões inadequados de respiração conduzem à *hiperventilação* e à sensações fisiológicas muito semelhantes ao ataque de pânico como taquicardia, falta de ar, sufocação, tontura, etc., devido ao aumento de oxigênio na corrente sanguínea. Os autores afirmam que essas sensações podem ser controladas através da respiração adequada, conforme as técnicas a seguir:

Treino Respiratório: o paciente é orientado a respirar por 30 segundos de forma profunda e tranquila, com as mãos em concha, inspirando pelo nariz e expirando pela boca deixando o ar sair suavemente sem forçar. Dessa forma, permite que se ative rapidamente o sistema nervoso parassimpático, proporcionando o equilíbrio de oxigênio (O2) e gás carbônico (CO2) dentro do organismo, gerando uma sensação de bem estar e calma, diminuindo os sintomas de ansiedade, trazendo relaxamento (RANGÉ; BORBA, 2008).

Respiração Diafragmática: orienta-se o paciente que essa respiração deve ser feita a partir do diafragma, e que os movimentos devem ser pausados para facilitar a desaceleração da respiração, contando-se até três ao inspirar, segurando um pouco o ar e expirando-o o mais lentamente possível. Deve ser utilizados somente os músculos do abdômen, empurrando-o para fora ao inspirar e contraindo-o para dentro ao expirar, sem movimentar o tórax. É importante praticá-la várias vezes, inclusive na ausência de sensações de ansiedade (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008). Tanto o treino respiratório, quanto a respiração diafragmática, modulam a respiração e desencadeiam uma resposta de relaxamento. Ambas podem ser usadas sempre que o paciente sentir-se ansioso ou com sensações de pânico.

Relaxamento Muscular Progressivo: a sua prática é importante para que o paciente adquira habilidades de relaxamento para controlar os sinais de ansiedade e de enfrentamento para a prática de exposições na hierarquia das situações ansiogênicas. A técnica envolve o tensionamento e relaxamento dos principais grupos musculares do organismo, levando o paciente a perceber progressivamente a diferença entre contração e relaxamento (CRASKE; BARLOW, 2009). Sugere-se ao paciente procurar uma postura confortável, de preferência de olhos fechados, para uma melhor concentração e foco nas sensações de tensão e relaxamento. Inicia-se pelos pés e pernas, depois o quadril e abdômen, em seguida, mãos, braços, ombros e pescoço, até chegar à face. Orienta-se a manter a tensão em cada membro por 5 a 10 segundos e então relaxar os músculos ao mesmo tempo, permanecendo por 10 a 15 segundos e depois, repetir novamente o tensionamento para perceber progressivamente a diferença existente entre contração e relaxamento. Deve-se induzir a descoberta das sensações de conforto que surgem após se estar relaxado. O paciente procura relaxar também a mente, pensando em algo agradável e respirar profundamente. Orienta-se a repetir o exercício várias vezes até sentir-se completamente relaxado. Após alguns minutos, pode-se abrir os olhos, alongar os músculos, movendo-os lentamente.

Técnicas Comportamentais e Cognitivas

Todas as técnicas supracitadas são uma preparação para facilitar o enfrentamento das situações temidas pelo paciente. As técnicas comportamentais para o TP e agorafobia baseia-se, sobretudo em exposições, que são procedimentos nos quais se expõe o paciente aos estímulos ansiogênicos temidos com o objetivo de provocar a habituação e a extinção das respostas ansiosas (CARVALHO; RANGÉ, 2013). As técnicas de exposição são as seguintes:

Exposição Interoceptiva: objetiva-se corrigir as interpretações catastróficas dos sintomas físicos sentido pelo paciente como parte da ansiedade antecipatória ou de um ataque de pânico. Nessa técnica, o paciente é submetido a uma exposição gradual para sentir-se habituado às sensações. Essa exposição é feita por meio da provocação intencional dos sintomas, simulando as sensações corporais de um ataque de pânico, utilizando-se de exercícios físicos de exposição interoceptiva como: correr parado, prender a respiração até não poder mais, hiperventilar, respirar por um canudo fino, rodar em uma cadeira giratória, sacudir com força a cabeça de um lado paro o outro, entre outros. Os exercícios devem ser praticados diariamente para ocorrer a habituação (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008).

Exposição "in vivo": é uma fase fundamental do tratamento e visa fortalecer a autoeficácia do paciente através de exposição às situações evitadas ou temidas, com o objetivo de diminuir a ansiedade ante aos estímulos ansiogênicos e também a remoção de sinais e comportamentos de segurança. Craske e Barlow (2009)assim como Carvalho e Rangé (2013) explicam que a exposição deve ser realizada de maneira *gradual*, iniciada a partir das situações menos temidas até aquelas que mais provocam ansiedade (hierarquização classificando as diferentes situações em uma escala de 0 a 10 pelo grau de ansiedade); *sistemática* (a exposiçãodeve serrealizada o mais frequentemente possível) e *prolongada*, ou seja, permanecer em determinada situação ansiogênica em torno de 90 minutos ou, pelo menos, até que haja uma significativa redução da ansiedade. Rangé e Borba (2008) salientam que quando concluída a lista de hierarquização, cada situação deve ser transformada em objetivo afirmativo para o que se deseja alcançar. Por exemplo: situação ansiogênica de "distanciar-se de casa" passa a ter o objetivo de "ser capaz de distanciar-se de casa com tranquilidade". O paciente então iniciaria a exposição desmembrando-a em pequenos passos: 1. Ir até a porta de casa e observar a rua até uma quadra; 2. Andar metade do percurso com um acompanhante; 3. Fazer todo percurso de ida e volta com o acompanhante; 4. Ver o acompanhante ir até um ponto combinado e depois seguir sozinho em sua direção e voltarem juntos; 5. O acompanhante fica em casa observando-o ir sozinho até o final da quadra, permanecendo lá por um tempo e depois voltar; 6. Vai e volta sozinho, sem o olhar do acompanhante; 7. Vai e volta independente do conhecimento de alguém, depois, passa normalmente a repetir o comportamento várias vezes até transformar-se no processo da "habituação".

Manfro, Heldt e Cordioli (2008) ressaltam que à medida que o paciente enfrenta e se expõe às situações temidas ocorre a habituação, isto é, a cada exercício, o grau de ansiedade subjetiva vai diminuindo paulatinamente, até desaparecer por completo, e com a repetição, a situação anteriormente temida passa a ser enfrentada naturalmente de forma independente.

Reestruturação Cognitiva: o tratamento cognitivo tem como objetivo corrigir as interpretações distorcidas e catastróficas das sensações físicas da ansiedade bem como as crenças de incapacidade do paciente. De acordo com Manfro, Heldt e Cordioli (2008) e Carvalho e Rangé (2013), a reestruturação cognitiva visa interromper esse ciclo de interpretações errôneas, levando o paciente à identificação dos pensamentos automáticos disfuncionais que geram ansiedade em relação às sensações corporais ameaçadoras. Junto com o terapeuta, o paciente avalia a veracidade desses pensamentos, questionando-os, encontrando alternativas, reestruturando-os sob uma nova ótica mais racional e realista. Nesse sentido, os autores explicam que o processo de questionamento se dá por meio do "questionamento socrático" que consiste em perguntas que levam o paciente a refletir sobre os pensamentos, reavaliando-os e buscando evidências para pensamentos e/ou explicações alternativas mais realistas, e dessa forma, por conta própria consiga perceber as distorções.

Treino assertivo ou *Treino de Habilidades Sociais (THS)*: Rangé et al. (2011) destacam o fato de que pelo medo de perder o controle e fazerem coisas pelas quais possam ser criticados ou rejeitados, pacientes com transtorno de pânico costumam frear seus desejos. Dessa forma, o treino assertivo consiste em ensinar o paciente a expressar seus sentimentos de forma mais honesta e adequada, estimulando a habilidade de dizer não, de pedir o que se deseja ao outro, elogiar, criticar e solicitar mudança de comportamento, de um modo respeitoso consigo e com o outro, envolvendo também exercitar a empatia.

Além da intervenção individual, Neufeld (2011) aponta que a terapia cognitivo-comportamental em grupo vem se destacando tanto na literatura clínica quanto com foco em pesquisa, tanto pela sua eficácia reconhecida cientificamente, como pela relação custo-benefício, ou seja, a redução do custo do sistema de saúde e o atendimento maior à demanda.

Técnicas e Estratégias para Tratamento em Grupo

Embora a Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo seja adaptações de protocolos para tratamento individual, Soares, Camargo e Pizzinato (2013) apontam

que a intervenção nessa modalidade tem abordagens, indicações, dinâmicas e resultados diferentes dos individuais. Diante disso, os autores consideram a necessidade de realização de mais pesquisas e treinamento de profissionais nessa modalidade.

Seguindo a mesma linha de informação sobre terapia grupal em TCC, Heldt et al. (2008) e Neufeld (2011), colocam que a formação do grupo varia conforme cada condição clinica, embora existam características comuns entre todas. Os autores ressaltam a importância de um planejamento em relação à estrutura do grupo e das sessões, para que ocorram os benefícios de fato para todos os membros, assim como, a formulação de um conjunto de objetivos claros, tanto para o terapeuta quanto para os pacientes, e precisam ser viáveis dentro do tempo previsto. Os autores descrevem que, como na maioria dos grupos terapêuticos, a TCC visa intervenções estruturadas em sintomas específicos, o apoio, a psicoeducação, a prevenção de recaídas e a orientação para a mudança.

Quanto ao formato ideal, os mesmos autores explicam que o grupo deve ser fechado, composto por dois terapeutas, com no máximo 12 integrantes e que tenha uma frequência semanal, por um período mínimo de 12 sessões, tendo cada uma, duração mínima de 60 minutos e máxima em torno de 2h. Na concepção dos autores, a TCC em grupo é focalizada em objetivos claros a serem atingidos durante o tratamento, por isso, cada sessão está interligada à outra, e a associação entre elas é realizada por meio de revisão de tarefas. Quanto às características do grupo em TCC, os referidos autores apontam: a homogeneidade diagnóstica como facilitador para compreensão e aceitação do transtorno; a possibilidade de proporcionar aos integrantes compartilharem informações e problemas, além de criar um ambiente propício ao treino e desenvolvimento de habilidades para enfrentar situações ansiogênicas. Os autores ressaltam ainda, que o grupo se constitui numa importante fonte de reasseguramento para seus integrantes, ao proporcionar a sensação de não estarem sozinhos.

Na TCC em grupo para o TP, Heldt et al. (2008) consideram que o objetivo do tratamento é "corrigir as interpretações catastróficas e os medos condicionados das sensações corporais e evitações", utilizando-se basicamente das mesma técnicas e estratégias da prática individual, ou seja, a psicoeducação sobre o transtorno, exercícios respiratórios, exposição interoceptiva e *in vivo,* reestruturação cognitiva,

treino de habilidades sociais para lidar com a ansiedade, e nas últimas sessões, a prevenção de recaídas que podem ocorrer após o término do tratamento.

Os autores supracitados ressaltam que a utilização da TCC para grupo ainda é recente, provavelmente pela falta de profissionais habilitados nessa modalidade de tratamento. Dessa maneira, a necessidade de oferecer essa forma de terapia que produza resultados mais efetivos com menor custo oferecidas a um maior número de pessoas, justifica-se pela crescente demanda dos serviços de psiquiatria e saúde mental, principalmente nas instituições públicas.

Concluindo, cabe aqui ressaltar que a aplicação das técnicas e instrumentos na TCC, variam consideravelmente com cada paciente de acordo com a natureza de suas dificuldades, suas metas, suas habilidades de formar um vínculo terapêutico e sua motivação para mudar. Para tanto, a TCC enfatiza a colaboração e participação ativa entre paciente e terapeuta e especificamente, no tratamento do TP, a ênfase das intervenções envolve principalmente a reestruturação dos padrões de pensamentos catastróficos e o manejo das sensações corporais, com o propósito de, ao final da terapia, com seus próprios recursos, o paciente esteja capacitado a continuar a prática frequente das estratégias de enfrentamento nas mais variadas situações consideradas ansiogênicas, sem lutar contra elas, ou tentar fugir, mas, ao contrário, se distanciar de seus medos - alterar suas perspectivas, de modo que não seja mais vítima de suas distorções de pensamentos, para que ganhe autoconfiança diante dos desafios da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que o TP é considerado um fator de risco importante para o desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricose está entre os transtornos de ansiedade que causam o maior sofrimento e prejuízo laboral e social, sendo ainda um transtorno subdiagnosticado. Observou-se que, tratar os pacientes com TP reduz significativamente os gastos sociais, tendo em vista que, emboraaumente os gastos diretos com consultas e medicações psiquiátricas, há umaredução importante nas visitas aos serviços de emergência e nas consultas médicasnão psiquiátricas.

Durante o desenrolar do trabalho, constatou-se a falta de informações de dados com amostra representativa no Brasil sobre o TP, principalmente com relação à epidemiologia, encontrando-se nas pesquisas bibliográficas apenas alguns artigos que explanam pouco o assunto. Quanto ao sexo, a prevalência do transtorno é sempre superior no sexo feminino, sendo que, a presença de Agorafobia aumenta ainda mais o predomínio de mulheres, e está presente em mais da metade dos pacientes que apresentam o TP (SOARES FILHO; VALENÇA, 2013). Não foram encontrados estudos que justifiquem as razões da prevalência do transtorno em mulheres. Outro aspecto mencionado é que provavelmente a etiologia do TP seja tanto de origem genética e ambiental, como biológica, psicossocial, cognitiva e comportamental. Ou seja, é multifatorial e muitas vezes os sintomas ansiosos aparecem na infânciae com manifestações variáveis durante o ciclo da vida(SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Observou-se nas pesquisas realizadas, que existem diversos tratamentos para o TP, entre eles a terapia farmacológica e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), sendo esta, apontada por inúmeros autores como a modalidade de psicoterapia mais eficaz, em que tem sido desenvolvidos muitos trabalhos de pesquisa experimental baseada em evidências clínicas bem documentadas, através da melhora significativa dos pacientes que sofrem de ataques de pânico, da ansiedade antecipatória e da esquiva fóbica. Esses resultados podem ser explicados pela metodologia da TCC, uma vez que seus objetivos visam modificar as cognições distorcias e fornecer ferramentas para enfrentar os medos, criando condições para que a capacidade de lidar com os sintomas do TP permaneça ao longo do tempo.

Outra questão observada é que a terapia farmacológica é a forma mais comum de tratamento em contextos de saúde pública no Brasil. Entretanto, é ressaltado que a TCC apresenta algumas vantagens sobre os psicofármacos, a exemplo de não

apresentar efeitos colaterais indesejados, poder ser utilizada por profissionais de várias áreas de saúde (p. ex. psicólogos ou enfermeiros treinados), apresentar menores taxas de recaídas e a longo prazo, ter melhor custo-efetividade (HELDT, 2002; HELDT et al., 2008).

Destaca-se no entanto, que a TCC combinada com a terapia farmacológica promove resultados eficazes no tratamento para pacientes com TP e agorafobia. Entretanto, apesar de vários estudos sugerirem as vantagens da associação entre as duas modalidades de tratamento, vários autores ressaltam a importância de entender a influência dos psicofármacos na terapia cognitivo-comportamental para que, dessa forma, os estudiosos desse transtorno desenvolvam métodos que otimizem a combinação das duas abordagens.

Outro aspecto mencionado é que foi encontrado poucos estudos na literatura referentes a protocolos de tratamento para TCC em grupo. Embora os artigos ressaltem que a terapia cognitivo-comportamental para grupo seja adaptações de protocolos para tratamento individual, Soares, Camargo e Pizzinato (2013) apontam que a intervenção nessa modalidade tem abordagens, indicações, dinâmicas e resultados diferentes dos individuais. Diante disso, os autores consideram a necessidade de realização de mais pesquisas e treinamento de profissionais nessa modalidade.

Diante do exposto, cabe ressaltar, que a TCC para o transtorno de pânico, independente de sua forma de intervenção, individual ou grupal, pressupõe a mudança de pensamentos catastróficos que contribuem para a manutenção do medo, ansiedade e evitação das situações temidas, por meio de procedimentos que ensinam o paciente como identificar, avaliar, controlar e modificar seus pensamentos negativos relacionados com o perigo de passar mal.

Conclui-se que, embora os conhecimentos sobre o pânico tenham progredido significativamente, muitos estudos ainda são necessários para se trazer à tona a maneira de todos os seus mecanismos. Portanto, ratifica-se a importância de compreender melhor esse transtorno através de um correto diagnóstico para a realização de um tratamento e prognóstico adequado. Ressalta-se também, a relevância de uma avaliação psicológica, através de técnicas específicas, que podem colaborar para que o transtorno seja detectado com mais precisão, levando à indicação de um tratamento que leve à diminuição do sofrimento do paciente e lhe proporcione uma melhor qualidade de vida.

Compreender melhor tudo isso, certamente ajudará os profissionais da área de saúde a melhor tratar os pacientes, ajudando-os a lutarem contra seus medos, através de uma nova maneira de pensar, sentir e agir, para recomeçarem uma vida com mais liberdade e autonomia.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRÉ, C. (2008). **Psicologia do medo: como lidar com temores, fobias, angústias e pânicos**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 236.

BAHLS, Saint-Clair; NAVOLAR, Ariana Bassetti Borba. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Psicologia UPT on line**, v. 4, 2004.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, 1997.

CARVALHO, Francisco Luiz de. **Síndrome do pânico: uma psicopatologiacontemporânea**. Universidade Estácio de Sá, Recife, PE, 2011. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/sindrome-do-panico-uma-psicopatologia-contemporanea-[104-071011-SES-MT].pdf>. Acesso em: 05 mar. 2016.

CARVALHO, Marcele R.; RANGÉ, Bernard P. Psicoterapia Cognitivo-comportamental. In: NARDI, Antônio Egidio; QUEVEDO, João; SILVA, Antonio Geraldo (Orgs.). **Transtorno de pânico:** teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 12, p. 121-128.

CLARK, David A.; BECK, Aaron T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

CRASKE, Michelle G.; BARLOW, David H. (2009). Transtorno de Pânico e Agorafobia. In: BARLOW, H. D. et al. **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: tratamento passo a passo**.4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 14.

CRASK, Michelle G.; LEWIN, Michael. R. Transtorno de pânico. In: CABALLO, Vicente E. (Coord.). **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos:** transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos. São Paulo: Santos, 2011. Cap.4, p. 114.

GENTIL, V. (1997). Transtorno de pânico. In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; BERNIK, M. A. (Orgs.). **Pânico, fobia s e obsessões:** a experiência do projeto AMBAN.3. ed. São Paulo: EDUSP, 1997. p. 103.

HELDT, E. P. S. **Avaliação de resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno de pânico em curto e longo prazo.**2002. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3724/000342277.pdf?sequence=1>. Acesso em: 14 abr. 2016.

HELDT, H. et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno de ansiedade. In: CORDIOLI, A.V. et al. (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 317-337.

HELDT, E. et al. Utilização de Técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Pacientes com Sintomas Residuais do Transtorno de Pânico: Seguimento de 2 Anos. **Revista HCPA.** v. 28, n. 1. 2008**.** Disponível em:<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/2039/2183>. Acesso em: 23 set. 2016.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIEDO, I. A. (2004). **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LEAL, M. S. **Transtorno do Pânico: uma visão Epidemiológica**. 2010. Disponível em: <www.webartigos.com/articles/41448/1/...--/pagina1.html.>. Acesso em: 03 mar. 2016.

MANFRO, Gisele G. Transtorno do pânico. In: CORDIOLI et al. **Psicofármacos:** consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 279-282.

MANFRO, G. G.; HELDT, E.; CORDIOLI, A. V. (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. In: CORDIOLI, A.V. et al. (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 438-439.

MANFRO, G. G. et al. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico.**Rev. Bras. Psiquiatr.** [online], v. 30, n..2, p.81-87. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mar. 2016.

MAROT, R. (2004). **Transtorno do Pânico**. Disponível em: <http://www.psicosite.com.br/tra/ans/panico.htm>. Acesso em: 13 set. 2016.

MELO NETO, V. L. O tratamento com benzodiazepínicos. In: NARDI; Antônio Egidio; QUEVEDO, João; SILVA, Antonio Geraldo (Orgs.). **Transtorno de pânico:** teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 14, p. 137-145.

MOCHCOVITCH, Marina D. O tratamento com antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina. In: NARDI; Antônio Egidio; QUEVEDO, João; SILVA, Antonio Geraldo (Orgs.). **Transtorno de pânico:** teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 13, p.130-136.

NEUFELD, C. B. (2011). Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In: RANGÉ, Bernard et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais:** um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 46, p. 737-750.

RANGÉ, B. (2008). **Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia:** uma história de 35 anos.Estud. psicol.(Campinas) [online], vol.25, n.4. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2016.

RANGÉ, B.; BORBA, A. G. **Vencendo o pânico:**terapia integrativa para quem sofre e para quem trata o transtorno de pânico e a agorafobia. Rio de Janeiro: Cognitiva, 2008.

RANGÉ, B. at al. Transtorno de pânico e agorafobia. In: RANGÉ, Bernard et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais:** um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 17, p. 250-253.

ROSO, M. C.; ITO, L. M. (1997). Transtornos Fóbico-Ansiosos. In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; BERNIK, M. A. (Orgs.). **Pânico, fobia s e obsessões: a experiência do projeto AMBAN.**3. ed. São Paulo: EDUSP, 1997. p. 97.

SALUM, Giovanni A.; BLAYA, Carolina.; MANFRO, Gisele G. Transtorno do pânico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** Porto Alegre, v.31, n. 2, p. 86-94, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000200002&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/S0101-81082009000200002>. Acesso em: 04 mar. 2016.

SALUM, Giovanni A.; MANFRO, Gisele G. Transtorno de pânico: diagnóstico. In: NARDI; Antônio Egidio; QUEVEDO, João; SILVA, Antonio Geraldo (Orgs.). **Transtorno de pânico:** teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 2, p. 28-35.

SHINOHARA, Helene; FIGUEREDO, Cristiane. A prática da terapia cognitiva no Brasil. In: RANGÉ, Bernard et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais:** um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 2, p. 33-39.

SILVEIRA, Luciene S. C. Martins; VERAS, André B. Classificações Diagnósticas. In: NARDI, Antônio Egidio; QUEVEDO, João; SILVA, Antonio Geraldo (Orgs.). **Transtorno de pânico:** teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 7, p. 75.

SOARES FILHO, Gastão. L. Fonseca; VALENÇA, Alexandre. Martins. Transtorno de pânico: Epidemiologia e custos. In: NARDI, Antônio Egidio; QUEVEDO, João; SILVA, Antonio Geraldo (Orgs.). **Transtorno de pânico:** teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 3, p. 39-40.

SOARES, Tárcio; CAMARGO, Jéssica; PIZZINATO, Adolfo. Efetividade de terapias cognitivo-comportamentais em grupo para o transtorno de pânico: revisão sistemática e meta-análise. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 50-65, abr. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452013000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2016.

VALENÇA, A. M.; NARDI, A. E. Aspectos fenomenológicos. In: A. E. NARDI, A. E; J. QUEVEDO, J; SILVA, A. G. da. (Orgs.). **Transtorno de pânico: teoria e clínica.** Porto Alegre: Artmed, 20013. p. 49.

VIANA, A. C. W. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno de pânico: avaliação de efeito do protocolo padrão e do acréscimo de sessões de reforço com técnicas cognitivas nas estratégias de enfretamento (coping).** 2012. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/61733>. Acesso em: 15 abr. 2016.