



A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM TRANSTORNO DO PÂNICO: DA TEORIA À PRÁTICA

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES
CON TRASTORNO DE PÁNICO: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS
WITH PANIC DISORDER: FROM THEORY TO PRACTICE

Amanda Mota de Oliveira¹
Danúbia Godinho Zanetti²

RESUMO: O transtorno de pânico é um distúrbio de ansiedade que possui a terapia cognitivo-comportamental (TCC) como alternativa de tratamento. Assim, o presente artigo visa compreender, a partir de uma revisão teórica, como essa opção terapêutica é capaz de viabilizar a cura ou diminuição significativa dos sintomas de pessoas com o respectivo diagnóstico. Dessa forma, foi possível esclarecer como as bases teóricas da TCC funcionam na prática do processo psicoterapêutico, identificar como é feito o tratamento da teoria à prática e realizar uma análise comparativa entre a estrutura das sessões de diferentes terapeutas cognitivos. Os conceitos de ansiedade e transtorno do pânico foram pontuados para possibilitar o posterior esclarecimento da estrutura terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do pânico; Ataque do pânico; Terapia cognitivo-comportamental; Transtorno de ansiedade.

RESUMEN: El trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad que tiene la terapia cognitivo-conductual como tratamiento alternativo. Así, este artículo tiene como objetivo comprender, a partir de una revisión teórica, como esta opción terapêutica es capaz de permitir la curación o reducción significativa de los síntomas de las personas con el diagnóstico. De esta forma, se pudo aclarar cómo funcionan las bases teóricas de la TCC en la práctica del proceso psicoterapêutico, identificar como se realiza el tratamiento de la teoría a la práctica y realizar un análisis comparativo entre la estructura de las sesiones de diferentes terapeutas cognitivos. Los conceptos de ansiedad y trastorno de pánico se puntuaron para permitir una mayor aclaración de la estructura terapêutica.

PALABRAS CLAVE: Trastorno de pánico; Ataque de pánico; Terapia cognitivo-conductual; Trastorno de ansiedad; Agorafobia.

ABSTRACT: Panic disorder is an anxiety disorder that has cognitive-behavioral therapy as an alternative treatment. Thus, this article aims to understand, through a theoretical review, how this therapeutic option is capable of enabling the cure or significant reduction of the symptoms of people with the respective diagnosis. In this way, it was possible to clarify how the theoretical bases of CBT work in the practice of the psychotherapeutic process, to identify how the treatment of theory is done and to do a comparative analysis between the structure of the sessions of different cognitive therapists. The concepts of anxiety and panic disorder were pointed out to allow further clarification of the therapeutic structure.

KEYWORDS: Panic disorder; Panic attack; Cognitive-behavioral therapy; Anxiety disorder; Agoraphobia.

¹ Discente do curso de Psicologia da PUC Minas unidade Betim e do curso de Jornalismo da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG. amandamotaoli@gmail.com.

² Professora Doutora da Faculdade de Psicologia da Puc Minas. Coordenadora do Laboratório de Psicologia Social e Direitos Humanos do Coração Eucarístico. danubiazanetti@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A ansiedade e o medo são estados que fazem parte da natureza emocional do ser humano. No entanto, quando são excessivos e atingem um nível de anormalidade, causando perturbações emocionais, é necessário que se realize um diagnóstico para definir se há ou não um transtorno de ansiedade.

O transtorno do pânico (TP) é um tipo de transtorno de ansiedade no qual o sujeito vivencia recorrentemente ataques de pânico e está sempre apreensivo com a possibilidade de sofrê-los novamente (APA, 2014). Pode ou não ser relacionado a agorafobia e causa desconforto e diminuição da qualidade de vida do indivíduo. Nesse sentido, é necessário que haja um tratamento eficaz para que os sintomas relacionados diminuam significativamente ou desapareçam.

Considerando que o modelo cognitivo viabiliza o entendimento do funcionamento humano perante situações multifacetadas de ansiedade e medo (CLARK; BECK, 2012), a terapia cognitivo-comportamental (TCC) se apresenta como uma alternativa terapêutica extremamente eficaz para o tratamento de transtorno do pânico, que pode ou não ser associado a medicação.

Dessa forma, o presente artigo objetiva compreender como a terapia cognitivo-comportamental permite uma prática que viabilize o tratamento de pessoas com TP. Para tanto, o objetivo específico é discutir sobre as práticas psicoterapêuticas da TCC a partir de uma revisão literária e compreender se o tratamento auxilia o paciente a reinterpretar suas crenças negativas.

Assim, para além dessa introdução e das considerações finais, o artigo é dividido em duas sessões. A primeira visa definir a ansiedade e o transtorno do pânico. A partir dessa conceituação, é possível adentrar na segunda sessão, que aborda as especificidades da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do TP, avaliando a estruturação das sessões de terapia descritas por quatro diferentes autores, sendo que dois trabalham em conjunto. São eles: Rangé (2008), Clark e Beck (2012) e Barlow (2016). Dessa maneira é possível observar as diferenças e semelhanças entre as práticas utilizadas por cada um, levando em consideração que todas visam a reestruturação cognitiva, diminuição significativa da taxa de medo e reinterpretação das crenças negativas do paciente. As considerações finais resumem os principais argumentos debatidos ao longo do estudo.

2 DEFINIÇÃO DE ANSIEDADE E TRANSTORNO DO PÂNICO

A ansiedade é “um sistema de resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental complexo” (CLARK; BECK, 2012, p.17) que, apesar de se despertar em todas as pessoas, possui graus de anormalidade. Assim, os quadros acentuados podem ser identificados quando há, segundo Clark e Beck (2012), avaliação equivocada de perigo ativada por crenças disfuncionais, interferência na produtividade da vida cotidiana, persistência da ansiedade independente da materialização de um evento potencialmente ameaçador, ativação do sistema mesmo sobre o menor estímulo de ameaça e hipersensibilidade a estímulos. Todos esses fatores são extremamente relevantes para o diagnóstico clínico de um transtorno de ansiedade.

No entanto, para a identificação clínica específica de transtorno do pânico, é necessário aprofundar os parâmetros. Ele se define pelos ataques de pânico que o sujeito experencia, de forma súbita e regular, com no mínimo quatro dos seguintes sintomas definidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2014): palpitações, coração acelerado, taquicardia, sudorese, tremores ou abalos, sensação de falta de ar/sufocamento, sensação de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio, calafrios ou ondas de calor, parestesias, desrealizações ou despersonalização, medo de perder o controle ou enlouquecer e medo de morrer. É recorrente no sujeito com TP a hipervigilância sobre sintomas físicos. Nesse sentido, ele tem uma capacidade maior de detectar sensações corporais de excitação (BARLOW, 2016). Assim, a pessoa diagnosticada com TP faz interpretações catastróficas e errôneas da realidade.

De acordo com os modelos cognitivo-comportamentais, os ataques de pânico aparecem a partir de interpretações distorcidas e catastróficas dos sintomas corporais. Tontura e palpitações cardíacas podem ser interpretadas, por exemplo, como um ataque cardíaco ou infarto iminentes. Tais interpretações aumentam a excitação e intensificam as sensações corporais, confirmando, desta forma, um senso de “perigo” iminente e gerando mais interpretações catastróficas e ansiedade em uma rápida espiral. (MANFRO, et al., 2008, p. 582).

A percepção de perigo mobiliza o comportamento do ser humano, visto que temos um sistema de defesa primitivo. No entanto, no transtorno de pânico, há a ativação de uma resposta mesmo diante a situações benignas. O sujeito avalia a própria vulnerabilidade de forma exagerada, o que deriva de um sistema de processamento de informação falho que interpreta de forma catastrófica situações ou sinais neutros, vendo-os como ameaçadores. Nesse sentido, é despertada no paciente a “[...] crença de que a ansiedade e os sintomas associados a ela po-

dem ter consequências físicas, sociais e psicológicas prejudiciais para além de qualquer desconforto físico imediato durante um episódio de ansiedade ou pânico” (BARLOW, 2016, p.6).

Portanto, de acordo com Manfro et al (2008), o pânico é tão aversivo que, após o primeiro ataque, muitos pacientes sofrem com a apreensão de ter outro e desenvolvem “medos das sensações físicas associados à excitação autonômica” (MANFRO et al, 2008, p. 82) e “uma ampla evitação de situações consideradas ativadoras de pânico” (CLARK; BECK, 2012, p. 281). Trata-se, para Barlow (2016), de um “medo do medo”. Por esse motivo, pode estar relacionada a agorafobia, que “[...] é a evitação ou a persistente apreensão a respeito de situações das quais pode ser difícil escapar ou em que não há ajuda disponível em caso de ataque de sintomas semelhantes ao pânico [...] ou outros sintomas que poderiam incapacitar” (BARLOW, 2016, p.3).

Além disso, de acordo com Clark e Beck (2012), muitas pessoas pensam que estão ansiosas por algum ocorrido específico. No entanto, para a terapia cognitiva, o pensamento está entre a situação gatilho e o afeto, ou seja, o que determina o nível de ansiedade não é o evento, mas o que o sujeito pensa diante ele.

Não se pode, no entanto, generalizar o pânico, visto que há cinco tipos de variações, apontadas por Clark e Beck (2012). Primeiramente podemos citar o pânico espontâneo, que é repentino, acontece inesperadamente. Depois, o pânico ligado à situação, o qual ocorre imediatamente após exposição a gatilhos situacionais (ou precipitadamente a eles). Já o pânico noturno ocorre com um despertar abrupto do sono sem a presença de um gatilho óbvio. Há também o pânico de sintomas limitados, que envolve menos de quatro sintomas, e o pânico não clínico, que ocorre em situações estressantes, não apresenta a presença da apreensão sobre o pânico e envolve menos sintomas.

3 A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL FRENTE AO TRANSTORNO DE PÂNICO

O tratamento medicamentoso já se mostrou muito eficaz na melhora do transtorno do pânico. No entanto, ainda há um número considerável de pacientes que, mesmo fazendo o uso de remédios, não ficaram assintomáticos. De acordo com Manfro (2008), há um maior risco de recaída frente a presença de sintomas residuais. Assim, uma alternativa qualificada para o tratamento e a cura de TP é a terapia cognitivo-comportamental.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) para TP é uma alternativa terapêutica que possui boa resposta de curto e de longo prazos tanto para os sintomas nucleares do pânico quanto para os sintomas residuais e geralmente persistentes de ansiedade antecipatória, evitação fóbica e agorafobia (MANFRO, et al., 2008, p. 582).

Rangé (2008) aponta que há evidências de que em 3,5 horas de contato com o terapeuta que aplica a TCC, já há eficácia no tratamento, quando complementado com biblioterapia, técnica eficiente na qual o psicólogo disponibiliza ao paciente manuais de autoajuda para leitura (CLARK; BECK, 2012). Assim, há desfechos positivos em breves sessões, mas isso não significa que um número maior de sessões, em alguns casos, não seja necessário para uma melhor resposta. Nesse sentido, Barlow (2016) aponta que os resultados no tratamento de terapia cognitivo-comportamental são igualmente eficazes independentemente se foram realizados em doze ou seis sessões.

Para a eficácia no tratamento, tanto o paciente quanto o terapeuta devem ter uma posição ativa, ou seja, ambos direcionam o processo juntos para descobrir as melhores estratégias cognitivas e comportamentais (CLARK; BECK, 2012). Nessa relação, o terapeuta cognitivo cumpre o papel de consultor, oferecendo instrução sobre a superação da ansiedade. Assim, segundo Manfro *et al.* (2008), ocorre uma psicoeducação, primeiro passo no tratamento, que pode ser repetido a qualquer tempo. Nesse processo, há a definição e

clarificação da fonte dos sintomas de ansiedade e de pânico, introduzindo o papel dos pensamentos na manutenção do medo e da ansiedade, e o papel da evitação dos comportamentos de fuga na manutenção dos medos e na perpetuação do transtorno (MANFRO et al., 2008, p.83).

Dessa maneira, é importante que o paciente conheça as hipóteses do modelo cognitivo, que indicam os pensamentos enquanto mediadores da situação e da ansiedade e apontam que, “no caso do TP, a ansiedade e o pânico podem ser uma consequência de interpretações distorcidas das sensações físicas” (MANFRO et al., 2008, p.84). Nesse processo de correção das interpretações catastróficas, primeiro é imprescindível a identificação dos pensamentos automáticos (ou pré-conscientes), para assim poder revertê-los em pensamentos normalizados, que geram ansiedade mínima.

Uma das formas da TCC auxiliar o paciente a racionalizar as crenças distorcidas e identificar sua dimensão real, é através do Método Socrático. O terapeuta faz uma série de perguntas que levam o paciente a compreender o quanto suas percepções são responsáveis não somente pela ansiedade, mas também pelo alívio dela. Questionamentos também são utiliza-

dos para instigar o sujeito a descobrir as causas básicas da sua ansiedade e como afastá-la (CLARK; BECK, 2012).

Para um entendimento melhor sobre as formas de tratamento, aqui serão apresentadas algumas perspectivas sobre a estrutura das sessões. Antes, no entanto, é necessário considerar algumas variáveis importantes que dizem respeito ao setting terapêutico, formato das sessões, posição do terapeuta, comorbidade do paciente e tratamento farmacológico. Segundo Barlow (2016), há três possibilidades no setting terapêutico: a primeira se concentra na clínica ou consultórios para pacientes ambulatoriais, sendo propício, por exemplo, para psicoeducação, reestruturação cognitiva, certas exposições e revisão de tarefas. A segunda seria o ambiente natural, que permite que o paciente tenha um contato prático com situações temidas. Pode ser realizada com o terapeuta, que auxiliará o sujeito, dando “*feedback* corretivo em relação à forma como o paciente enfrenta situações temidas para minimizar comportamentos defensivos desnecessários” (BARLOW, 2016, p.10). No entanto, o indivíduo pode realizar essa prática por conta própria, fazendo uma exposição autodirigida e enfrentando-a. A pretensão é que ele consiga criar independência do psicólogo nessas circunstâncias, mas isso somente é viável quando há um alto nível de motivação e de instrução. O terceiro setting possível é a internação, em casos graves e/ou com complicações médicas.

Outra variável analisada por Barlow (2016) diz respeito ao formato das sessões, que podem ser realizadas tanto em grupo, quanto individualmente. Ambas as formas são eficazes, mas, comparando diretamente, o tratamento individual pode apresentar algumas vantagens, além de ser o mais requerido pelos pacientes.

Os fatores relacionados ao terapeuta também devem ser considerados, pois o tratamento pode ter variações a partir da forma a qual o psicólogo interage com o paciente. Foram apontados resultados positivos, segundo Barlow (2016), quando o profissional apresenta uma escuta empática, cordial e sincera no início do tratamento. No entanto, é necessário que, ao longo das sessões, ele seja maleável, pois há vantagens no uso de diferentes tipos de interação em diferentes momentos do processo terapêutico.

Já as variáveis relacionadas ao paciente são relativas a comorbidades (como depressão, transtornos de personalidade ou mesmo doenças físicas), situações socioeconômicas, condições gerais de vida e o entendimento sobre o próprio problema. Isso quer dizer que o tratamento muitas vezes não é realizado da forma esperada, pois as condições de atendimentos são diferentes para cada pessoa. Algumas não reconhecem que precisam de ajuda, não conseguem obter uma cobertura do plano de saúde, desistem do tratamento ou não tem tempo para atender a todas as sessões.

Por fim, a variável do tratamento farmacológico concomitante pode influenciar de forma significativa na intervenção. Para Barlow (2016), há três questões que devem ser consideradas na terapia cognitivo-comportamental quando o paciente faz uso paralelo de medicações psicotrópicas. A primeira delas diz respeito ao favorecimento de recaídas, visto que

[...] o sucesso terapêutico é atribuído a eles em lugar de à terapia cognitivo-comportamental. A falta de autocontrole percebida pelos pacientes pode aumentar o potencial para recaída quando se retira a medicação ou pode contribuir para a manutenção de um regime de medicação sob a suposição de que ele é necessário ao funcionamento. (BARLOW, 2016, p.17).

A segunda questão diz respeito a segurança que os pacientes depositam no medicamento, o que pode “interferir nas correções ou avaliações equivocadas dos sintomas corporais” (BARLOW, 2016, p.17). A terceira se refere a redução da motivação para que o sujeito continue praticando habilidades cognitivo-comportamentais.

Após o entendimento sobre as variáveis, é possível dissertar sobre os procedimentos de intervenção no TP. Utilizando a TCC, Rangé (2008) explica sobre um modelo de tratamento baseado em seis sessões. Em resumo, na primeira o objetivo é estabelecer um *rapport*, coletar as informações necessárias ao tratamento e estabelecer metas. O paciente, então, leva para casa textos e informações sobre a TP, a fim de entender mais sobre o próprio problema (o que se configura como uma psicoeducação). Na segunda, há a introdução da estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E.

A respectiva estratégia foi adaptada por Bernard Rangé (2008) à realidade brasileira, sendo que cada letra de seu título corresponde a um passo. Rangé e Borba (2008, apud ROLIM et al., 2020) explicam que a primeira letra diz respeito a aceitação da ansiedade. Baseando-se no pressuposto de que lutar contra a ansiedade não é favorável para a diminuição dela, o sujeito deve estar aberto para recebê-la, por mais absurdo que aparente. O segundo convida o paciente a contemplar as coisas a sua volta, ou seja, atentar-se para os acontecimentos externos, a fim de desvincular-se da observação interna excessiva (hiper vigilância). O terceiro consiste em agir como se não estivesse ansioso, mantendo-se ativo mesmo que diminua a velocidade em suas ações. O quarto passo da estratégia leva o paciente a liberar o ar dos pulmões, controlando a respiração. No entanto, há contraindicações a essa técnica em alguns casos, pois pode levar a tentativa desesperada de autocontrole. No quinto passo, é recomendado manter os anteriores, repetindo-os. Em sexto lugar, o paciente deve examinar seus pensamentos, refletindo racionalmente sobre eles. Assim, com o pressuposto de que todos os passos anteriores ajudaram o sujeito a diminuir a ansiedade, o sétimo convida-o a sorrir, como uma

parabenização por ter superado o que estava passando. Em oitavo, é sugerido que o indivíduo espere o futuro com aceitação, pois a ansiedade virá novamente, mas o sujeito deve ter consciência de que é capaz de lidar com ela.

Na terceira sessão, o objetivo é que o paciente aumente sua consciência corporal. Assim, primeiramente o terapeuta revê os registros do sujeito e corrige as formas de lidar com os pensamentos automáticos, propondo respostas racionais alternativas. Em sequência, faz um treino de habituação interoceptiva, que consiste em explicar ao paciente que

[...] as sensações iniciais de ansiedade tendem a ficar associadas às sensações finais (isto é: o próprio ataque de pânico) [...]. Dessa forma, as sensações iniciais podem disparar, sem mediação cognitiva, novos ataques de pânico. (RANGÉ, 2008, p. 482).

Assim, o terapeuta pede que o paciente faça, dentro do consultório, os exercícios de exposição interoceptiva, técnica essencial no tratamento de TP, e anote suas avaliações. Segundo Ávila e Andretta (2014), essa técnica é composta de uma série de atividades que estimulam sensações físicas similares as ocorridas durante o ataque de pânico. Assim, o objetivo é mostrar ao sujeito que as reações são próprias do organismo, são naturais. Depois, há a iniciação de exercícios de relaxamento. É solicitado que o sujeito faça todas as atividades e propostas em casa, acrescentando o treino respiratório.

Na quarta sessão, há a análise dos registros do paciente e a correção destes, assim como na terceira. Esse passo acontece em todas a partir da terceira. Depois, os procedimentos são para casos de agorafobia, sendo necessário: fazer uma hierarquia de exposições situacionais (exposição gradual do sujeito à situações que geram ansiedade), enfoque no uso da estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E, preenchimento de curtograma (o que uma pessoa gosta de fazer, o que ela não gosta, o que não gosta e faz, e o que não gosta e não faz) e lista de desejos (como a pessoa quer que sua vida venha a ser, treino de relaxamento e passar tarefas de casa relacionadas a exercícios de auto-exposição). Caso não haja agorafobia, há a passagem para as próximas sessões (Rangé, 2008).

Na quinta sessão, novamente há a análise dos registros do cliente, introdução do Hedonismo Responsável (idéia de que, para evitar impulsividade e arrependimento, o humano deve ser movido pelos seus desejos de maneira racional), discussão da crença de Albert Ellis (1962 apud RANGÉ, 2008) - o qual afirma que lhe é essencial ser amado pelas pessoas que são importantes para ele -, treinamento das habilidades de assertividade do paciente e, por fim, o direcionamento das tarefas de casa.

Também há na sexta sessão a discussão de outras crenças de Albert Ellis (1962 apud RANGÉ, 2008). Primeiramente, a crença de que ele deve ser inteiramente adequado em todos os aspectos para ser considerado um ser de valor. A segunda diz respeito a crença de que é catastrófico quando a vida não decorre exatamente como o sujeito gostaria. Em sequência, há a análise de iniciativas existenciais e exercícios respiratórios, de relaxamento e de conscientização corporal. Por fim, as despedidas.

No entanto, nem sempre as sessões acabam por aí. Rangé (2008) observou que em tratamentos em grupo, talvez algumas pessoas tenham menor entendimento. Assim, o protocolo foi aumentado para oito sessões, através de uma redistribuição de tarefas que não vêm citar no respectivo artigo.

O tratamento descrito por Rangé (2008) se mostrou eficiente e válido para pessoas com transtorno de ansiedade. No entanto, também é possível estruturar as sessões de terapia cognitivo-comportamental de outras formas. Comparativamente, Clark e Beck (2012) são grandes referências nessa área e apontam uma estruturação com pontos semelhantes e diferentes, mas esclarecem que o rigor com o formato prescrito das sessões pode variar, a depender do terapeuta cognitivo.

Primeiramente, Clark e Beck (2012) se preocupam com a avaliação da natureza da ansiedade. Em seguida, buscam intervir no problema, identificando o pensamento problemático e o corrigindo. Assim, o terapeuta cognitivo ajuda o paciente a lidar de outra forma com os episódios de ansiedade e a ressignificar o que ela é. O término é destinado para a prevenção de recaída, pretendendo garantir que o paciente crie independência em relação ao terapeuta e consiga superar futuras ansiedades sem esse auxílio profissional.

As sessões são estruturadas em aproximadamente uma hora de duração, ocorrendo da seguinte forma: em primeiro lugar, o paciente relata sobre suas crises de ansiedade, indicando a frequência e intensidade delas. Depois, o paciente e o terapeuta “definem juntos uma agenda de questões para a sessão” (CLARK; BECK, 2012, p.17). Assim, é possível evoluir para a discussão do plano de ação da sessão anterior e em como ele auxiliou na redução da ansiedade. Em sequência, ocorre a identificação, avaliação e modificação dos pensamentos/crenças que causam ansiedade, tarefa de maior tempo gasto. A partir dela, é possível, portanto, criar um novo plano de ação para a semana. No final, há a realização de um resumo da sessão e um *feedback* do cliente sobre o que na sessão foi mais/menos significativo.

Barlow (2016) propõe outra forma de tratamento, objetivando influenciar na percepção catastrófica do paciente e na evitação de sensações corporais e situações agorafóbicas, tentando ajudá-lo a desenvolver habilidades para superar essas questões. Isso quer dizer que o

psicólogo visa mostrar ao sujeito que os sintomas sentidos são normais, o que é feito a partir da exposição das informações relacionadas à natureza de luta-fuga³. Assim como Clark e Beck (2012), o autor inicia o tratamento identificando, junto ao paciente, “[...] padrões de ansiedade e de situações em que essa ansiedade e os ataques de pânico têm probabilidades de ocorrer” (BARLOW, 2016, p.31).

Assim, na primeira sessão, há a descrição do medo e da ansiedade, permitindo que o terapeuta ajude o paciente a compreender a relação entre respostas comportamentais, fisiológicas e cognitivas. Além disso, é necessário auxiliá-lo “[...] a entender que os sintomas de ataque de pânico não são prejudiciais, bem como começar o automonitoramento” (BARLOW, 2016, p.31). Tal automonitoramento é uma tarefa de casa em que o paciente monitora os próprios ataques de pânico, o humor e a ansiedade diária. Além disso, ele também leva como tarefa a leitura de um material atribuído pelo terapeuta. Pode-se dizer que essa última etapa se configura como uma biblioterapia, promovendo uma psicoeducação, método utilizado em todas as intervenções descritas no presente artigo.

Na segunda sessão, Barlow (2016) explica que há a hierarquização de situações agorafóbicas, em que o paciente lista situações que ativam o medo e a ansiedade, como dirigir um carro sozinho. Além disso, são trabalhadas as habilidades relacionadas ao retreinamento da respiração, que consiste na realização de uma hiperventilação voluntária no paciente, experiência que é discutida com o psicólogo. Assim, o profissional explica a base fisiológica da hiperventilação e ensina a respiração diafragmática, estratégia similar ao quarto passo do método A.C.A.L.M.E.-S.E.

Ainda no sentido de promover uma psicoeducação, na segunda sessão ocorre a reestruturação cognitiva, em que o terapeuta explica como a ansiedade está relacionada às distorções de pensamento, esclarecendo que ela leva o sujeito a ver eventos ameaçadores de uma forma catastrófica e que “[...] as distorções cognitivas são desnecessárias, porque não existe ameaça real no caso de transtorno do pânico” (BARLOW, 2016, p.35).

Na terceira sessão, novamente é feito o retreinamento da respiração e a reestruturação cognitiva. Na quarta, já é possível que a respiração diafragmática seja feita em situações de ansiedade, visto que antes estavam sendo realizadas apenas em ambientes relaxantes. Além disso:

³ Reação natural de evitação/escape de pensamentos, sentimentos ou situações físicas diante a ansiedade.

Em termos de reestruturação cognitiva, os terapeutas dão orientação corretiva aos pacientes sobre os métodos de questionar as evidências para gerar probabilidades realistas, encarando o pior e gerando formas de enfrentar cada item na hierarquia de agorafobia e qualquer ataque de pânico que tenha ocorrido na última semana. (BARLOW, 2016, p.40).

Ainda na quarta sessão, o terapeuta dá recomendações com clareza para que a exposição *in vivo* (prática na qual o paciente se depara com as situações temidas) possa ser realizada com eficiência. Mais adiante, na quinta sessão, há a revisão da técnica utilizada anteriormente e introdução da exposição interoceptiva, ressaltando que cada exposição não tem intuito de reduzir imediatamente o medo, mas de torná-lo tolerável. Além disso, já é viável envolver pessoas significativas no tratamento.

Nas sexta e sétima sessões, há o repasse das práticas de exposição *in vivo* e de exposição interoceptiva realização repetida da mesma, formulação de novas exposições e estabelecimento dessas estratégias como tarefa de casa. Em sequência, na oitava e nona sessão há a continuação das duas práticas dos atendimentos anteriores. A diferença é que a exposição interoceptiva estende-se para atividades naturais, ou seja, “[...] tarefas ou atividades diárias que têm sido evitadas ou suportadas com pavor em função das sensações associadas a elas” (BARLOW, 2016, p.45).

As duas sessões subsequentes visam revisar os exercícios de exposição *in vivo* e interoceptiva das anteriores, além de realizar a indução deliberada de sensações corporais temidas dentro do contexto de situações agorafóbicas. A tarefa de casa é manter o automonitoramento e as diversas exposições.

Por fim, a décima segunda e última sessão “[...] revisa os princípios e as habilidades e dá à paciente um modelo de técnicas de enfrentamento para situações potenciais de alto risco no futuro” (BARLOW, 2016, p.47). Vale ressaltar que o protocolo descrito por Barlow (2016) foi baseado numa intervenção específica com uma paciente com agorafobia. Como o próprio autor aponta, o decorrer do tratamento ocorre de acordo com a avaliação funcional realizada com cada paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as análises feitas, é possível identificar que a terapia cognitivo-comportamental possui métodos eficazes no tratamento de pessoas com transtorno do pânico. A partir da exposição e discussão sobre as técnicas, foi possível compreender como a tocante psicoterapia permite uma prática que viabilize o tratamento de pessoas com TP, o que, como

pretendido, foi feito a partir de uma revisão literária. Portanto, o respectivo artigo pôde coletar informações para viabilizar a identificação de alguns elementos essenciais utilizados pela TCC.

Primeiramente, a reinterpretação de crenças negativas é um elemento marcante no tratamento. O psicólogo visa extinguir as distorções de pensamento do paciente, a fim de que haja uma ressignificação dos pensamentos automáticos e dos episódios de ansiedade e, conseqüentemente, uma diminuição da catastrofização. Também foi possível identificar que as tarefas de casa são importantes na melhora do paciente, assim como a psicoeducação. Além disso, em Rangé (2008) e Barlow (2016) houve o uso de exercícios de respiração e exposição interoceptiva ao longo do processo psicoterapêutico.

As técnicas expostas se mostraram similares no que tange as bases utilizadas no processo. Ainda sim, há algumas diferenças, como o método A.C.A.L.M.E.-S.E, utilizado apenas por Rangé (2008), o número de sessões, a estruturação delas e, no geral, as variáveis já expostas no artigo.

Apesar de a revisão teórica ter sido feita a partir de uma variedade de autores, é importante ressaltar que cada psicólogo cognitivo-comportamental adequará as sessões e métodos para cada cliente. Além disso, há uma bibliografia aqui não explorada de pesquisas que expõem a eficácia do tratamento com a TCC a partir de uma análise quantitativa.

A terapia cognitivo-comportamental se mostrou extremamente eficaz. A partir das técnicas dissertadas no presente artigo, é possível compreender que, no final das sessões, o paciente terá uma reestruturação cognitiva, diminuição significativa da taxa de medo e poderá reinterpretar suas crenças negativas. Assim, a psicoterapia permite a redução dos sintomas apresentados a esferas normais ou apenas a uma sintomatologia residual (BARLOW, 2016), fazendo com que o sujeito consiga ter uma qualidade de vida melhor e mais consciente das próprias questões. Dessa forma, essa pesquisa ajuda a clarear o quanto a TCC é um método que deve ser cada vez mais divulgado, pois possui um amplo repertório que pode auxiliar de forma extremamente eficaz no tratamento de pessoas com transtorno do pânico.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 5. Ed., 2014.

ÁVILA, Andressa Celente de; ANDRETTA, Ilana. **Exposição Interoceptiva para Redução da Ansiedade no Tratamento do Transtorno do Pânico**. Revista de Psicologia da IMED, v.

6, n. 1, p. 33-39, Jan.-Jun. 2014. Disponível em:
<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/425>. Acesso em: 03 ago. 2021.

BARLOW, D. H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo**. (4. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

CLARK, David; BECK, Aaron. **Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade: Tratamentos que Funcionam: Guia do Terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 5. ed, 2011.

CLARK, David; BECK, Aaron. **Vencendo a Ansiedade e a Preocupação com a Terapia Cognitivo-Comportamental: Tratamentos que Funcionam: Manual do Paciente**. Porto Alegre: Artmed, 5. Ed, 2011.

MANFRO, Gisele Gus et al. **Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s81-s87, Out. 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18. Ago. 2020.

RANGE, Bernard. **Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos**. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 25, n. 4, p. 477-486, Dez. 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 ago. 2020.

ROLIM, Josiane Alves; OLIVEIRA, Aldecir Ramos de; BATISTA, Eraldo Carlos. **Manejo da Ansiedade no Enfrentamento da Covid-19**. São Paulo: Rev Enfermagem e Saúde Coletiva, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Josiane-Rolim/publication/343678426_Manejo_da_Ansiedade_no_Enfrentamento_da_Covid-19_Managing_Anxiety_in_Coping_with_Covid-19/links/5f3827be299bf13404c8490a/Manejo-da-Ansiedade-no-Enfrentamento-da-Covid-19-Managing-Anxiety-in-Coping-with-Covid-19.pdf. Acesso em: 03. Ago. 2021.