

Transtorno do Pânico (T.P)

O transtorno do pânico é uma vivência catastrófica que pode se agravar tanto, a ponto de limitar a vida da pessoa acometida. Mas TEM CURA!

PEDREIRA, ANTONIO

GENERALIDADES

O transtorno do pânico é uma vivência catastrófica que pode se agravar tanto, a ponto de limitar a vida da pessoa acometida. Mas TEM CURA!

É um quadro de ansiedade aguda que corresponde a um medo patológico que poderá ocorrer com ou sem AGORAFOBIA. Estima-se que afete até 30% da população mundial, na base de duas mulheres para cada homem. Só no Brasil há oito milhões de pessoas predispostas a terem o TP. A AGORAFOBIA é um medo de grandes espaços abertos, de espaços públicos e de fazer algo sozinho. O termo é derivado do grego ÁGORA que significa praça. Curiosamente na ÁGORA havia uma estátua de PÃ, o “deus do medo”, de onde vem o nome PÂNICO.

Convém assinalar que existem dois tipos de medo. Há o medo normal, necessário e natural que nos protege de perigos reais, inclusive nas situações ou estados de pânico real. Muito diferente é o que ocorre no TP no qual, o ataque de medo extremo, cuja intensidade excede à demanda das circunstâncias, chega a ocasionar a incapacitação da pessoa.

Considera-se bem feito um diagnóstico da síndrome do pânico, quando a pessoa exibe pelo menos quatro dos 14 sintomas abaixo, quatro ocasiões diferentes por quatro semanas.

- 1) Palpitações ou taquicardia
(= aceleração do ritmo cardíaco)
- 2) Tremores ou abalos
- 3) Sufoco, desconforto torácico ou dor torácica
- 4) Asfixia ou dispnéia (= falta de ar súbita)
- 5) Sudorese
- 6) Tontura, sensação de fraqueza ou instabilidade
- 7) Náuseas ou desconforto abdominal
- 8) Engasgos
- 9) Despersonalização ou desrealização
- 10) Rubores e ondas de calor ou calafrios
- 11) Medo de perder a consciência
- 12) Medo de perder o controle e agir descontroladamente
- 13) Medo de enlouquecer ou fazer algo insano
- 14) Medo de morrer

Durante o ataque de pânico é comum a pessoa se sentir aturdida, confusa, com dificuldade de concentração, necessitando abandonar o local para procurar ajuda, ou mesmo buscar outro lugar mais ventilado ou menos abafado.

O PRIMEIRO ATAQUE DE PÂNICO – Não dá para esquecer!

O desconforto físico e mental é imenso! O medo cresce de um mínimo ao máximo, em questão de minutos. É espontâneo, imprevisível e abrupto. O ataque dura poucos minutos (que parecem uma eternidade), os sintomas atingindo uma crescente intensidade, tendo o seu máximo em 9 a 10 minutos. sensação de mal-estar enorme; medo pavoroso, terror, sensação de morte iminente (= dessa eu não escapo!, estou morrendo!) coração disparado, como se fosse “sair pela boca”, abafamento e asfixia como se o ar fosse faltar de vez, acompanhado pelo medo de estar enlouquecendo, suores frios, sensação vertiginosa formigamento e tremores incontroláveis.

A este cortejo de sintomas, se sobrepõe a idéia de que sua vida não será mais o que foi um dia – se escapar desta, pensa.

Atendidos por médicos – freqüentemente cardiologistas – pois 80% das pessoas acometidas do TP pensam que estão tendo um ataque do coração, tudo passa como que por encanto. Quando pergunta “o que foi que tive, infarto?” e a resposta do médico sendo NADA!

VOCÊ NÃO TEM NADA, É TUDO COISA DA SUA CABEÇA, ao invés de tranquilizá-la, deixa-lhe confuso e se questionando: Se não foi NADA, e o que foi que provocou “aquilo”? Se a pessoa não for diagnosticada, a tendência será mistificar, como se fosse uma entidade sobrenatural que se apossou dela, ou até mesmo um E.T. Aí passa a viver a expectativa ansiosa do ataque se repetir, ficando hiper vigilante sobre qualquer coisa que possa lhe evocar aquela estranha experiência. Passa a fazer a “peregrinação dos ISTAS” - cardiologistas, endocrinologistas, etc, na esperança detectar alguma coisa orgânica – chega a torcer por um distúrbio de tireóide, por exemplo. Submete-se a todos os exames, muitos até desnecessários. Vai vivendo de pequenos sobressaltos até que acontece...

O 2º EPISÓDIO DE PÂNICO: ATERRADOR

Toma-lhe de assalto, e se repete aquela vivência devastadora muito semelhante ao 1º ataque de pânico que teve. Freqüentemente, após o primeiro episódio, acontece um previsível condicionamento, em que o paciente tende a correlacionar a vivência catastrófica a fatores ligados ao ataque de pânico. Assim, o local do 1º ataque – cinema, restaurante, elevador, escola, supermercado etc., passa a ser sistematicamente evitado, com a crença de que longe destes ambientes ou situações, estará a salvo de um novo ataque. Quando ocorre no trabalho, pode começar a faltar e até passar em trocar de emprego. Com o 2º episódio do pânico e os subseqüentes, instala-se um mecanismo de ANSIEDADE ANTECIPATÓRIA grave, em que a pessoa passa a viver em permanente suspense de um novo ataque. Em termos práticos, a pessoa fica “morrendo a cada instante”, diante de situações e locais de suposto perigo. É o MEDO do MEDO a mola propulsora do círculo vicioso que pode incluir pensamentos cáusticos e hiper vigilância às mínimas sensações corporais. O sistema distorcido e auto reforçador do TP pode ser acionado em qual ponto do circuito representado no esquema abaixo:

SENTIMENTOS

COMPORTAMENTOS CONDUTAS

Os pensamentos vão de crenças mágicas a um pessimismo quanto a voltar algum dia a ser como era antes. Os maus-sentimentos que aparecem são pessimistas, retroalimentadas por “fantasias catastróficas”, ensaiadas no palco da consciência, tipo vou morrer! estou perdido! Não tem jeito para mim! não há saída! Na dependência de crenças religiosas, sobrenaturais ou mesmo ufológicas, o cliente com TP sente-se refém de entidades do além ou de influências malignas de poderosas forças externas. Isto pode ser agravado nos ataques em pleno SONO, o que ocorre em 40% dos pacientes com TP.

CONDUTAS DE EVITAÇÃO fóbica, em razão de uma persistente ANSIEDADE ANTECIPATÓRIA, chegam a 60% dos casos, o que representa um obstáculo a ser superado no tratamento deste distúrbio, cujo denominador comum é a emoção MEDO. Sob a forma de VERGONHA (medo à censura alheia) – “o que vão pensar de mim?”, “vão pensar que estou louco(a)!” e também os comportamentos de disfarce para que não percebam o que está sentindo ou passando, além da natural evitação de circunstâncias análogas às dos primeiros ataques de pânico que teve, buscam locais onde possam ter ajuda, sejam mais fácil escapar ou possam se livrar sem embaraço ou constrangimento. Tudo isso fica pior, se a pessoa desenvolve uma fobia associada, quer seja social, quer seja agorafobia; passa a ter uma vida limitada, social e profissionalmente, podendo comprometer o relacionamento conjugal.

QUAL A CAUSA DO TP?

Fala-se em uma VULNERABILIDADE PSÍQUICA para traduzir uma certa predisposição genética, justificada pelo isolamento de uma GENE responsável pelos transtornos de ansiedade.

No projeto genoma, foi identificado um gene no cromossoma de no 15, relacionado ao TP.

Todavia, convém recordar que a genética nos ensina que um gene só se expressa em interação com o meio, traduzido pela equação FENÓTIPO = GENÓTIPO MEIO. Para quem não se recorda dessas noções elementares de genética, lembro-lhes que o GENE NÃO SE EXPRESSA NO VAZIO BIOLÓGICO, do mesmo que o som não se propaga no vácuo.

Portanto, para que o gene se expresse é preciso que haja uma influência do meio por fatores desencadeantes ambientais, psicossociais e biológicos, sob a forma de situações estressantes, traumáticas ou angustiantes que deflagram o sistema de alarme através das amígdalas cerebrais.

Se houvesse uma situação de perigo real, tudo estaria bem, pois o nosso corpo estaria preparado para o enfrentamento. Como se trata de “alarme-falso”, os neurotransmissores e outras substâncias químicas são liberadas, como se fosse um alarme natural, produzindo sintomas muito desagradáveis característicos do TP.

A sensação de morte iminente provém da atenção total da pessoa, com este transtorno, ficar focalizado nos sintomas físicos, o que agrava o pânico, a intensidade do ataque e a sua duração. Quanto mais apavorado ficar a pessoa, maior será a intensidade dos sintomas.

CONDUTA ADEQUADA DO PORTADOR DO TP

Embora as primeiras buscas do cliente sejam por serviços de emergência em pleno ataque de pânico, é importante que o diagnóstico seja feito por um médico, que fará uma exaustiva pesquisa para excluir doenças orgânicas e transtornos psiquiátricos parecidos.

Depois da avaliação diagnóstica, mediante a história clínica, exames físico e exames complementares que permitam o competente diagnóstico diferencial. O médico estará em condições de receitar os remédios adequados e psicoterapia. É de grande importância que o médico informe ao paciente que o que ele está sentindo não é algo imaginário, ou loucura, mas uma doença que não mata mas incomoda demais, e limita a sua qualidade de vida, contudo tem CURA.

Uma vez compreendendo o que está ocorrendo com seu corpo e sua mente, o cliente estará no ponto de receber os tratamentos psicoterápico e farmacológico.

TRATAMENTO DO TP

I) ABORDAGEM MEDICAMENTOSA

O arsenal de remédios eficazes para debelar e evitar novos ataques de pânico é grande, e cada vez mais enriquecido por novos produtos lançados, recentemente, depois de experiências controladas.

Sabemos pelos avanços da NEUROBIOLOGIA que as amígdalas cerebrais são estruturas especializadas em reconhecer situações de perigo, conectadas que estão com a parte mais primitiva do cérebro – O SISTEMA LÍMBICO – que pode ser considerado um banco de dados da MEMÓRIA do MEDO. As amígdalas cerebrais são responsáveis pela identificação do perigo e envio de sinais para que certas reações sejam deflagradas, inclusive a liberação pelo HIPOTÁLAMO de substâncias que controlam o metabolismo. Entre as substâncias reguladoras estão a SEROTONINA e a NORADRENALINA. É justamente sobre a produção e recaptção destas substâncias neurotransmissoras que atuam os medicamentos mais modernos pertencentes aos grupos denominados de DIAZEPÍNICOS (ALPRAZOLAM e CLONAZEPAM), e os ISRS, INIBIDORES SELETIVOS DE RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA (FLUOXETINA, PAROXETINA, etc.).

Pela freqüente associação do TP com depressão, 80% dos casos novos antidepressivos, como a MIRTAZAPINA, VENLAFAXINA, REBOXETINA e ESCITALOPRAM têm se mostrado de enorme valor.

No tocante à abordagem medicamentosa, é sempre útil saber que o início da ação destes remédios (ISRS) não é imediata, requerendo pelo menos uma semana a duas, para produzirem o efeito desejado. Enquanto isso, os sintomas podem piorar ou surgirem efeitos colaterais indesejados, porém passageiros. Por isso, é que os médicos iniciam com uma DOSE MENOR, e passam ansiolíticos tipo Benzodiazepínicos, para controlar a angústia, e antidepressivos (ISRS) para regular os distúrbios químicos dos neurotransmissores cerebrais.

Depois de obter a resposta medicamentosa esperada, os médicos estabelecem doses de manutenção, que variam de pessoa para pessoa, conforme o caso.

Uma vez garantida a supressão dos sintomas do TP, torna-se necessário uma abordagem psicoterápica para a resolução dos fatores psicodinâmicos subjacentes e dos aspectos cognitivo-comportamentais presentes.

II) ABORDAGEM PSICOTERÁPICA (do TRANSTORNO DO PÂNICO)

Consiste em trazer à tona os problemas e traumas secretos, obtidos mediante uma história de vida do paciente acometido por este transtorno.

Na visão psicanalítica, este medo patológico é apenas a expressão de uma ANGÚSTIA MAIS PROFUNDA e que os sintomas do pânico representariam pistas do nível inconsciente dos conflitos, e que o desequilíbrio da química cerebral seria efeito e não causa do transtorno em si.

Como a abordagem clássica freudiana é de longa duração e sem previsão de resultados, a Terapia Cognitiva Comportamental tem sido elogiada como capaz de curar o transtorno e eliminar a Agorafobia, se presente em poucos meses. A minha experiência pessoal como médico e psicoterapeuta é na linha humanista berniana, Análise Transacional (A.T.) em cujo Congresso Nacional – 1998 apresentamos um trabalho com 150 pacientes com TP, com apreciáveis resultados, a curto e médio prazo.

Na maioria dos casos foram utilizadas medicação ansiolíticas para controle de ANSIEDADE ANTECIPATÓRIA, e técnicas cognitivo-comportamentais para controle das manifestações de medos fóbicos, e abordagem psicodinâmica através do instrumental da Análise Transacional. Usamos um programa modificado da Técnica dos SEIS PONTOS, proposta originalmente pela especialista norte-americana JERILYN ROSS em seu livro VENCENDO O MEDO (2a Ed.-ÁGORA).

Nas etapas da nossa abordagem com AT, começamos explicando cognitivamente os aspectos particulares que envolvem o medo daquele paciente e que se traduz pelo seu distúrbio de ansiedade. Também levamos a conhecimento do cliente uma noção básica sobre emoções inatas e aprendidas, com foco especial no aspecto prejudicial para a qualidade de vida destas emoções parasitas, verdadeiros “chupa-cabras” da saúde física e mental destes medos aprendidos. Explicamos com especial ênfase que, a predisposição genética existe como um fator de vulnerabilidade pessoal, mas que não obriga a pessoa a ter o TRANSTORNO DO PÂNICO.

Fazemos uma analogia da Genética com a carteira de motorista, que lhe dá a permissão para conduzir um veículo, mas não o obriga a dirigir.

Analisamos os 3 medos capitais presentes no ataque do pânico e que envolvem a COGNIÇÃO, traduzidos pelos medos de MORRER, de NÃO SER SOCORRIDO e de ENLOUQUECER.

Os medos antecipatórios são superados por meio do manejo de uma escala de 0 a 10 dos níveis da ansiedade que a pessoa sente e pode experienciar, sendo 0 a 2 sem ansiedade e 9 e 10 sintomas do pânico e ataque de pânico. Treinamos a identificação dos níveis de ansiedade, os quais podem subir e descer, e serem controlados, mediante técnicas respiratórias específicas.

Uma vez firmada a aliança terapêutica, formulamos o CONTRATO, definindo as metas a serem atingidas – o que e o como.

Na parte CONDUTUAL, valem-nos da técnica clássica de Volpi, da exposição progressiva ao objeto fóbico ou situação que lhe cause medo, até a superação. Também treinamos técnicas de relax e de neutralização dos sintomas de pânico provocando no consultório incremento do p.CO2 mediante hiperventilação, vertigens e tontura, acionando cadeiras giratórias para induzi-lo a ter estes sintomas. O cliente é encorajado a fazer os enfrentamentos das situações

temidas, em vez da evitação fóbica, e anotar em uma planilha os resultados semanais e mensais.

Damos reforços aos seus progressos.

De resto, cuidamos da ANGÚSTIA subjacente que é a causa do seu transtorno do pânico.

Para atacá-la usamos técnicas de Redecisão, de terapia Refocalizadora, de fechamento das Gestalts e resolução dos traumas infantis ligados aos problemas, aliviando assim, a angústia.

Usando o referencial teórico da AT, trabalhamos em abordagem psicodinâmica, objetivando “tornar o INCONSCIENTE, consciente”.

PALAVRAS FINAIS

Nesta aventura única do autoconhecimento, que é a psicoterapia, temos certo que os remédios são capazes de suprimir os sintomas dolorosos e angustiantes do TP, mas não curam os CONFLITOS. Somente uma ausculta empática dentro de um ambiente terapêutico adequado, com um vínculo terapeuta-cliente bem estabelecido e uma abordagem potente, como a Análise Transacional, é que logramos nos posicionar no caminho da cura dos transtornos da ansiedade e do Ataque de Pânico.