

# Transtorno de Pânico e Agorafobia: Um Estudo de Caso.

## Panic Disorder and Agoraphobia: A Case Study<sup>1</sup>

Ilma A. Goulart de Souza Britto  
Ângela Maria Menezes Duarte  
Universidade Católica de Goiás<sup>2</sup>

### Resumo

O presente estudo teve como objetivo intervir nos comportamentos problemáticos de uma cliente de 53 anos que relatou experimentar estados corporais compatíveis com manifestações do transtorno de pânico. Com base nos relatos verbais e registros dos comportamentos da cliente, a terapeuta descreveu as contingências que produziam a queixa e ensinou à cliente que a ansiedade é um estado corporal produzido pelas contingências aversivas às quais ela respondia. Durante a intervenção, a cliente adquiriu o repertório necessário para responder adequadamente às contingências aversivas. Os comportamentos desadaptados da cliente ficaram sob controle dos procedimentos terapêuticos utilizados.

Palavras chave: Transtorno de pânico; Ansiedade; Terapia comportamental.

### Abstract

The objective of the present study was to intervene in the problematic behaviors of a 53-year-old client who reported to the therapist to experience bodily states compatible with manifestations of panic disorder. Based on the verbal reports and records of the client's behaviors, the therapist described the contingencies that produced the client's complaint and taught the client that anxiety is a bodily state produced by aversive contingences to which she responded. During the intervention process, the client acquired the repertoire needed to respond appropriately to the aversive contingencies. The client's maladaptive behaviors became under the control of the therapeutic procedures.

Key words: Panic Disorder; Anxiety; Behavioral Therapy.

<sup>1</sup>A intervenção terapêutica descrita fez parte do trabalho de doutorado da primeira autora.

<sup>2</sup>Ambas as autoras são professoras doutoras e ensinam no Programa de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica de Goiás. Endereço para correspondência: rua 53 número 206, Jardim Goiás, Goiânia-GO. CEP 74810-210. E-mail: [ilmagoulart@brturbo.com](mailto:ilmagoulart@brturbo.com)

O uso de castigos, coerções ou ameaças de punições são comuns em nossa sociedade. Quando as punições e ameaças se tornam excessivas ou insuportáveis, as pessoas podem experimentar estados emocionais negativos que interferem em seu desempenho e em sua saúde. O estado corporal sentido sob tais contingências é freqüentemente chamado de ansiedade. Keller e Schoenfeld (1973) afirmam que a ansiedade origina-se da experiência com eventos aversivos que ativam fortes processos internos e a supressão de certos comportamentos operantes.

O terapeuta comportamental ensina o cliente a responder a estados emocionais negativos de maneira adaptativa. Clientes freqüentemente descrevem seu estado corporal correspondente aos processos internos “*é horrível sentir-se assim*” e à supressão do comportamento “*literalmente, paralisei-me*”. Cabe ao terapeuta demonstrar a ação dos eventos aversivos na vida do cliente e levá-lo a discriminar como tais eventos adquiriram as funções aversivas.

Quando algo ruim está por acontecer e nada se pode fazer para evitar ou fugir, é comum vivenciar os estados emocionais negativos evocados pelos eventos aversivos. Uma punição inevitável pode produzir incapacitação completa ou parcial, preocupação inútil e sofrimento físico. “Freqüentemente consideradas como uma forma de ansiedade, estas reações são usualmente tratadas - raramente com sucesso - com remédios psiquiátricos ou farmacológicos” (Sidman, 1995, p.219).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV-TR (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2002) define o transtorno de pânico pela presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados seguidos pela preocupação persistente sobre possíveis ataques futuros e implicações comportamentais relacionadas ao ataque. Define ainda, que os ataques de pânico podem ser inesperados, predispostos por uma situação ou ligados a situações. Em relação a

agorafobia, o manual a define pela ansiedade de estar em locais de onde pode ser difícil fugir ou não haver ajuda disponível no caso de ter um ataque de pânico inesperado ou predisposto pela situação.

As manifestações do transtorno de pânico, um dos mais importantes no contexto dos fenômenos de ansiedade, paralisam as pessoas e parecem ocorrer sem uma provocação estimular. Os estímulos que evocam essas manifestações não são óbvios para as pessoas que os experimentam.

No caso dos estados noturnos de pânico, a pessoa ansiosa acorda experienciando reações fisiológicas tais como palpitações, sudorese ou respiração rápida. É possível que estimulações fisiológicas eliciem as respostas de medo: a pessoa responde negativamente aos seus estados corporais. A pessoa verbaliza descritivamente o evento: “*Estou passando mal e agora o que vai ser de mim?*”. Assim, ela mantém e aumenta a resposta de medo aos seus estados corporais. Tal comportamento é um elo contínuo na ativação da cadeia de ataques de pânico (Staats, 1996).

O objetivo do presente estudo é apresentar um caso clínico de tratamento de transtorno de pânico e agorafobia.

### Caso clínico

Helena, uma mulher de 53 anos de idade, era casada com um administrador de empresa desempregado e tinha três filhos, sendo duas mulheres e um homem. Era a filha mais velha de cinco irmãos.

Descreveu o pai como uma pessoa rígida, verbalmente abusiva, perfeccionista. Já a mãe, descreveu como sendo uma pessoa dócil, dependente, passiva, prestativa e sem ambições.

Relatou que se casou aos dezesseis anos para sair de casa, pois até então, não tivera liberdade. Só quando “*colocou uma aliança no dedo*” pôde sair só com o noivo, e, mesmo assim, com longas admoestações do pai que temia que “*ela se perdesse na vida*”. Depois que

concluiu o primeiro grau, empregou-se numa empresa pública que estava para ser privatizada. Esta questão deixou Helena indecisa se deveria aposentar proporcionalmente ou não. Adiou a decisão, pois gostava do trabalho e dos colegas.

Helena e a família estavam passando por dificuldades financeiras devido à demissão do marido. Esta situação a incomodava bastante, pois o filho queria se casar e na sua avaliação o momento não era propício.

Recentemente Helena experimentara uma ligeira tontura. Com o passar do tempo sua tontura piorou e ela começou a sentir o aumento de sua frequência cardíaca, juntamente com tremores e transpiração excessiva. Sua respiração estava cada vez mais ofegante, sentia a boca seca e dores e pressão no peito.

Com o agravamento dessas manifestações, ela deixara de sair de casa. Não ia a bancos e supermercados, não fazia compras e não ia à casa das filhas visitar os netos. Quando um deles se machucou, ela correu, tirou o carro da garagem, mas quando se viu na rua, *“teve a sensação de que ia morrer”*. Voltou com o carro para a garagem e solicitou ao esposo que a levasse até o neto. Ainda assim, experimentou um intenso pavor durante o trajeto, pavor esse que se repetia a cada dia quando saía de casa para o trabalho na companhia do marido. Helena deixou de dirigir.

Após realizar exames médicos de rotina, foi diagnosticada como sofrendo de distúrbio neurovegetativo. Não satisfeita com o diagnóstico, procurou um cardiologista e a seguir um psiquiatra com o qual se tratou farmacologicamente por seis meses sem sucesso.

As duas primeiras sessões do processo terapêutico foram usadas para reunir informações. A queixa inicial incluía descrições de taquicardia, sudorese, tonturas, tremores, perda de controle, sensações de morte iminente, pavor e sufoco. Também relatou problemas no sono, dificuldades de concentração, receio de ficar só, e compor-

tamentos de evitação que incluíam a recusa em dirigir. Como parte da avaliação, Helena respondeu ao Questionário de História Vital (Lazarus, 1980) que confirmou os eventos relatados na entrevista inicial.

O tratamento foi baseado na terapia comportamental e incluiu o uso das técnicas de relaxamento muscular progressivo (Jacobson, 1938), hiperventilação como exercício de exposição interoceptiva (Barlow, 1999; Dattilio & Berchick, 1998), treino respiratório, hierarquias de exposições (Barlow & Cerny, 1999; Wolpe, 1976); registros diários e freqüente reforçamento positivo social no consultório.

Foram dadas explicações sobre: (a) os componentes do paradigma da ansiedade; (b) as funções dos eventos aversivos; (c) discriminação das sensações corpóreas; (d) a supressão de comportamentos (e) respostas de medo; e (f) habilidades no manejo de estados emocionais negativos.

Em seguida, Helena foi orientada a praticar o relaxamento em casa pelo menos três vezes ao dia. A hiperventilação foi usada na presença da terapeuta para evocar os sinais característicos dos respondentes fisiológicos, tais como palpitações, tremores, tonteiras, sensações de falta de ar, vertigens e sudorese. A aplicação desta técnica pode ser compreendida através do fragmento de sessão abaixo:

T = Helena, gostaria de fazer uma demonstração para ajudá-la a compreender os sinais de ansiedade que tanto te incomodam.

C = Ah, não! Só de pensar nisso tudo, tenho medo.

T = Isso poderia ajudá-la a controlar aquelas sensações desagradáveis...

C = Ah, meu Deus! Eu não vou conseguir...(começa a chorar)

Após várias considerações e hesitações, Helena concordou.

Antes de realizar a técnica de hiperventilação, a terapeuta aproximou-se de Helena, tomou-lhe a mão e perguntou: *“Vamos começar?”*

T = Agora, gostaria que você respirasse muito rápido, inalando o ar através da boca como se

estivesse realmente sem fôlego. Observe como eu estou fazendo (a terapeuta começa, então, a respirar pela boca demonstrando a Helena como ela deveria proceder).

T = Está pronta?

C = Sim.

T = Então comece a respirar da maneira que lhe demonstrei. Vamos iniciar juntas. Está bem?

A terapeuta acompanhou Helena no princípio do exercício de hiperventilação e a encorajou a concluí-lo sozinha por um minuto e meio a dois minutos. Ao final do exercício, soltou sua mão e retornou ao seu lugar.

T = Muito bem. Agora, levante-se.

C = Oh, meu Deus? Estou ofegante. Parece que vou desmaiar.

C = Meu coração bate muito forte, estou tonta... Acho que se não estivesse sentada, iria desmaiar aqui mesmo.

T = Penso que realmente é muito desagradável para você sentir-se assim. Agora, feche os olhos e comece a respirar lentamente, suavemente... Isso... Muito bem! Continue assim, respirando lenta e suavemente da maneira que você aprendeu no relaxamento. Pausa... Você se sentirá bem melhor. Pausa... Continue a respirar assim: inalando o ar pelo nariz e exalando-o pela boca... Pausa...

T = E, então? Como está se sentindo agora?

C = Acho que se você não estivesse aqui comigo, eu teria desmaiado.

T = Você não desmaiou. Isso já ocorreu durante estes momentos em que experimentou tais sensações?

C = Não, nunca desmaiei.

T = Helena, é necessário que você entenda que tem que haver uma queda na pressão sanguínea para que uma pessoa possa desmaiar. Isto não aconteceu com você. O que aconteceu foi exatamente o oposto. Resultados de pesquisas (e.g., Barlow, 1999; Dattilio & Berchick, 1998) indicam que o ataque de

pânico está associado a um aumento de pressão sanguínea. Por isso é pouco provável que você desmaiasse aqui, agora...

C = Interessante, nunca pensei realmente nisso. Quer dizer então que eu só tenho a sensação que vou desmaiar?

T = Isso mesmo! O desmaio é improvável durante um ataque de pânico.

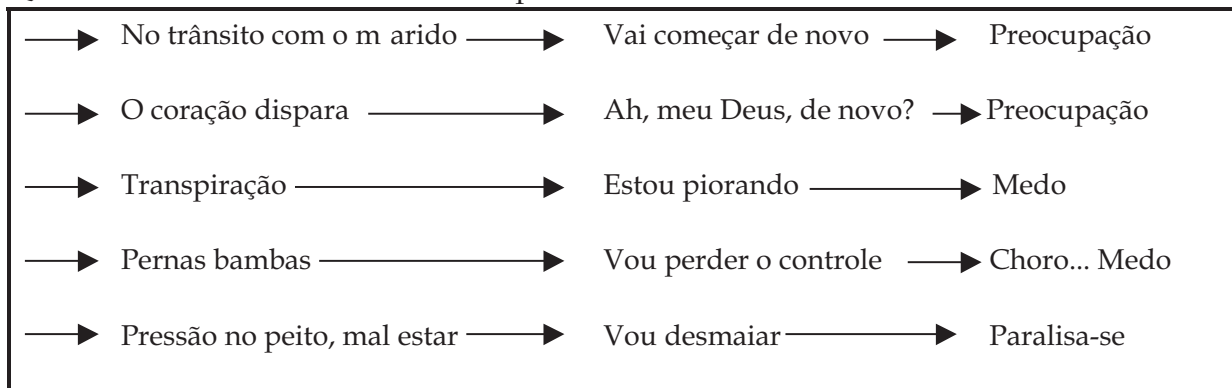
Em seguida, a cliente recebeu informações mais específicas sobre os eventos aversivos aos quais respondia. Foi solicitada a discriminar suas próprias sensações corporais de uma maneira mais adaptativa: se o evento aversivo fosse mesmo inevitável a cliente deveria usar uma resposta de fuga ou esquiva previamente aprendida.

Foi explicado a Helena que a ansiedade é uma palavra que descreve um estado emocional que ocorre no interior do corpo. Este estado é uma resposta à ação de diferentes eventos cujas funções a pessoa desconhece e confunde com processos mentais ou biológicos. Suas sensações corporais e alterações comportamentais decorrem não devido aos seus sentimentos, mas às contingências aversivas que produziram os estados emocionais experimentados.

Nas sessões subseqüentes Helena começou a adquirir os repertórios comportamentais necessários para que ela mesma manejasse suas próprias sensações corporais evocadas pelos eventos aos quais estava exposta. Foi-lhe solicitado como tarefa de casa, um registro diário de pânico no qual ela deveria relatar datas, eventos antecedentes, seus comportamentos frente a estes eventos e suas conseqüências.

De posse desses registros, a terapeuta construiu, juntamente com Helena, os elos entre o evento antecedente, as respostas fisiológicas e o conteúdo de seus relatos verbais sobre suas próprias sensações corporais. Tais dados estão contidos no Quadro 1.

Quadro 1 - Encadeamento da crise de pânico em Helena



Passo a passo, a terapeuta analisou juntamente com a cliente, o modo pelo qual ela descrevia os eventos por ela experienciados juntamente com as suas sensações corporais. Tais eventos eliciavam fortes emoções negativas que contribuíam para aumentar a frequência de seus respondentes simpáticos, tais como, transpiração excessiva, pressão no peito, coração disparado etc.

Foi explicado que ela provavelmente apresentava uma hipersensibilidade para responder às alterações fisiológicas em seu corpo e, em decorrência disto, passava a sentir medo acompanhado de uma sensação de incontrolabilidade, de imprevisibilidade em relação ao que poderia acontecer daí em diante. Para ajudá-la a compreender melhor estas explicações, foi-lhe solicitado que recordasse de uma

situação recente em que ela tivesse experimentado um ataque de pânico. Em seguida, seus relatos verbais descritivos dos eventos experienciados foram relacionados a cada resposta fisiológica, a cada sensação descrita. Ela era encorajada a avaliar todos os eventos que ocorriam subsequente à sua sensação de perigo. Foi dito a Helena que ela mesma formulava regras que passavam a controlar seus comportamentos de pânico. Helena foi instruída a se autobservar nas suas atividades diárias.

Helena deveria continuar a fazer seu registro diário de pânico no sentido de discriminar seus sinais corporais e a seqüência de seus ataques. O quadro 2 exemplifica um desses registros.

Quadro 2 - Registro diário de pânico

Data	Eventos	Verbalizações	Sensações	Conseqüências
		descritivas dos eventos experimentados	Corporais	
	Em casa, preparando-se para ir ao supermercado	Vai começar tudo de novo	Mãos frias; Boca seca	Respira profundamente e se mantém calma.
	Com o marido no trânsito, atravessando uma rótula num cruzamento perigoso.	Meu Deus! Ele vai bater o carro! Alguém pode nos atropelar neste trânsito infernal...	Coração acelerado. Tensão no peito. Tremores.	Não consegue evitar o aumento de suas sensações corporais.

continuação

Data	Eventos	Verbalizações	Sensações	Conseqüências
	Em casa, passando uma camisa para o filho.	Estou me sentido melhor hoje.	Boca seca. Mãos frias	Respira profundamente e se mantém calma
	Com o marido no trânsito. Aproximando-se de um carro velho	E se esse carro velho perder o controle e vier em cima de nós?	Sensação de tontura. Mãos frias. Coração acelerado.	Não consegue evitar o aumento de suas sensações corporais.
	Com o marido no trânsito à noite. Chove	As ruas estão alagadas? E se o nosso carro desgovernar?	Sensação de desmaio.	Não consegue evitar o aumento de suas sensações corporais

Helena citou os ataques de pânico que ocorreram em dias anteriores quando ela estava no carro com o marido. Relatou que, à noite, quando o marido fez uma ultrapassagem, começou a sentir “aquelas sensações”, e naquele momento, falou para si mesma: “vai começar outro ataque”.

Foi pedido que Helena fizesse uma lista dos eventos causadores de ansiedade e que desse

uma nota de 0 a 100 em termos do grau de ansiedade que experimentava diante daquele evento. Assim, foi construída uma hierarquia de ansiedade (Wolpe, 1976) com uma lista de eventos perturbadores relacionados ao trânsito, onde o evento em que ela sentiu o mínimo de ansiedade recebeu a nota 10 e o máximo, a nota 100.

Quadro 3 - Hierarquia

Eventos	Notas
Som de carro barulhento	10
Ultrapassagem à noite	20
Visão de moto ou bicicleta à frente de seu carro	30
Pessoas atravessando as ruas	40
Ultrapassar carro velho	50
Dirigir sozinha debaixo de chuva	60
Ultrapassar ônibus ou caminhão à noite	70
Andar a 50 Km nas avenidas principais da cidade.	80
Ouvir buzina de motorista apressado	90
Dirigir em alta velocidade em rodovias	90
Cruzamento de rótulas em trânsito congestionado	100

Em seguida, foi dado início às hierarquias de exposições. Helena foi instruída a dirigir em lugares onde havia maior probabilidade de se expor ao som de carros barulhentos-evento que recebeu a menor nota na hierarquia. Foi dito a ela que permanecesse na situação, independente de suas sensações corporais, até que experimentasse uma redução importante no seu nível de estados emocionais negativos. Um dos primeiros passos foi expor-se na companhia do marido. Depois ela deveria se expor sozinha no trânsito, ao som de motos ou carros barulhentos.

Nas sessões posteriores, foi sugerida a exposição aos itens subseqüentes da hierarquia de exposição, primeiro acompanhada pelo marido e depois sozinha. O critério adotado para mudar de um passo para o outro era Helena relatar que havia conseguido permanecer na situação sem sentir ansiedade. Quando sentia ansiedade utilizava as técnicas previamente aprendidas.

Paralelamente às hierarquias de exposições, Helena fazia registros diários de pânico. Os registros e o relato verbal de Helena indicaram que ela voltou a sair de casa, a fazer compras e dirigir, com uma redução importante na frequência dos ataques de pânico no trânsito, nas sensações corporais negativas e nas respostas de esquiva.

### **Considerações finais**

No ambiente terapêutico, é possível observar que pessoas que vivenciam ataques de pânico apresentam também medos específicos em relação à saúde. Tais pessoas estão atentas às

suas sensações e estados corporais. As sensações fisiológicas parecem confirmar para a pessoa que ela realmente está com algum problema de saúde. Tais sensações aumentam as respostas de medo. Suas falas consigo mesma se tornam então mais negativas, e a pessoa se torna mais ansiosa, estabelecendo assim um estado emocional contínuo que podemos descrever como ansiedade.

O estudo de caso apresentado ilustra os comportamentos típicos de uma pessoa que evita situações que evocam sensações corporais desagradáveis. Os procedimentos utilizados foram efetivos em ensinar à cliente como reduzir ou eliminar tais sensações. Além da intervenção terapêutica propriamente dita, Helena foi ajudada pelo cônjuge que a encorajou na busca de solução para seus problemas e participou ativamente desse processo junto a ela.

A participação de Helena no processo terapêutico foi semelhante à de um aluno atento aos ensinamentos do mestre. Aprendeu a observar e discriminar seus estados emocionais negativos, assim como o processo detalhado de sua própria reação quando nestes estados. Aprendeu a reduzir os respondentes fisiológicos associados aos ataques de pânico e comemorou cada passo alcançado assumindo cada vez mais o controle de seus problemas. Sua motivação para se livrar das sensações corporais negativas e voltar a dirigir facilitou a adesão à terapia que em poucos meses proporcionou a Helena um repertório efetivo na melhora da qualidade de sua vida.

### **Referências**

- Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (DSM-IV-TR). (Trad. D. Batista). Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 2000).
- Barlow, D. H. (1999). Transtorno do Pânico e Agorafobia. Em D. H. Barlow (org). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. (Trad. M. R. B. Osório). (pp.13-62). Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1993).
- Barlow, D. H. & Cerny, J. A. (1999). *Tratamento Psicológico do Pânico*. (Trad. M. C. Monteiro). Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1988).

- Dattilio, F. M. & Berchick, R. J. (1998). Pânico Acompanhado de Agorafobia. Em A. Freeman & F. M. Dattilio (Orgs). *Compreendendo a Terapia Cognitiva*. (Trads. M. Lopes & M. C. Carbajal). (pp.109-120). Campinas: Editorial Psy. (Originalmente Publicado em 1992).
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Keller, F. S. & Schoenfeld, W. N. (1973). *Princípios de Psicologia*. (Trads. C. M. Bori e R. Azzi). São Paulo: EPU. (Original publicado em 1950).
- Lazarus, A. (1980). *Terapia Multimodal do Comportamento*. (Trad. U. C. Arantes). São Paulo: Manole. (Originalmente publicado em 1977).
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. (Trad. M. A. Andery e T. M. Sério). Campinas: Editorial Psy. (Originalmente publicado em 1989).
- Staats, A. W. (1996) *Behavior and Personality: Psychological Behaviorism*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Wolpe, J. (1976). *Prática da Terapia Comportamental*. (Trad. W. G. Clark). São Paulo: Brasiliense. (Original publicado em 1973)

**Recebido em:** 09/03/04

**Primeira decisão editorial em:** 06/11/04

**Versão final em:** 14/11/04

**Aceito em:** 25/11/04