

TRANSTORNO DE PÂNICO: ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO EM GESTALT-TERAPIA.

MELLO, Érica Vanessa
e-mail: vanessapsique31@hotmail.com

Acadêmica do curso de Formação de Psicólogos da Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral – FAEF/Garça/SP
Centro de Pós-Graduação
Curso de Pós-Graduação Lato Sensu de Gestalt-Terapia com ênfase em Processos Clínicos.

RESUMO

O Transtorno de Pânico (TP) configura-se como uma doença crônica que apresenta quadros de crises de ansiedade e associa-se à morbidade e prejuízo na qualidade de vida do indivíduo. É um transtorno multifatorial que inclui elementos genéticos, biológicos, cognitivo comportamental, psicossociais, que contribuem para o aparecimento de sintomas de ansiedade em qualquer idade, seja na infância, adolescência ou fase adulta. O Capítulo 1 – Introdução – contém a revisão da literatura caracterizando o Transtorno de Pânico. Inclui os objetivos geral e específicos, e a metodologia. O Capítulo 2- Discute esse transtorno na visão da Gestalt-Terapia e, ainda apresenta, os métodos e técnicas para o acompanhamento terapêutico nesta abordagem. O Capítulo 3 – Considerações finais – retoma o conteúdo, para responder os objetivos propostos e argumenta o cumprimento de cada um deles; finalizando com meu parecer sobre o tema. As Referências Bibliográficas trazem toda a bibliografia pesquisada e utilizada na realização deste.

Palavras-Chave:Gestalt-Terapia. Métodos. Técnicas. Transtorno de Pânico.

ABSTRACT

Panic Disorder (PD) is characterized as a chronic disease that has pictures of anxiety attacks and is associated with significant morbidity and impaired quality of life of the individual. It is a multifactorial disorder which includes genetic elements, biological, behavioral, cognitive, psychosocial, that contribute to the onset of anxiety symptoms at any age, whether in childhood, adolescence or adulthood. Chapter 1 - Introduction - contains the literature featuring Panic Disorder. It includes general and specific objectives and methodology. Chapter 2 discusses this disorder in view of Gestalt therapy, and also presents the methods and techniques for therapeutic follow this approach. Chapter 3 - Final considerations - takes over the content, to meet the proposed objectives and argues the fulfillment of each of them; ending with my opinion on the subject. The References bring all the bibliography researched and used in achieving this.

Keywords: Gestalt Therapy. Methods. Techniques. Panic Disorder.

1- INTRODUÇÃO.

Neste artigo compreende-se que o Transtorno de Pânico (TP) ou Síndrome do Pânico (SP) é uma doença crônica associada a uma importante morbidade e prejuízo na qualidade de vida do paciente. São quadros em que a ansiedade se apresenta em crises de ansiedade e em “ataques de pânico”; é provavelmente multifatorial, incluindo fatores genéticos, biológicos, cognitivos, comportamentais e psicossociais e que contribuem para o aparecimento dos sintomas de ansiedade. Ocorrem em diversas manifestações variáveis durante o ciclo vital, ou seja, durante a infância, adolescência ou fase adulta.

Os indivíduos do sexo feminino são afetados mais frequentemente do que os do masculino, em uma razão em torno de 2 para 1. A diferenciação de gênero ocorre na adolescência e já é observável antes dos 14 anos de idade. Embora ocorram ataques de pânico em crianças, a prevalência geral do transtorno é baixa antes dos 14 anos (< 0,4%). As taxas do transtorno apresentam aumento gradual durante a adolescência, em particular no sexo feminino, e possivelmente após o início da puberdade, e alcançam seu pico durante a idade adulta. As taxas de prevalência declinam em indivíduos mais velhos (i.e., 0,7% em adultos acima de 64 anos), refletindo, de modo provável, a diminuição na gravidade até níveis sub-clínico. O curso habitual, se o transtorno não é tratado, é crônico, mas com oscilações. Alguns indivíduos podem ter surtos episódicos com anos de remissão entre eles, e outros podem ter sintomatologia grave contínua. Apenas uma minoria dos indivíduos tem remissão completa sem recaída sub-sequente no espaço de poucos anos. (DSM5, 2014, p.210).

É de grande importância esclarecer que a Síndrome do Pânico está presente nas pequenas populações, nas grandes cidades, e também no campo.

Um dado sobre o pânico, que contraria o senso comum, é o fato de ele ocorrer em igual frequência, tanto nos grandes centros urbanos quanto em regiões agrícolas (campo). Observamos que o medo é um tema que atravessa o cotidiano e marca de forma cada vez mais palpável a vida coletiva e individual, o que leva à modificação de comportamentos sociais e hábitos mentais. Neste cenário de medos, stress e pressão constante, tem sido grande o número de pessoas que batem à nossa porta com a tão famosa Síndrome do Pânico. Não importa qual a classe social, pessoas que sofrem desta síndrome vão aos consultórios e clínicas, frequentemente, com a sensação de que estavam prestes a morrer ou de ter um ataque

cardíaco e saem de lá sem que, muitas vezes, alguém seja capaz de lhes esclarecer qual a verdadeira origem de seus males. Geralmente, estas pessoas passam por uma série de consultas e exames, vão ao cardiologista, neurologista ou outro especialista, culminando, muitas vezes, na emergência dos hospitais(EL MANN,2013,p.150).

O cardiologista Savioli (2007), em uma análise realizada junto a um serviço de emergência cardiológica, verificou que, de 1364 pacientes que chegaram com queixa de dor no peito e com absoluta certeza de que enfartavam, 30%tinham a Síndrome do Pânico. Assim, percebemos que muitos percorrem caminhos equivocados na busca de superação do quadro. Logo, um mau diagnóstico pode levar essas pessoas a conviver com enormes desconfortos que acabam se estendendo à toda a sua família.

Muitos doentes chegam a meu consultório queixando-se de dor no peito, palpitações, formigamentos, tonturas e sintomas que não têm nenhuma relação com problemas cardiológicos. São pessoas cujo sistema cardiovascular é normal. (SAVIOLI, 2007, p. 20).

A Síndrome do Pânico (SP) ou Transtorno do Pânico (TP) foi reconhecida oficialmente como categoria diagnóstica, com a publicação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana – DSM-III (APA, 2002).SILVA (2004) define Pânico como um quadro clínico em que ocorrem os chamados ataques de pânico inesperados e recorrentes, que aparecem subitamente sem nenhuma causa aparente. O indivíduo sente uma súbita sensação de intensa apreensão, medo ou terror, comumente associada a sentimentos de desastre e / ou fim iminente. O ataque de pânico está associado a uma grande variedade de sensações físicas perturbadoras, abaixo citadas (RODRIGUES, 2006).

Um período distinto de intenso temor ou desconforto, acompanhado por pelo menos quatro de treze sintomas somáticos ou cognitivos. O ataque tem um início súbito e aumenta rapidamente, atingindo um pico (em geral em dez minutos mais ou menos), sendo com frequência acompanhada por um sentimento de perigo ou catástrofe iminente e um anseio por escapar. Os treze sintomas somáticos ou cognitivos são: palpitações ou taquicardia, sudorese, tremores ou abalos, sensações de falta de ar ou sufocamento, sensações de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tontura ou vertigem, desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo), medo de morrer, parestesias (anestesia ou sensações de formigamento) e calafrios ou ondas de calor. (APA, 2002, p.420).

Segundo os pacientes, uma crise de pânico dura vários minutos e é uma das situações mais angustiantes que podem ocorrer a alguém. Além disso, os indivíduos com Pânico apresentam também sentimentos de ansiedade e apreensão quanto à sua saúde, levando-os a prever resultados catastróficos a partir de sintomas leves ou efeitos colaterais de medicamentos. (ELMANN,2013,p.152).

Silva (2004) define o mecanismo da síndrome do pânico da seguinte forma:

A crise de pânico se dá a partir do entrelaçamento de pensamentos e sentimentos. À medida que a pessoa tem a primeira crise e aprende que pode ter uma vivência tão sofrida, ela começa a ter medo de ter as crises. Ela passa a ter medo de ter medo. Com isso surge uma espécie de reação em cadeia. Uma espécie de espiral viciosa na qual a pessoa passa a identificar praticamente qualquer sensação interna como indício do início de uma crise. A capacidade de pensar termina sendo usada, pelo indivíduo para tirar sua própria segurança, ao invés de possibilitar a busca de suporte. A pessoa por estar com medo, vai criando um filme de terror na própria cabeça, imaginando os possíveis desdobramentos do que está sentindo. As fantasias mais comuns são de morte ou loucura eminentes. A insegurança em relação ao instante seguinte é assustadora e, quanto mais aterrorizantes as cenas imaginadas, maiores as alterações fisiológicas resultantes. Quanto maiores as alterações fisiológicas, mais nítida é a confirmação da presença da crise, maior o pavor, maiores os motivos para fantasias sobre o que pode acontecer no instante seguinte e, assim, sucessivamente. (SILVA,2004,p.3).

Ao vivenciar uma 1ª crise, dirigindo, no metrô ou em outro ambiente qualquer, a pessoa sente-se fragilizada e pode desenvolver medos de que as sensações desagradáveis se repitam. Desta forma, evitam locais e/ou circunstâncias que creem provocar novas crises, limitando-se cada vez mais. Aos poucos o nível de ansiedade e o medo de uma nova crise atingem proporções tais, que a pessoa com o transtorno do pânico pode se tornar incapaz de dirigir ou mesmo sair de casa.

Este movimento foi observado em um de nossos pacientes do grupo terapêutico, em que o mesmo era incapaz de subir de elevador sozinho. Logo, permanecia na portaria do prédio aguardando a chegada de alguém para acompanhá-lo. (EL MANN,2013,p.154).

Savioli (2007) relata as crises de pânico com alguns exemplos:

Tenho um paciente que sofreu uma crise de pânico enquanto dirigia sua caminhonete. Por muito tempo deixou o veículo na garagem, usando outro carro, pois associou aquele automóvel à crise. Outros deixam de passar por locais onde tiveram crises, deixam de usar cores vermelhas por relacioná-las à crise e outras situações que, racionalmente, sabem não estarem ligadas às crises, mas por via das dúvidas (SAVIOLI,2007,p.43).

2. O TRANSTORNO DE PÂNICO NA VISÃO DA GESTALT-TERAPIA

Este capítulo descreve sobre o Transtorno de Pânico na visão da abordagem da Gestalt – Terapia, para pensarmos sobre a Síndrome do Pânico à luz da Gestalt-Terapia é necessário ressaltar alguns pressupostos importantes:

A Gestalt-Terapia é uma abordagem de base fenomenológica-existencial que compreende o homem como um ser de relação e, desta forma, volta o seu olhar para o indivíduo junto ao seu contexto e sua rede de contato(EL MANN,2013,p.158).

Baseada na visão holística de ser humano, a Gestalt-Terapia propõe compreender o organismo como um todo e não como a soma de partes isoladas. Desta forma, o homem é visto como um ser biopsicossocial em que é considerado não só o seu mundo interno, como também o contexto em que vive (FRAZÃO et al., 1997, p. 10; EL MANN, 2013).

Segundo Rodrigues e Husserl (2000) a abordagem da Gestalt-Terapia considera o método fenomenológico para a realidade que se mostra: o fenômeno. Em seus estudos, apontam a fenomenologia como um método para a busca da verdade, sem uma ruptura entre o ato de perceber e o conteúdo percebido. Esta unidade entre o pensar e o pensado transcende uma separação entre o mundo do observador– a mente –e o que é visado por esta observação – a realidade. O “eu” percebido só existe em função recíproca (ou seja, uma existe em função da outra) com o “algo percebível”. Mas sendo este “algo percebível” uma função determinada pela consciência que percebe, logo,teremos diferentes formas de perceber a realidade(RODRIGUES, 2000, p. 39).

A fenomenologia consiste numa apropriação particular da realidade, descrevendo a experiência como ela é. Logo, capacita o terapeuta a lidar com aquilo que se apresenta como fenômeno para observação, conservando uma postura descritiva e não prescritiva ou interpretativa em relação ao queo parceiro-terapêutico nos traz (EL MANN,2013,p.159).

A apresentação do fenômeno se dá a partir do que se mostra de uma forma direta – o próprio fenômeno – e não a partir de pressupostos teóricos que tenham como objetivo explicar o fenômeno, reiterando-lhe o seu caráter de estranhez (RODRIGUES, 2006, p. 53).

Segundo Holanda et al (2007):

Em um contexto psicoterápico, o terapeuta lida com as vivências de seu cliente dentro de seu contexto de experiências de consciência, ou subjetividade, carregadas de sentidos que só possuem razão em seu próprio vivido. Com isso, pode -se dizer, que o que caracteriza um método fenomenológico, na prática clínica, pode ser associado à ênfase na experiência imediata (que envolve o fluxo temporal de passado, presente e futuro, vividos no aqui-e-agora), e na busca de uma percepção de totalidade dessa experiência(contrariamente à sua fragmentação em nosso cotidiano)(apud D'ACRI et al., 2007, p. 152).

Nesta lógica, o Gestalt-Terapeuta precisa realizar uma forma própria de “redução fenomenológica” em que coloca entre parênteses suas idéias preconcebidas, abstendo-se de seus juízos, antecipações e preconceitos (ou reduzindo-os ao máximo) com o objetivo de entrar em diálogo com o fenômeno, alcançá-lo em sua essência.Por exemplo, deixar um pouco de lado o conhecimento e pré-determinações da Síndrome do Pânico e estar com a pessoa que chega até você. Cabe ao psicólogo acompanhá-la nesta trajetória.(EL MANN,2013,p. 160).

Ao observarmos um indivíduo, percebemos que é possível focalizar diversas perspectivas de sua vida: podemos estudá-lo por meio de sua genética, raça ou origem ou, ainda, por meio dos eventos socioculturais que o influenciam, como a religião,escolaridade e cultura. Há, ainda, os eventos inter-psíquicos, referentes às relações entre amigos, parentes, entre outros (EL MANN, 2013).

“O homem é um ser-no-mundo não havendo como conceber esse ser sem o mundo”.(HEIDEGGER, 1988, p. 121). Esta ideia de diversas perspectivas em torno do indivíduo foi trabalhada por Kurt Lewin, recebendo o título de “Teoria de Campo”. Lewin, um dos psicólogos da Gestalt, além de ser gestaltista ortodoxo, centrava seus estudos nas necessidades, motivações e na personalidade se ocupando também com as influências sociais no comportamento. Assim, com o intuito de compreender o funcionamento do comportamento humano, desenvolveu sua Teoria de Campo,utilizada por muitos autores, inclusive Gestalt-Terapeutas (EL MANN, 2013,p.160).

O comportamento humano é derivado da totalidade de fatos coexistentes; Esses fatos coexistentes têm o caráter de um "campo dinâmico", no qual cada parte do campo depende de uma inter-relação com as outras partes.A primeira suposição refere-se ao fato de que o organismo não tem significado separado de seu ambiente. Assim, o homem está inserido e em contato com uma totalidade de fatores coexistentes.A segunda nos traz que

as atividades psicológicas do homem ocorrem numa espécie de campo. Onde comportamento humano não é determinado pelo passado, ou pelo futuro, mas pelas diversas forças atuantes no campo dinâmico atual e presente. As quais envolvem, inclusive, aspectos da experiência passada e das expectativas futuras (EL MANN, 2013, p.161).

2.1. Métodos e Técnicas para o acompanhamento terapêutico em Gestalt-Terapia

A Gestalt-terapia consiste em sua abordagem também para os atendimentos em parceiros-terapêuticos que já sofreram ou sofrem com o transtorno de pânico. A Gestalt-terapia possui conceitos fundamentais em seus métodos e técnicas que são de grande utilidade para o tratamento de pacientes com o transtorno de pânico e que durante esse processo terapêutico que ocorre através dos encontros-terapêuticos (atendimentos) contribuindo assim gradativamente para a melhora de seu estado psicológico, entretanto influenciando de maneira positiva a vida do parceiro-terapêutico como um todo. O gestalt-terapeuta, em seus encontros terapêuticos, atendem os seus parceiros terapêuticos devido à necessidade do momento como o paciente se encontra, no aqui-e-agora.

Usamos da criatividade dentro da abordagem gestáltica para utilizar assim os métodos, as técnicas e os experimentos que a Gestalt-terapia nos oferece. Podemos fazer os atendimentos em grupo, atendimento em casal, individual. Atendemos no consultório, ao ar livre em contato com a natureza, na ludoterapia com brinquedos e brincadeiras com adultos e crianças, desenhos pinturas, massas de modelar, materiais recicláveis etc. entre varias técnicas e experimentos estão: viagem de fantasia, *continuum de awareness*, cadeira quente, cadeira vazia, naveta,entre outros.

Bervique (2000) enfatiza que:“Gestalt- terapia, mais que uma abordagem psicoterapêutica, é, antes,um estado de espírito, uma filosofia de vida, um jeito de ser-e-estar-no-mundo, a arte de flagrar o real”.(BERVIQUE,2000,p.29).

Do ponto de vista da abordagem gestáltica, a experiência humana apresenta-sena fronteira de contato entre o organismo e o seu ambiente. (SANTOS; FARIA, 2006).

As fronteiras são processos de separação e ligação, os quais possibilitam a diferenciação entre o organismo e o seu meio, bem como a seleção dos elementos nutritivos daqueles que são tóxicos, sendo que essa diferenciação ocorre por meio dos órgãos sensoriais e pelas respostas motoras frente ao ambiente. É na fronteira de contato entre o indivíduo e o meio que ocorrem os eventos psicológicos, sem excetuar o fenômeno da ansiedade. (PERLS et al., 1997; PERLS, 1988; YONTEF, 1998).

Na abordagem Gestalt-terapia, a experiência, presente na fronteira de contato, ocorre em configurações inteiras e com significado para o organismo. O que não se apresenta com essas características está fora da fronteira, podendo ser no máximo uma abstração ou uma potencialidade. (PERLS et al., 1997; RIBEIRO, 1997). O organismo, no processo de contato com o ambiente, seleciona e assimila os elementos nutritivos e rejeita os elementos tóxicos. A manutenção de um organismo supõe uma permanente interação organismo-ambiente. A assimilação de novos elementos possibilita o seu crescimento (YONTEF, 1998).

O processo de contatar o meio, de forma satisfatória, ocorre através da *awareness*. *Awareness* é uma especial maneira de experienciar o meio (SANTOS; FARIA, 2006). O contato abrange tanto ir ao encontro do objeto necessário ao organismo, quanto a capacidade de estabelecer limites, rejeitar objetos, retirar-se, afastar-se. Quem não consegue suportar o afastamento, tampouco conseguirá estabelecer um nível de contato satisfatório. (SANTOS e FARIAS, 2006, p. 268). Segundo Yontef (1998) a *awareness* “é o processo de estar em contato com o evento mais importante do campo indivíduo/ambiente com apoio energético, cognitivo, emocional e sensorio-motor totais” (p. 236).

Perls (1988) define que, “este contato com o meio e fuga dele, esta aceitação e rejeição do meio, são as funções mais importantes da personalidade global” (p. 36).

A Gestalt-terapia define o self como a fronteira de contato em movimento. Quando alguém toca algo no mundo, nesse exato momento também é tocado. Essa experiência fundamenta a definição dinâmica de self, a saber, o self é a experiência de contato com o mundo no aqui e agora, através da fronteira, momento a momento. O sutil processo de o organismo buscar no meio a satisfação da necessidade ou objeto mais importante, em um determinado lugar e tempo, relaciona-se, ainda, com o conceito de auto regulação orgânica. Trata-se do processo de interação entre o organismo e o meio, onde o organismo busca o seu equilíbrio homeostático (CARDELLA, 2002).

Perls (1977) assegura-se que apesar da auto-regulação organísmica ser um processo natural de busca de equilíbrio, o movimento de assimilação de um novo elemento, pelo fato de ser algo novo, apresenta-se sob a influência da ansiedade. O problema surge quando o nível de ansiedade compromete o natural processo de contato com os elementos necessários ao organismo. Aqui, o organismo se torna adoecido por ser incapaz de satisfazer suas necessidades e, assim, se mantém num estado de desequilíbrio.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teve como objetivo investigar através de pesquisas bibliográficas e para esta pesquisa, foram propostas as seguintes indagações: Como a Gestalt - terapia compreende o Transtorno do Pânico ? Como faz o acompanhamento terapêutico nesses casos ? Com o intuito de respondê-la e dar lhe embasamento, utilizei como base, os referenciais teóricos citados. Ao final da introdução, defini os objetivos que me orientaram na realização deste e que agora pretendo retomar a fim de argumentar quanto à consecução dos mesmos.

Como objetivo geral, propus-me investigar como a Gestalt-Terapia concebe o Transtorno de Pânico. Considero atingido este objetivo, pois a revisão de literatura apresentada garantiu toda a base teórica e conceitual necessária à realização deste trabalho. No transtorno de pânico, o indivíduo experimenta ataques inesperados e recorrentes e está persistentemente apreensivo ou preocupado com a possibilidade de sofrer novos ataques ou alterações não adaptativas em seu comportamento.

O primeiro objetivo específico foi caracterizar o Transtorno de Pânico segundo a Gestalt- Terapia. Nesta abordagem, este transtorno pode se configurar partir de, e como um distúrbio de contato, um distúrbio na atualização de possibilidades por parte da pessoa. Na medida em que alguém não percebe suas demandas, sejam elas físicas ou emocionais, o processo dinâmico de atualização, é paralisado. E é neste momento de não-contato que o sujeito fica vulnerável, podendo acarretar um desequilíbrio o que propicia o aparecimento de sintomas.

O segundo objetivo específico consistiu em selecionar os métodos e as técnicas da Gestalt - Terapia para acompanhamento do tratamento em pacientes com o Transtorno de Pânico. A Gestalt- terapia possui conceitos fundamentais em

seus métodos e técnicas que são de grande utilidade para o tratamento de pacientes com o Transtorno de Pânico. O processo terapêutico, que ocorre por meio dos encontros-terapêuticos (atendimentos) contribui gradativamente para a melhora de estado psicológico do parceiro-terapêutico, influenciando de maneira positiva a sua vida. Atingidos os objetivos específicos, posso considerar atingido o objetivo geral, quando me propus investigar, na literatura especializada, como a Gestalt-Terapia concebe o Transtorno de Pânico e como é realizado o acompanhamento terapêutico nesta abordagem.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM- V)** Trad.Claudia Dornelles.4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais(DSM- V)** Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. et al.; revisão técnica: Aristides VolpatoCordioli. et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BERVIQUE,J. A. **A benção Fritz: Gestalt-terapia, eu e você.** Bauru SP:EDUCON, 2000 /2007.

CARDELLA, B. H. P. **A construção do psicoterapeuta.** São Paulo: Summus, 2002.

D'ACRI, G.; LIMA, P.; ORGLER, S. **Dicionário de Gestalt-Terapia: "Gestaltês".** São Paulo: Summus, 2007.

EL MANN,A, M,S.– Gestalt – Terapia e síndrome do pânico: uma relação.**Revista IGT na Rede**, v. 10, nº 18, 2013, p.146 - 186.

FRAZÃO, L.C.Funcionamento saudável e não saudável enquanto fenômenos interativos. **Revista do III Encontro Goiano de Gestalt Terapia**,Ano 3, 1997.

PERLS, F. S. **A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia.** Rio de Janeiro: LTC, 1988.

PERLS, F; HEFFERLINE, R; GOODMAN, P. **Gestalt-Terapia.** São Paulo: Summus, 1997.

RIBEIRO, J. P. **O ciclo do contato.** São Paulo: Summus, 1997.

RODRIGUES, H. E. Introdução à Gestalt-terapia. Rio de Janeiro: Vozes.Acesso em: 1 dez 2015.RODRIGUES, H,E. **Introdução à Gestalt-Terapia: conversandosobre os fundamentos da abordagem gestáltica.** Petrópolis, RJ: Vozes,2000.

RODRIGUES, J.T. **Terror, Medo, Pânico:** manifestações da angústia no contemporâneo. Rio de Janeiro: 7 letras, 2006.

SAVIOLI, R, M. **Não entre em Pânico!** São Paulo: Gaia, 2007.

SILVA, A,B. **Mentes com medo:** da Compreensão à superação. São Paulo: Integrare Editora, 2006.

SILVA, M, P. **A Clínica da Síndrome do Pânico.** Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=32&layout=html.2009>. Acesso em:22 ago.2016.