



TRANSTORNO DO PÂNICO EM ADOLESCENTES

DIAS, Ana Lúcia de Oliveira¹

FERNANDES, Bruna Carolina Montoro¹

LOURENÇO, Daniele Dias¹

LOPES, Mileni Cristina¹

DIAS, Mirian de Araújo¹

GAZZOLA, Rangel Antonio²

RESUMO

O transtorno do pânico é o problema mais frequente visto em atendimento médico primário e na população de modo geral e que a incidência é maior na população mais jovens, atingida em sua vida pessoal e profissional.

O termo transtorno do pânico engloba uma série de quadros clínicos diversos, que apresentam prognósticos diferentes e uma terapêutica específica e que antes de qualquer tipo de tratamento, é necessário que seja feita a identificação cuidadosa dos principais grupos de sintomas que o paciente apresenta, para o estabelecimento do diagnóstico.

Palavras-chave: Adolescentes, terapia cognitivo comportamental, transtorno do pânico.

ABSTRACT

Panic disorder is the most common problem seen in primary care and in the general population and the incidence is higher in the younger population, achieved in his personal and professional life.

The term panic disorder encompasses a number of different clinical pictures, which have different prognoses and a specific treatment and that before any type of treatment, it must be done carefully the identification of the main groups of symptoms that the patient presents to the establishing the diagnosis.

Keywords: Adolescent, cognitive behavioral therapy, Panic disorder .



1. INTRODUÇÃO

O transtorno do pânico é muitas vezes diagnosticado nos pacientes é importante que os médicos psiquiatras e os psicólogos estejam atualizados a este respeito.

No final do século XVIII, Pinel realizava grande revolução do diagnóstico dos transtornos mentais. No período do século XIX, já existiam relatos anteriores de sintomatologia similar aquela hoje associada ao transtorno do pânico, bem como descrições de alguns desses sintomas que remontam à antiguidade. Antes dos anos 80 muito pouca atenção era dada a essa patologia pela classe médica e de que até então, o foco dos pesquisadores estava mais voltado para os quadros de ansiedade em geral em que se não valorizava o papel da ansiedade antecipatória e da esquiva fóbica na origem e na manutenção do quadro.

Portanto, até essa época, todos os transtornos oriundos de causa “ansio gênicas”, eram considerados uma mesma doença, embora pudessem receber diferentes nomes em função da preponderância de uma determinada classe de sintomas de forte aceleração no ritmo cardíaco que foram identificados em soldados durante a guerra civil , na década de 1860 (Kapezinski et AL. 2003).

Entretanto, outros estudos anteriores a 1980, contribuíram para a formulação do diagnóstico do transtorno de pânico, mas foi principalmente graças às pesquisas realizadas por Klein, em 1959, sobre os efeitos da imipramina em pacientes diagnosticados como esquizofrênicos, que se obtiveram contribuições decisivas para o estabelecimento dos critérios para o transtorno de pânico com ou sem agorafobia (Klein, 1964). Sua classificação oficial, como entidade nosológica distinta, ocorreu somente em 1980, com, a publicação do DSM-III pela Associação Psiquiátrica Americana e,

posteriormente com a publicação do DSM-IV, em 1994, o transtorno de pânico assumiu os contornos que possui atualmente.

¹ Discentes do bacharelado em Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde – FASU, mantida pela Associação Cultural e Educacional de Garça – ACEG. E-mail para contato:ana_pink@hotmail.com

² Docente do bacharelado em Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde– FASU, mantida pela Associação Cultural e Educacional de Garça – ACEG

Os estudos mostram que Michael Mahoney (1946-2006), foi também um importante precursor do movimento cognitivista. Em uma publicação intitulada *Cognition and Behavior Modification* (Mahoney, 1974), fez uma análise crítica aos modelos não medicacionais, enfatizando a importância do processamento cognitivo, o qual poderia ser inferido e sustentado cientificamente e os princípios estritamente comportamentais foram também desafiados por autores russos, dentre os quais se destaca Lev Semenovitch Vygotsky (1896-1934), o qual verificou que crianças analisadas e estudadas em suas análises eram bem sucedidas na aprendizagem de regras gramaticais, independente do reforçamento.

Segundo Aaron Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982) relata que os seus questionamentos à psicanálise tiveram início em 1956, quando verificou que a hipótese da raiva “retrofetida” não se confirmara em seu estudo com pacientes deprimidos. Embora vindo de uma tradição psicanalítica, Albert Ellis (1913-2007) também revelou insatisfações com os resultados práticos do trabalho psicanalítico.

No mesmo período em que ocorriam insatisfações com a abordagem estritamente comportamental e com o modelo psicodinâmico, começou a surgir uma crescente atenção aos aspectos cognitivos do comportamento humano, tanto na psicologia geral quanto na psicologia experimental.



Deste modo, as abordagens Cognitivas apresentam diferenças de princípios e de procedimentos enquanto a terapia cognitiva de Beck (1982) e a terapia racional emotivo-comportamental de Ellis (1997) focalizam-se nas cognições para promover mudanças emocionais e comportamentais.

O presente artigo tem como objetivo a exposição do transtorno do pânico dando enfoque na adolescência e utilizando como método a terapia cognitivo comportamental, sua contribuição na compreensão do transtorno a sua utilização no cotidiano da clinica.

2. TRANSTORNO DO PÂNICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS EM ADOLESCENTES

Deste modo, com resultados desse enfoque, o transtorno de pânico é descrito pelo CID 10 como um quadro de ataques de intensa ansiedade, que não se limitam a situações ou circunstâncias específicas, sendo, portanto, imprevisíveis os sintomas variam de pessoa para pessoa, mas são comuns: palpitações, dor no peito, sensação de desfalecimento, vertigem e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização) medo de estar morrendo, enlouquecimento ou perdendo o controle, as crises duram alguns minutos, mas podem ser mais prolongadas, a frequência e o curso são variáveis e predominantes em indivíduos do sexo feminino e que o local, a atividade ou situação em que se deu a crise, passa a ser evitado.

Portanto, para o diagnóstico definitivo é necessário a ocorrência de diversos ataques de grande intensidade no período de um mês, em circunstâncias na quais não havia perigo objetivo, que não se restrinjam a situações determinadas, sendo, portanto, imprevisíveis e com relativa liberdade

de sintomas ansiosos nos intervalos entre as crises podendo existir ansiedade antecipatória (OMS, 1993).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria conceitua a ansiedade como sendo tensão, apreensão, desconforto, que se originam de perigo interno ou externo iminente, podendo ser resposta a estresse ou a estímulo ambiental e que também pode ocorrer sem causa aparente. Deste modo, a ansiedade muitas vezes está associada a certos tipos de patologias, como hipertensão, asma, hipertireoidismo ou câncer, podendo causar desconforto grave ao indivíduo e que atualmente, os transtornos mentais em prevalência situam-se no mesmo nível das doenças cardiovasculares, incluindo a hipertensão.

Segundo Baker (2007), os ataques de pânico ou ansiedade, ocorrem do nada, quando não se tem nenhuma razão pela qual possa estar com medo, como sempre passar por determinado lugares e nunca ter sentido absolutamente nada, e um dia comum esta mesma pessoa passe por este mesmo lugar e começa a ter ataques de pânico, começando ao longo um processo de mudança em sua vida diária.

sempre passar por determinado lugares e nunca ter sentido absolutamente nada, e um dia comum esta mesma pessoa passe por este mesmo lugar e começa a ter ataques de pânico, começando ao longo um processo de mudança em sua vida diária.

Outros estudos destacam a contribuição dos problemas de saúde a uma vulnerabilidade psicológica específica ao transtorno de pânico. Por exemplo, usando a base de dados do Dunedin Multidisciplinary Study, concluímos que a experiência com problemas respiratórios pessoais (em saúde dos pais) na infância ou adolescência predizia o transtorno de pânico aos 18 ou 21 anos (Craske et al., 2001)

Até a década de 80, havia a crença de que os medos e preocupações durante a infância eram passageiros e benignos. Reconhece-se hoje que podem constituir transtornos bastante frequentes, causando sofrimento e



PSICOLOGIA

FAEF - Garça

Revista Eletrônica Científica

disfunção ao adolescente. A identificação precoce dos transtornos de ansiedade pode evitar repercussões negativas na vida do adolescente, tais como o absenteísmo e a evasão escolar, a utilização excessiva de serviços de pediatria por queixas somáticas associadas à ansiedade e, possivelmente, a ocorrência de problemas psiquiátricos na vida adulta.

As pessoas com transtorno de pânico em geral tem grandes preocupações em ter uma doença grave, como por exemplo, um infarto, problemas respiratórios, ou no coração, temem em morrer, enlouquecer ou ter problemas sérios após o uso de medicamentos, por isso são comuns que as pessoas procurem os serviços de saúde antes de ser diagnosticadas do quadro de transtorno de pânico.

Os pacientes com transtorno de pânico seguem um padrão demorado (que pode se prolongar a até uma década) de visitas médicas antes do diagnóstico a procura de uma causa orgânica para seus sintomas. Logo, além de psiquiatras, médicos em geral, e aqueles que trabalham com atenção primária e serviços de emergência médica, devem estar habituados com os critérios do transtorno de pânico. O conhecimento dos profissionais é de extrema importância se considerarmos a alta prevalência da população em geral e saber diferenciar ataques de pânico isolados e o transtorno completo e de outros problemas médicos que podem se apresentar como uma crise de ansiedade.

Na abordagem comportamental suscitam que a ansiedade é condicionada pelo medo dos estímulos ambientais, podendo-se dizer que o ataque de pânico seria reações condicionadas a situações que são temidas pelas pessoas.

De todos os transtornos ansiosos, o Transtorno de Pânico foi o transtorno mais estudado nos últimos 25 anos; no entanto, ainda existem lacunas importantes em termos de diagnóstico e classificação, etiologia e tratamento dessa condição



PSICOLOGIA

FAEF - Garça

Revista Eletrônica Científica

clínica (SALUM, A.G, BLAYA, C, MANFRO, G.G, 2009 pag. 87).

O Transtorno de Pânico é cerca de duas vezes mais comuns nas mulheres, e se inicia, geralmente, no final da adolescência ou no início da vida adulta, com surgimento entre os 15 e 30 anos; raramente, existem casos de aparecimento na infância. Quase 100% dos pacientes com TP com agorafobia e cerca de 83% sem agorafobia apresentam ao menos uma comorbidade psiquiátrica. Mais, o transtorno de pânico pode ocorrer em qualquer faixa etária.

A idade modal para o início é o final da adolescência e o início da idade adulta (Kessler, Berglund et al., 2005).

Experiências de abuso sexual e físico na infância também podem desencadear o transtorno de pânico. Relatos retrospectivos desse tipo de abuso na infância foram associados ao início do transtorno de pânico entre os 16 e os 21 anos em um recente estudo longitudinal com neozelandeses desde o nascimento até os 21 anos (Goodwin, Fergusson e Horwood, 2005).

Antes, o transtorno de pânico era visto só entre adultos e principalmente em mulheres, mas hoje esse índice está mudando, pois já vemos muitos jovens de apenas 14 anos sofrendo desse mal. Antes, os adolescentes que tinham esse mal, eram diagnosticados como tendo depressão, por apresentarem sintomas parecidos. As explicações para isso é que, os adolescentes estão se sentindo muito pressionados para obterem resultados que nem sempre os satisfazem. Mudanças físicas, psicológicas, orgânicas, comportamentais, ansiedade, alguns fatores como a separação dos pais, morte na família ou de amigos, violências, gravidez precoce, mudanças como, por exemplo, na escola, e também não esquecendo das drogas que representa outro grande fator de risco, desde os energéticos até as drogas, mas ilícitas. Em situações de stress também podem aparecer.

A prevenção de novas crises e a diminuição das complicações associadas a ela, como a ansiedade antecipatória e a evitação fóbica, são



os pontos chaves no tratamento da TP. Deve-se ter uma atenção especial as comorbidades como o transtorno de humor e o uso de substâncias. De maneira geral, existem três formas de tratamento do TP: psicofarmacológico, psicoterapêutico e o combinado (Salum, Blaya e Manfro, 2009. pag.91).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contudo, podemos observar que o transtorno do pânico em adolescentes, a terapia cognitivo comportamental, não visa propriamente às avaliações mal compreendidas de sensações corporais, mas instigam o enfretamento de situações que causam ansiedade no paciente. De acordo com o modelo de Aaron Beck, há um entendimento mais uniforme do transtorno de ansiedade. Esse seria um pensamento automático que é a compreensão de algum tipo de perigo ou ameaça. Os resultados esperados é que o paciente tenha o fortalecimento de constatações sobre o transtorno e sobre a ansiedade em si, com a compreensão de técnicas para a lida com esse transtorno, a acomodação com as sensações físicas e não evitar lugares ou situações.

Quando as crenças do paciente são abaladas por eventos antecedentes e atuais, a adaptação ao meio ambiente é difícil, é o que a teoria cognitivo comportamental tenta sanar não somente o sofrimento que se instala, mas também para a prevenção de estresse pós traumático e de outras doenças, nesse momento um tanto difícil do desenvolvimento humano, que é a adolescência.

4. REFERÊNCIAS

ANGELOTTI, G. Terapia cognitivo- comportamental para os transtornos de ansiedade. Editora: Casa do Psicólogo.

ANAZIR, L. Síndrome do Pânico: Revendo conceitos, diagnósticos e tratamentos, Criciúma, Dezembro, 2010.

Associação Americana de Psiquiatria.

BAKER, R. Ataques de Pânico e Medo—Mitos, Verdade e Tratamento. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007

Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1982). *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.

CAMINHA, M.R. Psicoterapias cónnito-comportamentais: teoria e prática. Editora: Casa do Psicólogo.

CID-10.

CRASK, G. M e BARLOW, H.D. Transtorno de pânico e agorafobia.

CAETANO, Dorgival; DOMINGUES, Lúcia; MARCOLIN, Marco (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas) – Tradução e Prefácio à Edição Brasileira Prof.Dr. Dorgival Caetano diretor co Centro Colaborador da OMS/UNICAMP para Pesquisa e Treinamento em Saúde Mental – Artmed Porto Alegre/1993.

Disponível em: <http://www.psicologiananet.com.br/transtorno-do-panico-e-sindrome-do-panico-sintomas-e-tratamento/1037/> .Acesso em 13 de março de 2013.

DSM-IV.



PSICOLOGIA

FAEF - Garça

Revista Eletrônica Científica

JORGE, Miguel (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) livro 4ª edição Texto Revisado Consultoria e Coordenação desta edição pelo professor. Dr.MiguelR.Jorge, professor adjunto e chefe da disciplina de Psiquiatria Clínica da Escola de Medicina/Universidade Federal de São Paulo. Artmed 2003.

JÚNIOR, A. S; CORDÁS, T. A. Síndrome de pânico, São Paulo-SP, Março 2013.

Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*.Cambridge: BallingerPublishingCompany.

OMS.

SALUM, A.G, BLAYA, C, MANFRO, G.G.Transtorno do pânico, Porto Alegre-RS, Revista Psiquiátrica RS, 2009;31 (2): 86-94