



KATIA FRANCELI DOS SANTOS

TRANSTORNO DE PÂNICO
UM OLHAR DA TEORIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Osasco
2018

KATIA FRANCELI DOS SANTOS

TRANSTORNO DE PÂNICO
UM OLHAR DA TEORIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à UNIVERSIDADE ANHANGUERA, como
requisito parcial para a obtenção do título de
graduado em Psicologia

Orientador: Me Solange Aparecida Mendonça
Leite

TRANSTORNO DE PÂNICO:
UM OLHAR DA TEORIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à (universidade anhanguera), como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em (psicologia).

BANCA EXAMINADORA

Professor Coordenador Fernando Brasil da
Silva

Professor (a). Me Solange Aparecida
Mendonça Leite

Professor Me Alexandre Nicolau Luccas

Osasco, 22 de novembro de 2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, princípio e fim de todas as coisas, pelo dom da vida e de toda sabedoria. À minha família, que são a razão da minha felicidade, principalmente a minha mãe Maria José, que com exemplo de vida me ensinou a dar valor às pequenas coisas. Aos meus filhos Wesley Prazeres e Tayná Prazeres, que sempre me incentivaram e me apoiaram a realizar meu sonho de estudar Psicologia. E aos meus Mestres (docentes), que com eficácia me capacitaram e me ensinaram além do conhecimento, a amar ainda mais essa profissão.

SANTOS, Kátia Franceli. **Transtorno de Pânico**: um olhar da teoria cognitivo comportamental. 2018. 31 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Anhanguera, Osasco, 2018.

RESUMO

O diagnóstico de transtorno de pânico se dá principalmente, pelos recorrentes ataques inesperados. O indivíduo pode estar tranquilo como em um sono profundo ou agitado, trazendo sensações físicas como: pulsações cardíacas acelerada, dificuldade de respirar, ânsia de vômito, dor no peito, sensação de frio ou calor, formigamentos pelo corpo, tremedeiras, além de trazer um sofrimento psíquico como: irrealidade, medo de morrer ou até mesmo de enlouquecer. Na visão da terapia cognitiva comportamental, pessoas que sofrem com esse transtorno, acreditam que estejam tendo um ataque cardíaco ou colapso nervoso, ou ainda, que estejam ficando loucas. O objetivo desse trabalho é compreender como a teoria cognitiva comportamental define o transtorno de pânico e quais suas possíveis contribuições. O modelo cognitivo desse transtorno traz: atenção elevada para sensações físicas ou psicológicas, ativação das estruturas fisiológica ou psíquica, interpretações distorcidas catastróficas de sintomas físicos, perda da capacidade de reavaliação de sintomas mais realista, e busca de segurança para reduzir a ansiedade elevada e terminar o episódio de pânico. A terapia cognitiva comportamental é uma alternativa baseada em evidências que comprovam resultados eficazes a esse transtorno ansioso, que pode ser tratado com técnicas em psicoterapia, trazendo uma melhora significativa para quem sofre o transtorno de pânico, podendo trazer uma redução ou até mesmo a suspensão de psicofarmacos. A metodologia utilizada tratou de uma revisão bibliográfica. Sendo inicialmente realizada uma pesquisa literária de assuntos relacionados ao tema em artigos científicos publicados entre 2008 a 2017, indexados em bases de dados eletrônicas do Google acadêmico, scielo, e livros. A terapêutica cognitiva focaliza principalmente na redução de intensidade da respiração para sensações físicas temidas, inversão da interpretação catastrófica distorcida de estados internos, capacidade elevada para produzir reavaliações mais realistas dos sintomas de ansiedade temidos. A terapia cognitiva comportamental (TCC) no momento é considerada um tratamento especificado e eficaz para o transtorno do pânico e deve ser o tratamento de primeira linha na maioria dos casos do transtorno.

Palavras-chave: Transtorno de pânico; Terapia cognitiva comportamental; Síndrome do pânico; Agorafobia; Pânico

SANTOS, Kátia Franceli. **Panic Disorder**: In the eyes of the cognitive behavioral theory. 2018. 31 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Anhanguera, Osasco, 2018.

ABSTRACT

The diagnosis of panic disorders is given primarily due to periodic, unexpected episodes. An individual might appear calm, as if in a deep sleep or agitated, showing physical symptoms such as: accelerated heartbeats, difficulty breathing, feeling nauseous, chest pain, sensation of cold or hot body temperature, tingling throughout the body and seizure. Meanwhile, it can also bring psychic torment, such as: unrealism or illusions, fear of death and fear of madness. In the cognitive behavioral therapy, people who suffer from this disorder believe that they are having a heart attack or a nervous breakdowns, or even, that they have gone mad. The objective of this project is to comprehend how the theory of cognitive behavior defines panic disorders and its possible contributions. The cognitive model of this disorder finds: high attention to physical or psychological feelings, activation of physiological or psychic structures, catastrophic distortion of physical symptoms, loss of capacity to evaluate real symptoms and search of security to reduce anxiety in order to end the episode. The cognitive behavioral therapy is an alternative based on evidence that proves efficient results for this type of anxiety. Hence, it can be treated with psychotherapy techniques which brings significant improvement for those who suffer from it. In addition, the therapy can result in reduction and even suspension of psycho pharmaceuticals. The utilized method dealt with a bibliography revision. Initially, a literal research was taken place about subjects related to themes from scientific articles publish in the years between 2008 and 2017, indexed in electronic database of Google Scholar, Scielo and books. The cognitive therapeutic, focus primarily in reducing the intensity of breathing for such feared symptoms, the inversion interpretation to catastrophic distortion of internal condition and high capacity to produce realistic evaluations about realistic symptoms of anxiety. In conclusion, the cognitive behavioral therapy (CBT) in the moment , is considered to be the most specific and efficient treatment for panic disorder, it also should be the first option in most cases for this disorder.

Key Words: Panic disorder; Cognitive behavior therapy; Panic syndrome; Agoraphobia; Panic.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Registro Semanal de Pânico e Ansiedade Aguda	31
Tabela 2 - Ciclo Vicioso do Pânico	32
Tabela 3 - Exercícios de indução de sintoma comumente usados no tratamento do transtorno de pânico.....	33
Tabela 4 - Formulário de reavaliação do sintoma.....	34

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. O DIAGNÓSTICO.....	11
2.1 VISÃO COGNITIVO COMPORTAMENTAL.....	13
3. DESCRIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL.....	17
4. EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVA PARA O TRANSTORNO DE PÂNICO... 	23
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29
ANEXOS.....	31
ANEXO A.....	31
ANEXO B.....	32
ANEXO C.....	33
ANEXO D.....	34

1. INTRODUÇÃO

O transtorno de pânico se dá pela presença de ataques repentinos de ansiedade, acompanhado por sintomas físicos e cognitivos. A sensação de ansiedade é algo que faz parte do nosso cotidiano; como um compromisso com alguém, algum tipo de responsabilidade, uma reunião, escolher uma vesti etc. Os sintomas de quem passam por um ataque de pânico podem ser vários, como: falta de ar, fortes batimentos cardíacos, zumbidos, calafrios ou calores, sufocamento, engasgamento, suor, perda do controle sobre a bexiga, náusea, dores no peito e uma sensação de ruína impeditiva. As pessoas que sofrem com isso acreditam que estejam tendo um ataque cardíaco ou colapso nervoso ou, ainda, que estejam ficando loucas.

O indivíduo sintomático evita eventos ou situações em que o pânico tenha ocorrido, reduzindo a qualidade de vida e trazendo um sofrimento psicossocial para a vida de quem sofre esse transtorno. Um estado ansioso pode ser normal ou patológico, depende do julgamento de quem o avalia, pode transformar-se em um sentimento inexplicável de desgraça eminente ou preocupações exageradas, podendo desencadear um transtorno de pânico.

Essa pesquisa é importante para que se possa refletir o quanto o transtorno de pânico é um estado crônico e recorrente no cotidiano de um indivíduo e de que forma esse transtorno prejudica a vida dos portadores no aspecto social e psicológico. Através da terapia cognitiva comportamental, uma alternativa baseada em evidências que comprovam resultados eficazes, esse transtorno ansioso pode ser tratado com técnicas em psicoterapia, trazendo uma melhora significativa para quem sofre o transtorno de pânico, podendo assim trazer uma redução ou até mesmo a suspensão de psicofarmacos, que em uso contínuo, pode gerar dependência, trazendo outras complicações fisiológicas e psíquicas.

Essa técnica contribui não só para o transtorno de pânico, mas também para outros transtornos ansiosos, trazendo ao indivíduo e sua família uma qualidade de vida e, aos pesquisadores, uma alternativa de tratamentos baseada em evidências que comprovam os resultados eficazes e a diminuição dos sintomas. Assim, é indispensável salientar: Como o transtorno de pânico é compreendido pela teoria cognitivo comportamental?

O objetivo dessa pesquisa é compreender como a teoria cognitiva comportamental define o transtorno de pânico e quais suas possíveis contribuições. No primeiro capítulo, iremos compreender o transtorno de pânico através da teoria cognitivo comportamental e seus diversos sintomas. Leahy (2011) salienta de que forma se dá o transtorno de pânico, as raízes desse transtorno em nossa história evolutiva, quais são os passos para se tornar um agorafóbico e como podemos superar esse transtorno no olhar da Terapia Cognitiva Comportamental.

No segundo capítulo, Clarck e Beck (2012) descrevem as possíveis intervenções da terapia cognitiva comportamental e sua terapêutica no transtorno de pânico, e apresenta o processamento do esquema de ameaça automático que ocorre durante a resposta ao medo imediato, uma das intervenções fundamentais ao processo terapêutico.

No terceiro capítulo, os mesmos autores nos levam a compreender de que forma a terapia cognitivo comportamental pode ser eficaz no tratamento de pacientes com transtorno de pânico. Enfatizando a reestruturação cognitiva, indução de sintoma, exercícios de exposição de teste empírico, estratégias cognitivas e tarefa de casa orientada à exposição como os ingredientes centrais na eficácia do tratamento para ataques de pânico.

Esse trabalho tratou de uma revisão bibliográfica, sendo inicialmente realizada uma pesquisa literária de assuntos relacionados ao tema em artigos científicos publicados entre 2008 a 2017, indexados com base nos dados eletrônicos do google acadêmico, scielo, e livros.

2. O DIAGNÓSTICO

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (DSM-5), o sintoma do pânico pode chegar a um pico repentino em questão de minutos, pico esse causado pelo estado ansioso de medo excessivo; de maneira que o indivíduo pode estar tranquilo como em um sono profundo ou agitado, trazendo sensações físicas como: pulsações cardíacas acelerada, dificuldade de respirar, ânsia de vômito, dor no peito, sensação de frio ou calor, formigamentos pelo corpo, tremedeiras, além de trazer um sofrimento psíquico como: irrealidade, medo de morrer ou até mesmo de enlouquecer.

O diagnóstico de transtorno de pânico se dá principalmente pelos recorrentes ataques inesperados, como os causados enquanto o indivíduo está em um estado calmo e tranqüilo, no qual não existe um motivo aparente no momento do ataque. Apesar de não se descartar o diagnóstico quando esses ataques também são esperados, como em uma situação estressante e agitada (DSM-5, p.209).

A determinação dos ataques “esperados ou inesperados” é feita pelo clínico, que faz uma avaliação baseada em um questionário cuidadoso quanto à continuidade dos eventos que antecederam ou acarretaram ao ataque e do próprio pensamento do indivíduo em relação ao quanto o ataque lhe pareceu ocorrer sem motivo aparente; as interpretações culturais podem influenciar nesse sentido.

Ataques constantes e graves de pânico variam de forma importante. Pode haver ataques moderadamente contínuos uma vez por semana durante meses; pequenos surtos de ataques mais recorrentes todos os dias divididos por semanas; meses sem ataques ou ataques esporádico como dois por mês durante muitos anos.

As pessoas que têm ataques de pânico esporádico, se parecem com as que têm ataques contínuo em termos de sintomas do ataque, características demográficas, comorbidade com outros transtornos, histórico familiar e bases biológicas. Os indivíduos com transtorno de pânico podem ter ataques com sintomas completos quando se tem mais de quatro sintomas, ou com sintomas limitados. Quando se tem menos sintomas, o número e o tipo de sintomas do ataque de pânico contínuo diferem de um ataque para o outro (DSM-5, p.209).

Portanto, é necessário mais de um ataque de pânico completo inesperado para o diagnóstico de transtorno de pânico. Os resultados geralmente são ligados as preocupações físicas, como por exemplo: doenças cardíacas. Além de preocupações pessoais como medo de ser julgado negativamente pelos outros e preocupações acerca do funcionamento mental, como enlouquecer ou perder o controle (DSM-5, p.209).

Leahy (2011) define o ataque de pânico como: medo de suas próprias sensações. As pessoas que passam por esse ataque, podem sentir falta de ar, fortes batimentos cardíacos, zumbidos, calores ou calafrios, sufocamento, engasgamento, suor, descontrole urinário, náuseas, dores no peito e sensação de ruína imediata. Levando a um entendimento a quem sofre com esses sintomas, de que terá um ataque cardíaco, ou que esteja ficando louca.

Não se deve descartar que esses sintomas podem ser puramente fisiológicos, por isso as pessoas que têm essas respostas físicas, devem passar por exames médicos para descartar a possibilidade de doenças física mais grave.

É por isso que sempre recomendo que as pessoas que tem essas respostas físicas passem por um exame medico para descartar a possibilidade de uma condição grave de saúde. Esta pode incluir o hipertireodismo, prolapso de válvula mitral, hipoglicemia (baixa taxa de glicose no sangue) e uma série de outras doenças (LEAHY, 2011, P.71).

O surgimento de um ataque está sempre ligado aos medos de encontrar determinadas situações do mundo real, medo esse chamado de agorafobia, palavra grega que significa “medo de praça publica”. Alguns estímulos que ativam a agorafobia na pessoa são: lugares altos, dirigir sobre pontes ou túneis, elevadores, trens, aviões, estar sozinho, águas profundas, multidões, esforço vigoroso etc. Todas essas situações envolvem o tipo de estresse associado ao perigo.

Os que possuem esses sintomas regularmente, que consiste em levar aos ataques de pânico, possivelmente desenvolveu o transtorno de pânico, que é um transtorno cujo medo de um ataque de pânico se torne freqüente. O indicador central é o medo de suas próprias sensações e emoções (os que têm ataque de

pânico, mas não têm medo de situações específicas, isto é, não têm “agorafobia” (LEAHY, 2011, P.71).

Rangé e Borba (2010) apresentaram uma lista de possíveis pensamentos assustadores durante um ataque de pânico, como: estou tendo um ataque cardíaco, minha respiração vai travar, vou desmaiar, não vou mais conseguir respirar, vou perder o controle sobre meu corpo, vou sufocar, ficar descontrolado, ficar desorientado, morrer a qualquer instante, estou perdido, vou cair aqui e ninguém saberá me socorrer, estou tendo um AVC, estou ficando louco, só um hospital poderá me salvar, preciso de um médico urgente.

O transtorno de pânico é o único problema psicológico cuja característica predominante diz respeito à aparição de ataques freqüentes e muitas vezes inesperados, ou seja, o que o define é a presença e a recorrência de ataques súbitos de ansiedade, aparentemente vindos do nada (RANGÉ e BORBA, 2010, P.22).

2.1 VISÃO COGNITIVO COMPORTAMENTAL

O princípio fundamental da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), é que a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade, influenciará a maneira como eles se sentem e se comportam, por tanto, mudar nosso modo de pensar pode mudar como nos sentimos. O termo cognitivo se refere ao ato de conhecer ou reconhecer nossas vivências; a terapia cognitiva é um tratamento psicológico organizado e sistêmico, que ensina as pessoas a mudarem os pensamentos, crenças e atitudes que desempenham um papel importante em estados emocionais negativos como ansiedade ou depressão (CLARK e BECK, 2012, P.15).

O pensamento normalmente definido como uma “idéia” ou um “processo que produz ou elabora idéias”, apesar de abstrato, tem um desempenho elevado no plano do real.

A idéia básica da terapia é expressa da seguinte maneira:

Situação de vida, evento ->	Pensamento	-> Sentimento
(gatilho)	(percepção, interpretação)	(tenso ansioso)

A visão cognitiva sobre a ansiedade centraliza-se na noção de vulnerabilidade, como “a percepção de uma pessoa de si mesma como sujeita a perigos internos e externos sobre os quais ela não tem controle ou ele é insuficiente para permitir-lhe um senso de segurança. Na ansiedade, esse senso aumentado de vulnerabilidade é evidente nas avaliações tendenciosas e exageradas do indivíduo de possível dano pessoal em resposta a sinais que são neutros ou inócuos. Essa avaliação primária da ameaça envolve uma perspectiva errônea na qual a probabilidade de que o dano ocorra e a gravidade percebida do dano é enormemente superestimada (CLARK e BECK, 2012, P.43).

Os indivíduos medrosos têm muito mais probabilidade de superestimar a intensidade da ameaça, no qual o leva a comportamento de evitação, ao mesmo tempo em que não conseguem perceber os aspectos de segurança de situações avaliadas como ameaça e tendem a subestimar sua capacidade de enfrentar o dano ou perigo antecipado. Por tanto, a intensidade de um estado de ansiedade depende do equilíbrio entre a avaliação da ameaça inicial do indivíduo e a avaliação secundária da capacidade de enfrentamento e da segurança.

Clark e Beck (2012) observaram que a percepção de perigo dispara um “sistema de alarme” envolvendo processos comportamentais, fisiológicos e cognitivos primitivos que se desenvolveram para proteger nossa espécie de dano e perigo físicos. A presença de ansiedade ativa a mobilização comportamental para lidar com ameaça percebida, embora essa mobilização primitiva tenha-se desenvolvido como uma resposta rápida e eficiente a perigo físico; ela pode prejudicar o desempenho real quando ativada em situações benignas ou nas circunstâncias complexas, difusamente estressantes da sociedade contemporânea.

O modelo cognitivo considera a ansiedade clínica uma reação a avaliação inadequada e exagerada de vulnerabilidade pessoal derivada de um sistema de processamento de informação defeituoso que interpreta erroneamente situações ou sinais neutros como ameaçadoras (CLARK e BECK, 2012, P.45).

A terapia cognitiva é um tratamento breve e altamente estruturado que se dá por meio da palavra e se concentra nas vivências cotidianas para ensinar as pessoas a mudarem suas idéias e crenças emocionais através de avaliação sistemática e de planos de ação comportamental – com o objetivo de reduzir condições aflições como ansiedade e depressão (CLARK e BECK, 2012, P.15).

De acordo com Caballo (2017), a vulnerabilidade psicológica explica o desenvolvimento da apreensão ansiosa sobre a recorrência do pânico que, por sua vez, conduz ao surgimento do transtorno de pânico, essa vulnerabilidade psicológica é conceitualizada como um conjunto de crenças com conteúdo de perigo sobre os sintomas do pânico e sobre o significado dos ataques de pânico em relação ao conceito do indivíduo sobre si mesmo e sobre o mundo (p. ex. “Os acontecimentos estão se sucedendo de modo incontrolável e imprevisível; estou fraco demais para controlar minhas emoções”).

Pressupõe-se que estas crenças surjam a partir de diferentes experiências vitais (transmissão observacional e de informação por parte de pessoas importantes do ambiente do paciente, sobre os perigos físicos e mentais associados a determinados sintomas corporais), incluindo os estímulos vitais estressantes próximos do primeiro ataque de pânico (CABALLO, 2017, P.115).

As avaliações cognitivas errôneas do perigo (medo de morrer ou de perder o controle) aumentam a ativação de medo que, por sua vez, intensifica os já temidos sinais de medo. Em consequência, aumenta a sucessão de “medo do medo” (ou medo das sensações). Existem também evidências parciais do aumento da percepção ou da capacidade para detectar as sensações corporais da ativação a um mecanismo de vigilância atencional (CABALLO, 2017, P.116). As pessoas com transtorno de pânico também têm medo dos procedimentos que provocam sensações corporais similares as experimentadas durante um ataque de pânico, incluindo exercícios cardiovasculares e respiratórios.

Estudos mostram que a correção das avaliações errôneas de perigo com respeito a determinadas sensações corporais, parecem diminuir o temor. Por exemplo, há informações de um pânico consideravelmente inferior quando os sujeitos percebem que a hiperventilação e a inalação de dióxido de carbono (que produzem fortes sintomas físicos, similares aos de pânico), são seguros e controláveis.

Assim, a terapia cognitiva comportamental permitiu que muitos que sofrem de transtornos ansiosos como pânico e fobias, pudessem ajudar a si mesmas por meio da aplicação de técnicas, muitas vezes simples, que visam a redução da ansiedade e dos sintomas físicos e psíquicos a ela associados (BARROS NETO, 2016, P.12).

3. DESCRIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Para Clarck e Beck (2012), há cinco metas principais de tratamento para o transtorno de pânico. As duas primeiras fundamentais dizem respeito ao processamento do esquema de ameaça automático que ocorre durante a resposta ao medo imediato, enquanto que as restantes se referem às respostas que ocorrem durante o processamento elaborativo.

As metas são: (1) diminuir a sensibilidade e responsividade às sensações físicas e mentais associadas ao pânico; (2) enfraquecer a interpretação catastrófica errônea e os esquemas de ameaça encoberta de estados corporais e/ou mentais; (3) aumentar as capacidades de reavaliação cognitiva que resultam em aceitar uma alternativa mais benéfica e realista para sintomas angustiosos; (4) eliminar a esquiva e outros comportamentos que buscam uma segurança maladaptativa; (5) aumentar a tolerância à ansiedade ou desconforto e reconstituir um senso de segurança (CLARK e BECK, 2012, p. 316).

A primeira sessão de tratamento deve-se primeiramente conscientizar o paciente na explicação da avaliação cognitiva para ataques de pânico recorrentes, gatilhos situacionais para pânico, sensações físicas aflitivas, interpretações catastróficas errôneas e respostas aos esquemas de ameaças. Nesse sentido, estabelecem com o paciente um diário do pânico relatado semanalmente, registrando todos os episódios de pânico (ver tabela 1- Registro Semanal de Pânico e Ansiedade Aguda).

Através de um questionamento socrático, o terapeuta cognitivo analisa a experiência do paciente durante o ataque e a interpretação dos sintomas, e preenche o formulário em colaboração mútua (ver tabela 2- Ciclo Vicioso do Pânico). O terapeuta registra pensamentos e sentimentos específicos associados com o episódio de pânico e apresenta uma explicação cognitiva das origens do pânico.

A meta da sessão educativa é para que se apresente uma alternativa para o pânico e uma justificativa lógica de tratamento. Termina-se a sessão com uma prescrição de tarefas continuada no diário do pânico, porém dessa vez eles verificam

se suas experiências de ansiedade e pânico são firmes ou não a explicação cognitiva (CLARK e BECK, 2012, p. 317).

Segundo Leahy (2011), o paciente deve construir uma hierarquia do medo para o transtorno de pânico e registrar a situação específica que pensa que pode acionar um ataque de pânico: ficar preso em um elevador, multidões, dirigir, etc. Classificar o nível de sofrimento que acha que cada um provoca e registrar modo como pensa que cada sofrimento se manifesta: ter ataque cardíaco sufocar-se, desmaiar, ficar doente, vomitar, gritar, perder o controle. Dessa maneira, o ideal é prever o que vai acontecer em cada situação, pois, as técnicas de auto ajuda implicarão testá-las e desafiá-las. Assim, o paciente aprende a se desprender de seus medos, constatando a si mesmo que suas suposições não são reais (LEAHY, 2011, p. 79).

Esses medos se baseiam em previsões; no modo como você acha que vai responder a ansiedade. Você teme a situação porque acredita que quando ela surgir responderá por meio de hiperventilação, desmaio, desorientação, colapso, insanidade ou alguma outra maneira de perder o controle (LEAHY, 2011, p. 79).

Vários estudos comprovam uma grande eficiência em combinação de estratégias comportamentais de tratamento para ataques de pânico. Nos modelos mais recentes de terapêutica, compreende-se o relaxamento aplicado, o retreinamento da respiração, a técnica de inervação vagal, a reestruturação cognitiva e a exposição às sensações corporais aflitivas (CABALLO, 2017, p. 118).

O treinamento da respiração lenta, diafragmática, proporciona um retreinamento da respiração, pois os sintomas de hiperventilação são semelhantes aos sintomas desses ataques; são considerados como induzidos por estresse, mudanças respiratórias que provocam medo porque são percebidas como ameaçadoras ou aumenta o temor já existente causadas por outros estímulos fóbicos (CLARK e BECK, 2012; CABALLO, 2017).

No exercício de hiperventilação voluntária de 2 minutos ou respiração a uma frequência de 30 respirações por minuto, a respiração lenta fornece uma resposta de enfrentamento que seja conflitante com a hiperventilação, esse experimento

comportamental demonstra que os sintomas físicos podem ser devido à hiperventilação, pois os sintomas são reduzidos rapidamente quando se pratica a respiração lenta e pouco profunda, eliminando a hipocapnia (diminuição de dióxido de carbono) e suas sensações físicas desconfortáveis, e assim reduzindo o estado de ansiedade (CLARK e BECK, 2012, p. 325).

Respiração Diafragmática: (1) colocar uma mão sobre o peito com o polegar abaixo e a outra mão sobre o estomago com o dedo mínimo logo acima do umbigo; (2) fazer respirações curtas, pouco profundas pelo nariz e, observar como a mão sobre o peito se eleva ligeiramente (a mão sobre o estomago mal se move); (3) fazer respirações mais lentas, normais pelo nariz e observar como o abdômen se move levemente para fora com cada inspiração e então esvazia com cada expiração; (4) praticar por 2 a 3 minutos focando no movimento do abdômen com cada inspiração e expiração; (5) continuar trabalhando para reduzir a frequência respiratória para 8 ou 12 respirações por minuto.

Introduzir uma frequência respiratória rítmica na qual o terapeuta demonstra um ciclo de 4 segundos de inspiração, 4 segundos de expiração. Isso pode ser feito contando 1-2-3-4 com cada inspiração, e então 1-2-3-4-com cada expiração. Uma pausa curta ocorre ao final de cada inspiração e expiração, enquanto o paciente expira a palavra “relaxe” deve ser repetida.

Após o terapeuta e o paciente praticarem essa respiração lenta, moderada, o paciente deve permanecer a respiração diafragmática em foco particular no ritmo lento regular da respiração com a subida e descida do abdômen em cada inspiração e expiração; (6) as tarefas de casa começam com dois a três exercícios por dia de pratica de respiração diafragmática de 10 minutos com ou sem uma gravação de áudio para determinar o ritmo. Isso é seguido por exercícios diários de 1 a 2 minutos de hiperventilação acompanhado por respiração lenta; (7) a fase final da tarefa de casa envolve a aplicação de respiração diafragmática em uma variedade de situações cotidianas ansiosas (CLARK e BECK, 2012, p. 326).

O relaxamento aplicado representa o treinamento em relaxamento muscular progressivo (RMP), a prática do relaxamento aplica-se a itens de uma modalidade

de tarefas que provocam ansiedade, ou seja, a sensações corporais temidas (CABALLO, 2017, p. 119).

Segundo Clark e Beck (2012), a indução de sintoma ativa o esquema de medo relacionado ao pânico e contesta diretamente a interpretação catastrófica errônea de sensações físicas, dessa forma o paciente aprende que certas sensações físicas não são sempre assustadoras e que a intensa sensação exagerada pode ser devido a outras causas mais benignas. Deve ser apresentada uma justificativa lógica e concreta para a indução de sintoma (CLARK e BECK, 2012, p. 318).

Os exercícios de indução de sintomas devem ser realizados na segunda ou terceira sessão, é importante verificar com o paciente se há alguma contra-indicação médica para realizar o exercício, pois o paciente deve estar fisicamente capaz e disposto a tolerar um nível moderado de desconforto. Exercícios de indução de sintomas, (ver tabela 3 – Exercícios de indução de sintoma comumente usados no tratamento do transtorno de pânico).

A inervação vagal é uma técnica de controle somática pouco conhecida. O controle da taxa cardíaca é realizado por meio de massagem na carótida, fazendo pressão em um olho durante a expulsão do ar ou pressionando sobre o peito (CABALLO, 2017, p. 120).

Segundo Caballo (2017), a reestruturação cognitiva para o transtorno do pânico procede da extensão do modelo cognitivo de Beck (1988) para a depressão à ansiedade e ao pânico. O tratamento cognitivo centraliza em corrigir as avaliações erradas das sensações corporais vista como ameaçadoras. Essas estratégias são realizadas em conjunto com as técnicas comportamentais, embora se pressuponha que o mecanismo eficaz da mudança seja ao aspecto cognitivo.

A reestruturação cognitiva na terapia do pânico introduz evidência conflitante para a interpretação catastrófica errada e oferece uma explicação alternada para as sensações internas; é importante iniciar a reestruturação com uma descrição esclarecida do desfecho catastrófico mais temido e gerar uma lista de possíveis explicações alternativas para as sensações físicas, como no modelo do formulário de reavaliação do sintoma (ver tabela 4- Formulário de reavaliação do

sintoma), usado para focar as explicações alternativas do paciente em suas sensações temíveis (CLARK e BECK, 2012, p. 319).

A reestruturação cognitiva exerce duas funções na terapia cognitiva do pânico: ela introduz evidência conflitante para a interpretação catastrófica errônea e oferece uma explicação alternativa para as sensações internas (CLARK e BECK, 2012, p. 319).

Pode ser apresentada uma diversidade de alternativa de sintomas: fadiga, efeito colaterais de álcool, café ou medicamentos, vigilância aumentada de sensações corporais, emoções fortes como raiva, surpresa, etc. O objetivo da reestruturação cognitiva é efetivar a percepção dos indivíduos com pânico de que seus sintomas de ansiedade e pânico se da pela suas crenças errôneas de que certas sensações físicas são perigosas. A pesar de que, devido à ansiedade aumentada, os pacientes resistem em aceitar essa alternativa, eles são impulsionados pelo terapeuta a focalizar nas evidências, e não em como eles se sentem (CLARK e BECK, 2012, p. 321).

A exposição interoceptiva, assim como a exposição aos estímulos fóbicos externos, compreende em romper ou enfraquecer a associação entre os sinais corporais específicos e as reações de pânico. O objetivo da exposição interoceptiva é a extinção do temor, por compreender os ataques de pânico como alarmes apreendidos ou condicionados diante de determinados sinais corporais (CABALLO, 2017, p. 121).

De acordo com Clark e Beck (2012), os indivíduos com transtorno de pânico demonstram formas leves de esquiva agorafóbicas, a exposição interoceptiva é um componente importante da terapia cognitiva para transtorno do pânico. Quando a esquiva agorafóbica é grave, a exposição deve ser introduzida no início do tratamento e se tornar prioridade na terapia. Contudo, o terapeuta cognitivo usa exposição para debater as cognições e crenças trágicas do indivíduo agorafóbico, e para desfazer esses pensamentos e crenças (CLARK e BECK, 2012, p. 322).

Segundo Caballo (2017) o regulamento para o tratamento normalmente é realizado em 11 sessões individuais de uma hora, apesar de que também pode ser realizado em grupo. As sessões são programadas uma vez por semana ou, de

acordo com o terapeuta, é possível um tratamento diário intensivo. O objetivo desse tratamento é a exposição repetida aos sinais interno que são temidos para que se possa “descondicionar” as reações de medo do indivíduo com transtorno de pânico (CABALLO, 2017, p. 123).

4. EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVA PARA O TRANSTORNO DE PÂNICO

A terapia cognitiva comportamental para o transtorno do pânico se juntou à hierarquia bem definida da American Psychological Association de tratamento com apoio empírico, e concluíram que a TCC se mostrou efetivo para o tratamento do pânico.

Pesquisas mostram que a terapia cognitiva, envolvendo reestruturação cognitiva, indução de sintoma, exercícios de exposição de teste empírico bem estabelecido para o transtorno de pânico com ou sem agorafobia, estratégias cognitivas e tarefa de casa orientada à exposição, são ambos os ingredientes centrais na eficácia do tratamento para ataques de pânico (CLARK e BECK, 2012, p. 330).

Estudos experimentais mostram que os ataques de pânico são causados pela interpretação catastrófica errôneas de sensações corporais. Uma descoberta que compreende entre esses estudos experimentais é que pacientes com transtorno de pânico manifestam uma resposta subjetiva consideravelmente maior às sensações produzidas pelos estímulos de acordo com as classificações mais altas de intensidade, gravidade e ansiedade associada às sensações corporais produzidas pelos artifícios de indução (CLARK e BECK, 2012, p. 299).

Por tanto, se o pânico é identificado pela observação aumentada para sensações físicas, pode-se esperar que pacientes com o transtorno de pânico demonstrem maior percepção de suas respostas fisiológicas.

Em experimentos relatados por Clark e Beck (2012), indivíduos com transtorno de pânico que usaram um monitor cardíaco portátil durante 24 horas, não relataram significativamente mais percepções cardíacas do que controles saudáveis, porém, consideravelmente mais ansiedade autorrelatada estava associada às percepções. Além de aceleração da frequência cardíaca após as percepções cardíacas que estavam associadas com a ansiedade intensa, enquanto que as percepções cardíacas associadas com ausência de ansiedade levaram a desaceleração da frequência cardíaca (CLARK e BECK, 2012, p. 301).

Com efeito, uma sequência de resultados e pesquisas concluiu que há forte apoio para a eficácia da TCC no transtorno de pânico e que os ganhos do tratamento se mantêm após o término quando comparado com medicamentos, pois se compreende uma capacidade do paciente em reavaliar seus medos de uma forma mais realista (LEAHY, 2011; CLARCK e BECK, 2012; CABALLO, 2017).

De acordo com Clarck e Beck (2012), com base em estudos mais detalhados, 64 pacientes com pânico foram destinados aleatoriamente para 10 sessões individuais e semanais de terapia cognitiva, relaxamento aplicado e fármaco antidepressivo (imipramina). No intervalo de três meses, pós tratamento, a terapia cognitiva foi consideravelmente mais eficaz do que o relaxamento aplicado. E a imipramina na redução de sintomas do pânico, esquiva agorafóbica, interpretação errada de sensações corporais e hiperventilação dos sintomas corporais.

Alem disso, 80% dos pacientes em terapia cognitiva alcançaram um alto funcionamento final em 3 meses comparados a 25% para o relaxamento aplicado e 40% para imipramina (CLARCK e BECK, 2012, p. 329).

A TCC pode ser eficaz para casos mais difíceis de transtorno de pânico. De acordo com estudos, produz resultado de tratamento efetivo e duradouro, com melhora significativa, mesmo com diagnósticos comórbidos. Demonstrou também efetividade em pacientes com transtorno de pânico refratários a medicamentos e na redução de sintomas a pacientes com ataque diurno, além de noturno.

Para Caballo (2017), o tratamento de reestruturação cognitiva, retreinamento da respiração, relaxamento aplicado e a exposição interoceptiva; têm demonstrado poder controlador aos ataques de pânico na maioria dos indivíduos. Porém, mesmo que termine o ataque de pânico, uma porcentagem significativa pode continuar sentindo ansiedade e mal – estar (CABALLO, 2017, p. 131).

Vários estudos demonstram que a evitação agorafóbica pode continuar apesar do desaparecimento dos ataques de pânico. O que propõe que o tratamento mais eficaz combina esquemas para o controle do pânico com esquemas para controle da agorafobia.

Segundo Caballo (2017); Clark e Beck (2012), ainda não estão comprovados que os métodos para o controle do pânico, como a exposição interoceptiva, melhoram a eficácia da exposição ao vivo para a agorafobia. Pesquisas demonstram que os métodos para o transtorno do pânico podem minimizar a recaída depois do tratamento de exposição ao vivo; o controle do pânico poderia diminuir os abandonos e melhorar também a redução agorafóbica (CABALLO, 2017, P. 131).

Para Clark e Beck (2012), a reestruturação cognitiva mais exposição interoceptiva (indução de sintoma ou ativação de esquema) produziram grandes efeitos, porém, a reestruturação sozinha, produziu resultados variáveis.

Em casos isolados, verificaram que duas sessões de reestruturação cognitiva focalizada na busca da evidência positiva ou negativa à interpretação catastrófica do indivíduo de sintomas físicos produziam uma considerável diminuição de pânico em seis de sete pacientes, por outro lado o tratamento não focal teve pouco resultado sobre os sintomas do pânico. Através de uma variação de casos isolados, tanto a reestruturação cognitiva ou exposição produziram iguais nas crenças disfuncionais e na autoeficácia que antecederam a percepção de pânico (CLARK e BECK, 2012, p. 330).

Segundo Leahy (2011), indivíduos com transtorno de pânico que passam pelo tratamento cognitivo comportamental, chegam ao êxito de forma consistente com redução de sintomas permanentes, ou se retornar os sintomas, podem ser resolvidos usando as mesmas técnicas. Esse método permite que a pessoa desenvolva seu próprio esquema de autoajuda, treinando seu próprio pensamento para aquilo que era temido, deixar de ser, e a mente para de aprender as mensagens do medo e passa a acreditar em sua própria segurança (LEAHY, 2011, p. 86).

A mente para de aprender as mensagens do medo e começa a acreditar em sua própria segurança. Uma vez realizado esse processo, você pode usar qualquer medo recorrente como oportunidade para praticar (LEAHY, 2011, p.86)

É importante dispor de estratégias para que se em algum evento o pânico voltar, elas serem úteis para quando o impulso do medo surgir inesperadamente. O

autor indica, segundo ele, 5 principais estratégias que garantem a eficácia da redução de sintomas para que a vítima do pânico pode usar sempre que necessário: (1) Pensar diferente sobre as coisas, se questionado se não está rotulando a ansiedade como uma catástrofe, quando ela é meramente uma forma de agitação; porque presume que o ataque de pânico é perigoso, se ninguém morre ou fica louco com ataque de pânico, se eles duram em média uns minutos e depois desaparecem sozinhos? (2) Observar as sensações corporais de uma maneira diferente, praticando a aceitação das sensações sem tentar controlá-las ou julgá-las, pois elas são simplesmente o que está acontecendo; (3) Dirigir a atenção para outro lugar, em vez de focar nas sensações, tentar descrever todas as formas de cores de objetos que vê ao redor, apurar o quanto se pode ser observador; (4) Praticar a respiração lenta (a respiração diafragmática restabelece o equilíbrio natural de CO² na corrente sanguínea), deitar em algum lugar com um livro sobre o peito (se o livro cair é porque está com respiração elevada), deixar o ar vir do abdômen lentamente até que o livro não esteja se movendo; (5) Colocar seu tempo a favor, assim todo ataque de pânico é limitado.

Se questionar como vai se sentir quando o ataque do pânico for embora, pois quando sentir-se ansioso, a sensação é que tudo está acontecendo com você nesse momento, mas não está. É apenas uma fração de tempo, colocar o tempo a favor, imaginado como se sentirá em alguns minutos.

Buscar as situações de indução de pânico e trabalhar as reações a elas traz confiança e segurança ao indivíduo do pânico, garantindo a eficácia no tratamento. A indução ao pânico de fato funciona e o ajuda a perceber que o medo de um ataque de pânico não é importante, pois se o indivíduo tolerar os ataques, não haverá no que temer. Superar o medo de ter medo ajuda a pessoa a se sentir menos deprimido e mais confiante (LEAHY, 2011, p. 87).

Para Clark e Beck (2012), ainda não é claro se uma interpretação catastrófica distorcida de sensações físicas é necessária para a produção de todos os ataques de pânico, se ela é uma causa ou consequência dos ataques repetidos, se o conceito deve ser ampliado para incluir ameaças sociais e emocionais eminente, como o medo de novos ataques de pânico. Segundo os autores, não há

uma pesquisa suficiente quanto ao papel desempenhado pela eficácia e efetividade percebida no término de episódios do pânico (CLARCK e BECK, 2012, p. 331).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ataque de pânico rotineiro resulta o exemplo mais claro da definição cognitiva do medo. O episódio de pelo menos dois ataques de pânico inesperado, ansiedade ou preocupação de futuros ataques e esquiva de situações consideradas gatilhos de pânico, são marcas registradas do transtorno do pânico. O modelo cognitivo desse transtorno traz atenção elevada para sensações físicas ou psicológicas, ativação das estruturas fisiológica ou psíquica, interpretações distorcidas catastróficas de sintomas físicos, perda da capacidade de reavaliação de sintomas mais realista, busca de segurança para reduzir a ansiedade elevada e terminar o episódio de pânico.

A terapêutica cognitiva focaliza principalmente na redução de intensidade da respiração para sensações físicas temidas, inversão da interpretação catastrófica distorcida de estados internos, capacidade elevada para produzir reavaliações mais realistas dos sintomas de ansiedade temidos, diminuição na evitação e busca de segurança. Tais metas básicas da terapia cognitiva são alcançadas usando indução de sintomas, reestruturação cognitiva e interoceptiva sistemática em um contexto de testagem da hipótese.

Em termos de efetividade do tratamento, estudos comparativos de resultados da terapia cognitiva são necessários além de períodos de seguimento mais duradouro para determinar a manutenção dos benefícios do tratamento. Portanto, a terapia cognitiva comportamental (TCC), no momento é considerada um tratamento especificado e eficaz para o transtorno do pânico com ou sem agorafobia, e deve ser o tratamento de primeira linha na maioria dos casos do transtorno.

REFERÊNCIAS

AMB, Associação Médica Brasileira. Transtorno do Pânico: Diagnóstico; autoria: Associação Brasileira de Psiquiatria, Academia Brasileira de Neurologia, Sociedade Brasileira de Pediatría – 2012. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/transtorno_do_panico.pdf>. Acesso em 07/03/2018

APA, American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V-TR) 5a. ed rev. Porto Alegre: Artmed; 2014. Disponível em: <<http://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>> Acesso em 11/01/2018

Barros Neto. Sem medo de ter medo: um guia prático para ajudar pessoas com pânico, fobias, obsessões, compulsões e estresse/ Tito Paes de Barros Neto.- 6.ed.- São Paulo: Segmento Farma, 2016. 174p.

Caballo, V.E. Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos/ coordenador Vicente E. Caballo; [tradução Magali de Lourdes Pedro].- [Reimpr.]. – São Paulo: Santos, 2017. 681p.

Clark, David A. Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade/ David A. Clark, Aaron T. Beck; tradução: Maria Cristina Monteiro; revisão técnica: Elisabeth Meyer. – Porto Alegre: Artmed, 2012. 640p.

Clark, David A. Vencendo a ansiedade e a preocupação com a terapia cognitivo – comportamental: manual do paciente / David A. Clark, Aaron T. Beck; tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Elisabeth Meyer: - Porto Alegre: Artmed, 2012. 296p.

Knapp P, Beck A. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. Revista Brasileira Psiquiatria, 30 (Supl II); 2008. p. 54-64. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Paulo_Knapp2/publication/247852812_Fundamentos_modelos_conceituais_aplicacoes_e_pesquisa_da_terapia_cognitiva/links/56851ee708ae051f9af1a6b5.pdf> Acesso em 23/01/2018

Leahy, Robert L. Livre de Ansiedade / Robert L. Leahy; tradução: Vinicius Duarte Figueira; revisão técnica: Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras; Rodrigo Fernando Pereira. – Porto Alegre: Artmed, 2011. 248p.

Rangé, Bernard P. Vencendo o pânico: terapia integrativa para quem sofre o transtorno de pânico e a agorafobia: manual do cliente/ Bernard Rangé, Angélica Borba-(Reimpr.) – Rio de Janeiro: Cognitiva, 2010. 160p

ANEXOS

ANEXO A – Registro Semanal de Pânico e Ansiedade Aguda

Tabela 1- Registro Semanal de Pânico e Ansiedade Aguda

Nome: _____ Data _____

Instruções: Por favor, use este formulário para registrar quaisquer ataques de pânico limitados ou episódicos de ansiedade aguda que você experimentou na semana passada. Tente completar o formulário o mais próximo possível do episódio de ansiedade a fim de aumentar a precisão de suas observações.

Data, hora e duração do episódio	Gatilhos situacionais (marque E ou I)	Gravidade/intensidade da ansiedade (0-100); (marque APC, ASL, EAA)*	Descrição das sensações físicas e mentais ansiosas	Interpretação ansiosa das sensações	Evidencia de uma interpretação alternativa das sensações	Resultado (resposta de enfrentamento e sensação de segurança)+
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

E = é esperado ter pânico nessa situação; I = o pânico ocorreu inesperadamente, completamente do nada; APC = ataque de pânico completo; ASL = ataque de sintoma limitado; EAA = episódio agudo de ansiedade (início súbito de ansiedade, mas não de pânico). + avalie a sensação de segurança após cessação do pânico de 0 = não me sinto nenhum pouco livre do pânico a 100 = eu me sinto absolutamente livre de futuros pânico.

Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: Clark e Beck (2012).

ANEXO B – Ciclo Vicioso do Pânico

Tabela 2- Ciclo Vicioso do Pânico

Nome: _____ Data _____

<p>Gatilhos situacionais</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>
--

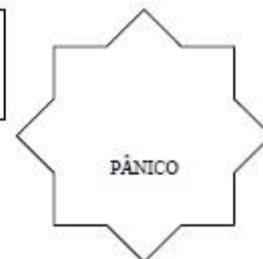
<p>Sintomas físicos, mentais, emocionais iniciais</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>

<p>Primeiros pensamentos/ imagens ansiosos (apreensivos)</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>
--

<p>Principais sintomas progressivos</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p>

<p>Pensamentos/imagens de perigo (catástrofe) iminente</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

<p>Tentativas de enfrentamento/ controle</p> <p>_____</p>



ANEXO C – Exercícios de indução comumente usados no tratamento do transtorno de pânico

Tabela 3 – Exercícios de indução de sintoma comumente usados no tratamento do transtorno de pânico

Exercício	Sensação física evocada	Exemplo de interpretação errônea da ameaça
1. Hiperventilar por 1 minuto	Falta de ar, sensação de sufocação	"Eu não consigo suportar; acho que vou desmaiar se continuar."
2. Prender a respiração por 30 segundos	Falta de ar, sensação de sufocação	"E se não puder respirar normalmente?"
3. Respirar por meio de um Canudo estreito por 2 minutos	Falta de ar, sensação de sufocação	Eu preciso de mais ar ou vou sufocar."
4. Girar em ritmo médio Enquanto fica de pé por 1 minuto	Tontura ou desmaio	Se eu me sentir nauseado, posso vomitar."
5. Colocar a cabeça entre os joelhos por 30 segundos e então levantá-la rapidamente	Tontura ou desmaio	"Quando sinto vertigem, isso poderia Ser um sinal de AVC?"
6. Sacudir a cabeça Rapidamente de um lado para o outro por 30 segundos	Tontura ou desmaio	"Quando me sinto tonto perco o contato com a realidade, o que poderia levar à insanidade."
7. Contrair todos os músculos do corpo por 1 minuto	Tremor, estremelecimento	"As pessoas perceberão que estou tremendo e pensarão que há alguma coisa errada comigo."
8. Correr no mesmo lugar 1 minuto	Coração martelando, acelerado	Eu poderia ter um ataque cardíaco."
9. Sentar-se na frente de Um aquecedor por 2 minutos	Falta de ar, sensação de sufocação, sudorese	As pessoas vão sentir nojo do meu suor."
10. Colocar o depressor de língua no final da língua por 30 segundos	Sensação de asfixia	"Essa sensação de asfixia é tão ruim que eu poderia vomitar."
11. Olhar continuamente para A luz fluorescente por 1 minuto e então tentar ler	Tontura ou desmaio; sentimento de irrealidade	"O ambiente esta parecendo estranho. Isso poderia significar que estou começando a enlouquecer"
12. Olhar continuamente para si mesmo no espelho por 2 minutos	Sentimento de irrealidade, de sonho; tontura ou desmaio	"Se me sentir entorpecido eu poderia Perder o contato com a realidade"
13. Olhar continuamente para Um ponto na parede por 3 minutos	Sentimento de irrealidade, de sonho; tontura ou desmaio	"Sentimentos de irrealidade significam que eu poderia estar tendo um AVC."

Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: Clark e Beck (2012).

ANEXO D – Formulário de reavaliação do sintoma

Tabela 4 – Formulário de reavaliação do sintoma

Nome: _____ Data: _____

Instruções: Por favor, use este formulário para escrever quaisquer explicações alternativas que você possa pensar para a razão de você experimentar uma variedade de sensações físicas que fazem se sentir ansioso (a) ou em pânico.

Declare a sensação física experimentada (p. ex; coração acelerado, falta de ar, náusea)	Liste uma serie de explicações alternativas para as sensações que não seja o pior resultado (Istoé, a catástrofe temida)	Avalie a crença em cada explicação quando não ansioso (0- 100)*	Avalie a crença em cada explicação quando ansioso (0- 100)*	Efetividade da explicação para enfrentar a ansiedade (0-100)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

*Para avaliações de crença, 0 = absolutamente nenhuma crença na explicação, 100 = absolutamente certo (a) de que essa é a causa das sensações físicas.

+Para avaliações de efetividade, 0 = a explicação não tem nenhum efeito positivo sobre a ansiedade, 100 = a explicação é completamente efetiva para eliminar sentimentos ansiosos.

Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: Clark e Beck (2012).