

PENSAMENTOS NEGATIVOS AUTOMÁTICOS EM PACIENTES COM TRANSTORNO DO PÂNICO

AUTOMATIC NEGATIVE THOUGHT IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER

José Maria Montiel*, Daniel Bartholomeu**,
Claudio Garcia Capitão*** y Gleiber Couto Santos****

Centro Universitário FIEO - UNIFIEO
Centro Universitário FIEO - UNIFIEO
Universidade São Francisco - USF
Universidade Federal de Goiás - UFG / Catalão

Recibido: 21 de mayo de 2013

Aceptado: 21 de octubre 2013

RESUMO

O transtorno do pânico (TP) é caracterizado por ataques de pânico, os quais surgem acompanhados por uma série de pensamentos inadequados ao contexto. Objetivo: identificar e sistematizar a distorção cognitiva e os tipos de pensamentos negativos automáticos (PNA) presentes em pacientes com TP. Participantes: 20 indivíduos na faixa etária de 32 anos e com diagnóstico de TP. Instrumentos: Anamnese e entrevista semi-estruturada, Inventário Beck de Ansiedade e Escala para Pânico e Agorafobia. Resultados: os dados apontaram níveis de ansiedade significativos, corroborando o diagnóstico de transtorno do pânico nos sujeitos. Já os PNA - como «*Estou com dor de cabeça. Será que é uma crise?*» - e os padrões de distorções cognitivas identificados, incluindo *suposição, catastrofização, generalização e subestimação/ superestimação*, estão em acordo com a literatura apresentada e são condizentes com a prática clínica.

Palavras chaves: Distorção cognitiva, pensamentos negativos automáticos, avaliação psicológica.

ABSTRACT

Panic disorder (PD) is characterized by attacks of panic, which are accompanied by a series of thoughts, inappropriate to the context. Objective: to identify and systematize the cognitive distortion and the types of automatic negative thoughts (ANT) present in patients with (PD). Participants: 20 individuals in the age of 32 years and with a diagnosis of PD. Instruments: Anamnesis and semi-structured interview, Beck anxiety inventory and scale of panic and agoraphobia. Results: data showed significant levels of anxiety, corroborating the diagnosis of disorders of panic in the subjects. Already the ANT - as «*I have a headache. Is it a crisis?*» - and the standards identified cognitive distortions, including *assumptions, pessimism, generalization and under-estimation / over-estimation*, they are subject to the presented literature and they are suitable for clinical practice.

Key words: Cognitive distortion, automatic negative thoughts, psychological validation

Introdução

Os transtornos de ansiedade são considerados um dos principais problemas de saúde mental da população em geral (Almeida-Filho et al., 1997; Norton & Hope, 2005) e, conforme Gonçalves e Heldt (2009) e Vianna, Campos e Landeira-Fernandez (2009), quando surgem na infância e não recebem tratamento adequado e eficaz, podem representar preditores de psicopatologias na idade adulta, a exemplo do Transtorno do Pânico - TP (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000). O TP é caracterizado pela Associação Psiquiátrica Americana - APA (2002) por recorrentes ataques de pânico, os quais são determinados, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), por «início súbito de palpitações, dor no peito, sensações de choque, tontura e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização)» (p. 137) e, além disso, de maneira geral há ainda um medo de morrer, perder o controle ou enlouquecer. Segundo a APA (2002), outros aspectos relevantes dos ataques é que não devem decorrer de efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral, nem ser explicados por outro transtorno mental.

Do ponto de vista de Rangé (1995), Fishel (1998) e Barlow (1999), geralmente os ataques de pânico envolvem reações neurovegetativas simpáticas súbitas e intensas, como taquicardia, falta de ar, tremores, sudorese, vertigens, náusea, formigamentos, entre outros, além de ideias de morte por sufocamento, ou de estar tendo um ataque do coração. Tais sensações causam grande desconforto e sofrimento psíquico, podendo o indivíduo freqüentemente recorrer a comportamentos de fuga e/ou esquiva, comprometendo acentuadamente sua autonomia e sociabilidade.

Diversas limitações podem se associar a esse diagnóstico, por exemplo, Gentil, Lotufo-Neto e Bernik (1997) descreveram que, dentre 30 pacientes com TP, 17 não estavam trabalhando; 7 desenvolviam atividades laborais esporadicamente e 25 apresentavam prejuízos em seu desempenho profissional, os quais refletiam em sua vida cotidiana. Também Nunes e Bueno (2000) apontam para os comprometimentos ocasionados pelo transtorno que se referem à «síndrome de desmoralização», a qual freqüentemente está associada a desavenças conjugais,

dificuldades financeiras, dependência de substâncias psicoativas, perdas sociais e acometimentos físicos.

Com freqüência as pessoas do ciclo social dos pacientes com TP, bem como os próprios pacientes, interpretam erroneamente os seus comportamentos, levando a um retardo na procura por serviços especializados e, conseqüentemente, a um diagnóstico tardio, ocasionando pior prognóstico e comprometendo ainda mais sua qualidade de vida (Mendlowicz & Stein, 2000). Neste sentido, Kim, Lim e Oh (2009) apontaram que aqueles que desenvolveram TP com início mais precoce apresentavam maior número de comorbidades psiquiátricas, dentre elas fobia social, agorafobia e transtorno de estresse pós-traumático, bem como outros comprometimentos decorrentes dos sintomas. Para Barlow (1999), com freqüência o diagnóstico de TP é acompanhado por comorbidades, as quais tendem a complexificar o quadro sintomatológico.

No que tange às hipóteses etiológicas para o TP, diversas teorias procuram elucidar as causas e os aspectos patogênicos desse transtorno. Entre essas estão as hipóteses de cunho psicológico e, mais especificamente, as pautadas no modelo cognitivo-comportamental, as quais estão baseadas no entendimento de fatores antecedentes, empiricamente observáveis, que influenciam a predisposição e a vulnerabilidade para o início dos sintomas de pânico (Rangé, 1995). A abordagem cognitivo-comportamental inclui a concepção de condicionamento interoceptivo, o qual não depende da percepção consciente de evocações desencadeantes e é relativamente resistente à extinção. Por essas razões, os ataques de pânico podem parecer não evocados ou 'vindos do nada', quando de fato, eles são desencadeados por flutuações sutis e benignas de um determinado estado físico (Barlow, 1999). Tais hipóteses obtiveram maior reconhecimento nas últimas décadas do século XX por meio de estudos de aspectos neurobiológicos, genéticos, psicofarmacológicos e comportamentais para esse transtorno, realizados tanto em animais quanto em humanos (Bernik, 1999).

Para Barlow (2000), um modelo específico para o entendimento dos ataques de pânico deve abarcar a integração de três fatores: a vulnerabilidade biológica, a

vulnerabilidade psicológica e os estressores vitais. Nesse sentido, um ataque de pânico inicial é conceituado como uma falha no sistema do medo sob circunstâncias vitais estressantes, em indivíduos com componentes fisiológicos e/ou psicológicos vulneráveis (Wells, 2000). A vulnerabilidade fisiológica pode ser determinada, em parte, pela transmissão genética; no entanto, a vulnerabilidade psicológica é conceituada como um conjunto de crenças sobrecarregadas de perigo sobre sensações corporais e relacionadas ao mundo, ou seja, ao cotidiano desses indivíduos. Em síntese, um ataque poderia ser desencadeado pela percepção distorcida e catastrófica de sinais corporais interoceptivos (Barlow, 1999, 2000).

Estas distorções, por sua vez, caracterizam padrões de pensamentos frequentemente observados em indivíduos com sintomas de pânico, podendo ser considerados como desencadeadores internos. Assim, as pressuposições de não-adequação levariam o indivíduo a estabelecer regras inapropriadas, ativando elementos de vulnerabilidade (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982). Nesse sentido, as cognições que levam a uma avaliação negativa ou catastrófica de alterações corporais, ainda que sutis, sinalizam um perigo iminente a partir da antecipação de conseqüências negativas.

Tomando tais distorções cognitivas como objeto de análise, alguns autores sugerem determinados padrões de distorção, os quais podem ser identificados em pacientes com transtornos psiquiátricos. Nesta direção, Ito (1998) aponta cinco diferentes padrões ou perfis de distorção cognitiva, que são 'Falta de evidência', no qual o paciente chega a uma conclusão sem levar em conta todos os fatos e pode tentar adivinhar o que os outros estão pensando; 'Generalização', em que o indivíduo chega a uma conclusão ou predição baseado em um número muito limitado de eventos, generalizando um acontecimento específico e situacional ao todo; 'Confundir probabilidade com certeza', em que o paciente tende a pensar e agir como se um acontecimento negativo fosse uma certeza; 'Polarização', refere-se a pensar em termos de tudo ou nada, sem reconhecer que existem outras alternativas; e 'Pensamento absoluto', caracterizado por pensamentos não realistas, inflexíveis e absolutistas, como, por exemplo, devo, preciso, tenho, sempre, nunca, nada, tudo, entre outras.

Outra descrição, tomando por base Salkaskis e Clark (1989), refere uma classificação de padrões de distorções cognitivas diretamente relacionadas ao TP, no qual quatro perfis distintos apresentam-se frequentemente. São eles: 'Catastrofizar', que se refere à tendência de antecipar conseqüências negativas, drásticas e de natureza catastrófica; 'Subestimar', no qual o indivíduo frequente e consistentemente subestima sua capacidade em lidar ou resolver determinadas situações ou problemas; 'Suposição', em que o paciente baseia suas interpretações de uma dada situação em previsões futuras ou adivinhações; e 'Padrões inatingíveis', o qual se refere a uma supervalorização de estímulos ou situações externas, interpretando-os como difíceis desafiadores ou inatingíveis ao indivíduo.

Corroborando estes postulados teóricos, Dattilio e Kendall (2004) também apontam algumas das principais distorções cognitivas, não específicas ao TP, mas comuns aos transtornos de ansiedade, que incluem a 'superestimação do perigo', 'subestimação da própria capacidade de enfrentamento e da ajuda disponível' e 'presença de preocupações e pensamentos catastróficos'. Verifica-se, portanto, que há uma relativa concordância e sobreposição entre os padrões de distorção apresentados por estes autores, embora algumas diferenças também possam ser observadas. Por exemplo, Salkaskis e Clark (1989), assim como Dattilio e Kendall (2004), não se referem a distorções como a 'generalização' que, por outro lado, é mencionada por Ito (1998), de modo que as asserções destes autores podem ser tomadas como complementares.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) corroboram a importância dos pensamentos negativos automáticos (PNA) no TP. De acordo com esses autores, os pacientes com transtornos de ansiedade tendem a superestimar o grau e a probabilidade de perigo em uma determinada situação e a subestimar suas capacidades de enfrentar as ameaças percebidas a seu bem-estar físico ou psicológico. Descrições como de Ito (2001) reafirmam a literatura (e.g. Beck & Alford, 2000; Breitholtz, Johansson & Öst, 1999) de que os pacientes com TP têm pensamentos de perda do controle e medo de morrer, acompanhados de sensações fisiológicas inexplicáveis que precedem e acompanham os ataques de pânico. Nesse contexto, portanto, a terapia cognitivo-comportamental tem por

objetivo intervir nos padrões de pensamentos dos pacientes com transtorno do pânico, uma vez que os ataques de pânico apresentam relação com interpretações errôneas e catastróficas sobre reações fisiológicas ou sobre eventos externos (Beck, 2005; Beck, Emery & Greenberg, 1985; Clark, 1986). Este procedimento psicoterápico tem demonstrado ser efetivo na remissão de sintomas e diminuição dos comprometimentos ocasionados por esse transtorno (e.g., King, Valença, Melo-Neto & Nardi, 2007; Manfro, Heldt, Cordioli & Otto, 2008; Salkaskis & Clark, 1989). Há, por exemplo, evidências de que os processos bioquímicos observados no TP desaparecem por meio da intervenção cognitivo-comportamental (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Chambless & Ollendick, 2001; Knapp & Beck, 2008).

Craske et al. (2005) tentaram verificar se o efeito do tratamento medicamentoso combinado à terapia cognitivo-comportamental (TCC) em pacientes com TP era melhor do que aquele baseado apenas no uso dos medicamentos. A combinação das intervenções foi mais eficaz em produzir melhoras estatística e clinicamente significativas do que somente a medicação, corroborando a eficácia da adição da TCC ao tratamento farmacológico. Siev e Chambless (2007) conduziram uma metanálise com o objetivo de verificar qual dos tratamentos apresenta melhor eficácia para o transtorno do pânico. Os autores bem como o estudo de Flannery-Schroeder e Kendall, (2000), apontam que a terapia cognitiva demonstrou mudanças clinicamente significativas, evidenciando a eficácia do método. Portanto, dada a devida importância à TCC e à identificação dos padrões de pensamento vivenciados por pessoas com transtorno do pânico, o presente estudo tem por objetivo delinear e descrever os principais padrões cognitivos e PNA apresentados em pacientes com TP.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 20 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, sendo a média de idade dos participantes de 32 anos. Todos os participantes apresentavam diagnóstico condizente com TP, com ou sem agorafobia, segundo os critérios do DSM-IV-TR tm (APA, 2002), realizado por um médico psiquiatra. Além do diagnóstico médico, participaram apenas os

sujeitos que, nas avaliações do presente estudo, atenderam a três quesitos: a) ser classificado como tendo TP segundo critérios do DSM-IV-TR tm (APA, 2002), conforme dados coletados durante entrevista de anamnese; b) ter desempenho no Inventário de Ansiedade de Beck compatível com sintomas graves de ansiedade, segundo Cunha (2001) (i.e. escores acima de 21); e c) ter escores na Escala para Pânico e Agorafobia diferentes de zero, demonstrando comprometimentos ocasionados pelos ataques de pânico, que corresponderia à existência de características sintomatológicas significativas do diagnóstico (Ito & Ramos, 2000).

Materiais

- *Inventário de Ansiedade de Beck* - BAI (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988; Cunha, 2001)

O BAI é uma escala de avaliação sintomatológica de ansiedade, sendo composto por 21 itens tipo *likert* de quatro pontos. O participante é solicitado a assinalar em cada um dos itens apresentados, a alternativa que descreve melhor a intensidade da ansiedade que tem sentido na última semana, inclusive no dia da aplicação. Para cada sintoma apresentado, o sujeito tem as seguintes opções de resposta: «absolutamente não», «levemente- não me incomodou muito», «moderadamente- foi muito desagradável mas pude suportar» e «gravemente- dificilmente pude suportar». O instrumento possui dados de fidedignidade e validade disponíveis em seu Manual e está aprovado pelo Sistema de Avaliação de Testes (SATEPSI) do Conselho Federal de Psicologia (CFP) - Brasil. Tal sistema visa regularizar a prática da avaliação psicológica no país, avaliando e regulamentando testes em razão da quantidade de estudos psicométricos que apresente.

- *Escala para Pânico e Agorafobia* - EPA (Ito & Ramos, 2000)

Para avaliar os comprometimentos sintomatológicos ocasionados pelos ataques de pânico foi usada a EPA (Bandelow, 1995), a qual traduzida por Francisco Lotufo Neto (Ito & Ramos, 2000). Esta escala tem por intuito obter escores que representem padrões sintomatológicos de portadores de TP com Agorafobia. A escala abarca áreas peculiares aos ataques de

pânico, descrições de sintomas agorafóbicos e comportamentos de esquiva, sintomas de ansiedade entre os ataques, prejuízos nas relações pessoais e preocupações com a saúde. A escala se propõe à avaliação sintomatológica, não sendo um instrumento diagnóstico.

Roteiro semi-estruturado de anamnese

Um roteiro de anamnese semi-estruturado foi utilizado para identificação dos participantes, bem como para a coleta de informações pertinentes aos objetivos propostos neste estudo. Para identificar os tipos de pensamentos distorcidos freqüentes nos pacientes foi utilizada uma técnica de entrevista semi-estruturada, em que os sujeitos eram questionados sobre quais pensamentos tinham, de que tipo e se eles eram antecedentes, concomitantes ou conseqüentes aos ataques de pânico. Os pensamentos foram obtidos pelo método clínico argumentativo Sócrático e técnica de Seta Descendente, procedimentos já reconhecidos pela TCC (Rangé, 2001; Caballo & Vilchez, 2000).

Procedimento

Os participantes foram encaminhados por um médico psiquiatra e convidados individualmente a participar do estudo. Após explanação sobre os objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram realizadas as orientações pertinentes à participação dos pacientes. Para sua condução, a pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética. Os participantes foram avaliados individualmente, em uma única sessão, por meio do Roteiro de anamnese, do BAI e da EPA, respectivamente. A aplicação do roteiro teve duração aproximada de 30 minutos e a dos instrumentos, 20 minutos, totalizando 50 minutos em média para cada indivíduo. O período de coleta de informações com os pacientes ocorreu no segundo semestre de 2012 na clínica. Esta pesquisa também teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Anhanguera Educacional (Brasil) sob o número 918/2011.

Resultados

A pontuação média obtida no Inventário Beck de Ansiedade (BAI) foi de 42.3 pontos, com desvio padrão de 7.5 pontos. Usando os critérios de Cunha (2001), observou-se que um participante apresentou ansiedade moderada, que corresponde a pontuações entre 20 e 30 pontos, e 19 participantes apresentaram ansiedade considerada grave, com pontuações iguais ou superiores a 31 pontos. Portanto, todos os participantes apresentaram ansiedade clinicamente significativa, ou seja, escores acima de 21 pontos (Cunha, 2001), sendo este um dos critérios para inclusão dos participantes no estudo. O desempenho dos participantes na Escala para Pânico e Agorafobia foi diferente de zero para todos os sujeitos, o que também foi prerrogativa para participação na pesquisa. Os participantes obtiveram média de 32.2 pontos e desvio padrão de 7.9. Assim, tais escores demonstraram comprometimentos ocasionados pelos ataques de pânico (Ito & Ramos, 2000) condizentes com os critérios do DSM-IV-TR tm (APA, 2002). O roteiro semi-estruturado de anamnese possibilitou arguir alguns pensamentos relatados pelos participantes, os quais são apresentados nas tabelas a seguir (Tabelas 1, 2, 3 e 4). Estes pensamentos são, de maneira geral, desencadeados a partir de eventos externos e/ou situacionais ou de eventos internos, tais como a catastrofização de sensações corporais. Cabe relevar que tais pensamentos foram transcritos respeitando-se a real formulação do paciente, além de serem classificados de acordo com a distorção cognitiva mais proeminente identificada. Nesse sentido, a identificação dos pensamentos seguiu critérios clínicos para sua classificação, seguindo os pressupostos de distorção cognitiva de Ito (1998), Salkaskis e Clark (1989) e Dattilio e Kendall (2004). Em seguida foi estabelecida a porcentagem de cada uma destas categorias nestes pacientes, mas sua identificação inicial foi baseada no critério clínico e nas falas. A significação clínica destes pensamentos foram feitas na medida em que implicavam em prejuízo significativo na conduta do paciente, ou seja, desencadeavam ataques de pânico, provocando prejuízo social significativo conforme os critérios classificatórios do DSM-IV-TR.

Tabela 1*PNA classificados com referência ao padrão cognitivo de distorção 'Suposição'*

1. Se ficar muito tempo sentado, posso começar a passar mal.
 2. Após uma crise, tenho medo de ter outra crise.
 3. Parece que o remédio não está fazendo efeito.
 4. Acho que minha pressão está caindo e vou passar mal de novo.
 5. Acho que vou passar mal, como ontem.
 6. Se eu dormir, tudo vai passar.
 7. Será que irá ter muita gente lá?
 8. Toda vez que chego em lugar novo, será que posso passar mal?
 9. Estou sozinha no trânsito. E se eu passar mal aqui?
 10. Não conheço ninguém. Se tiver uma crise, ninguém irá me ajudar.
 11. Já tomei o remédio, se me der outra crise não poderei tomar outro.
 12. Dirigindo, medo de bater o carro.
 13. O remédio está demorando para fazer efeito, não vou melhorar.
 14. Acordei cedo e o remédio não faz efeito quando durmo pouco.
 15. Não posso ficar muito tempo em um lugar, pois posso passar mal.
 16. Tenho que ir embora logo, pois está anoitecendo e se tiver uma crise...
-

Tabela 2*PNA classificados com referência ao padrão cognitivo de distorção 'Generalização'*

1. Ter formigamento me faz pensar que estou tendo crises.
 2. Estou com dor de cabeça, será que é uma crise?
 3. Estou sentindo a mesma coisa que ontem, será que estou passando mal?
 4. Estou me sentindo como nas últimas vezes que tive a crise.
 5. Lembrei das outras crises. Agora, parece que estou sentindo igual.
 6. Parece que estou sentindo tudo de novo.
 7. Medo de sair de casa e passar mal.
 8. Medo de ir a algum lugar e passar mal.
 9. Não consigo entrar em um hospital que começo a passar mal, achar que tenho alguma doença.
 10. Hospital não traz boas recordações.
 11. Se alguém sente alguma coisa física, também começo a sentir.
 12. Se algo der errado com alguém, certamente comigo também dará.
-

Tabela 3*PNA classificados com referência ao padrão cognitivo de distorção 'Catastrofização'*

-
1. Sensação de que vou enfartar a qualquer momento.
 2. Que alguma dor que posso sentir pode ser algo mais sério.
 3. Há tempos que não sinto nada, quando tiver uma crise será pior.
 4. Estou com muita dor de cabeça, o que será que tenho?
 5. Minhas crises pioram quando fico pensando nelas.
 6. Medo de passar mal e não ter ninguém por perto.
 7. Está muito cheio.
 8. Lugar fechado pode faltar ar, ventilação.
 9. Dentro do banco, está tudo fechado e vai demorar. E se eu passar mal na fila?
 10. É tudo fechado aqui, e se faltar ar?
 11. Se o metrô parar, tudo estar fechado... faltará ar para eu respirar.
 12. Se eu tiver uma crise, as pessoas poderão achar que eu tenho uma doença contagiosa.
 13. Ir ao médico. E se ele falar que tenho algo muito grave?
 14. Está muito calor, será que estou passando mal?
 15. Está muito quente, está demorando e eu estou sozinha. E se eu passar mal.
-

Tabela 4*PNA classificados com referência ao padrão cognitivo de distorção 'Subestimação das próprias capacidades e super-estimação das situações externas'*

-
1. Acho que não consigo controlar meus pensamentos.
 2. Se eu sentir tudo de novo, acho que não vou agüentar.
 3. Se eu sair e passar mal, como iria voltar?
 4. Medo de ficar sozinha em um lugar e não ter a quem recorrer.
 5. E se eu passar mal perto de alguém que conheço? O que ela iria achar de mim?
 6. Não vou na festa, pois posso passar mal e todos irão ficar falando de mim.
 7. Estou assim porque Deus está me castigando.
-

Discussão

Conforme observado nas Tabelas de 1 a 4, uma análise geral dos pensamentos relatados pelos indivíduos avaliados permite inferir que esses são representativos dos padrões de pensamento no transtorno do pânico e, de modo geral, podem ser considerados como desencadeadores internos e/ou mantenedores de ataques de pânico. Estes caracterizam-se por cognições que, avaliadas negativamente pelo indivíduo, representam sinal de perigo iminente, culminando na antecipação de conseqüências negativas e instaurando um «efeito espiral» do pânico.

De fato, a participante classificada como com ansiedade média no BAI, apresentou uma predominância

de pensamentos do tipo Suposição (46%), enquanto a maioria dos pacientes com níveis graves de ansiedade por essa escala apresentaram predominância de pensamentos de Catastrofização (38%) e Subestimação (29%), respectivamente. Nesse sentido, entende-se que os dois últimos tipos de pensamento estão associados à quadros graves de ansiedade. Nesses casos, a ansiedade pode ser realmente incapacitante, tendendo a produzir sintomas de depressão comórbidos, uma vez que além de uma tendência a catastrofizar a maioria das situações, os pensamentos de subestimação tendem a gerar certa desesperança, já que a pessoa nunca se acha capaz de superar as situações que estão vivendo, quadros que,

segundo Beck et al. (1982), estão associados ao modelo cognitivo da depressão (Dattilio & Kendall, 2004; Beck & Alford, 2000; Beck et al., 1985). De fato, níveis altos de desesperança também estão associados à suicídio, o que merece grande atenção por profissionais. Nesses termos, novas investigações devem se ater na identificação e caracterização de pensamentos automáticos característicos de pacientes com níveis distintos de ansiedade, visando estabelecer uma hierarquia no cuidado com esse tipo de pensamentos em razão da gravidade do quadro, respeitando, portanto, suas particularidades (Beck & Alford, 2000; Beck et al., 1985).

Assim, uma alteração corporal pode ser interpretada erroneamente (como por exemplo, «*Ter formigamento me faz pensar que estou tendo crises*», «*Estou com dor de cabeça. Será que é uma crise?*», «*Acho que minha pressão está caindo e vou passar mal de novo*»). De acordo com uma tendência persistente do indivíduo de interpretar de modo distorcido e catastrófico suas sensações corporais, fechar-se-ia um ciclo que culminaria no ataque de pânico (Barlow, 1999). Neste sentido, a percepção das alterações corporais e a detecção e identificação dos pensamentos distorcidos constituiriam um fator importante também no tratamento do TP (Ito, 2001; Leahy & Holland, 2000; Leahy, 2002).

Alguns padrões de pensamento podem também ser eliciados a partir de eventos externos ou situações específicas às quais o paciente com TP pode estar exposto. Assim, o desencadeamento dos ataques não se limita às percepções de alterações interoceptivas, podendo emergir também como resultado da antecipação de conseqüências hipotizadas perante situações específicas (Beck et al., 1985), como por exemplo alguns PNA ilustram: «*Dentro do banco, está tudo fechado e vai demorar. E se eu passar mal na fila?*», «*Está muito cheio*» ou «*Não consigo entrar em um hospital que começo a passar mal, achar que tenho alguma doença*».

Ainda de acordo com as tabelas apresentadas anteriormente, pode-se perceber que alguns pensamentos são mais representativos de padrões de distorções cognitivas observado no TP, enquanto outros podem estar relacionados a características idiossincráticas dos indivíduos avaliados. Alguns PNA também podem estar

relacionados à comorbidades frequentemente observadas no TP, como por exemplo, «*Medo de sair de casa e passar mal*», «*Medo de passar mal e não ter ninguém por perto*» ou «*Será que irá ter muita gente lá?*», as quais são distorções cognitivas típicas da esQUIVA agorafóbica; outro padrão encontrado pode ser exemplificado com «*Se algo der errado com alguém, certamente comigo também dará*» ou «*Estou assim porque Deus está me castigando*», os quais constituem distorções cognitivas comuns nos transtornos depressivos, uma condição comumente observada em comorbidade ao TP (Bernik, 1999).

Tendo em vista os padrões de distorção cognitiva identificados, houve uma prevalência dos perfis 'Suposição' ou 'Falta de evidência', 'Generalização', 'Catastrofização' e 'Subestimação de si próprio e superestimação das situações externas'. A classificação dos PNA nestes distintos padrões de distorção foi realizada pelo primeiro autor deste artigo, psicólogo clínico com mais de 10 anos de experiência na área, sob respaldo da literatura. Tal categorização mostrou-se bastante plausível, uma vez que encontrou suporte na literatura no que tange ao modo como esses pacientes processam informações e interpretam estímulos, sejam eles ambientais ou interoceptivos e corporais (Beck & Alford, 2000; Beck et al., 1985; Dattilio & Kendall, 2004; Ito, 1998; Salkaskis & Clark, 1989). É pertinente destacar que em muitos casos, mais de uma distorção cognitiva pode estar presente em um PNA. Porém, didaticamente, aqui se optou pela categorização segundo a distorção mais proeminente.

Na Tabela 1 foram apresentados PNA cujo perfil de distorção cognitiva predominante é a 'Suposição' ou falta de evidência. Como se pode apreender destes pensamentos, estes pacientes tendem a basear suas interpretações de uma dada situação em previsões futuras ou adivinhações, supondo que uma dada situação ou acontecimento poderá desencadear uma crise ou causar-lhe algum dano. É possível que esses pensamentos levem a um aumento da ansiedade e a comportamentos de esQUIVA, limitando as atividades e relacionamentos interpessoais do paciente (por exemplo, «*Será que irá ter muita gente lá?*»).

A Tabela 2 agrupa PNA com distorções designadas como 'Generalização'. Verifica-se que o paciente tende a

interpretar qualquer fenômeno ou situação pontual e específica como indício de uma crise eminente ou ameaça. Desta forma, a generalização de alterações corporais pode levar o indivíduo a interpretá-las como início de um novo ataque (por exemplo, «*Ter formigamento me faz pensar que estou tendo crises*»). Analogamente, tal distorção pode significar ao indivíduo uma ameaça ou perigo iminente (por exemplo, «*Se algo der errado com alguém, certamente comigo também dará*»).

A distorção cognitiva referida como ‘*Catastrofização*’ e os PNA por ela caracterizados são apresentados na Tabela 3. Tais pensamentos refletem uma tendência em interpretar eventos (internos e externos) como ameaçadores e potencialmente perigosos, antecipando as conseqüências negativas e catastróficas advenientes destes. De fato, diversos autores discorrem sobre o papel da catastrofização na eliciação de ataques de pânico (Barlow, 1999; Rangé, 1995), a partir da interpretação errônea e catastrófica de estímulos ambientais ou sensações corporais, sendo essa um importante padrão de distorção cognitiva associada ao transtorno.

“*Subestimação de si próprio e super-estimação das situações externas*» e seus respectivos PNA, é a distorção cognitiva apresentada na Tabela 4. De modo geral, estes pensamentos refletem uma percepção exagerada de perigo ou ameaça combinada com a percepção diminuída de sua própria capacidade em lidar com eles. Ou seja, evidenciam uma avaliação do próprio indivíduo e de suas estratégias de enfrentamento como pouco eficazes ou insuficientes frente à magnitude dos eventos, em geral também distorcidos, percebidos como maiores do que realmente o são (por exemplo: «*Estou assim porque Deus está me castigando*»). Segundo Rangé (1995) esta distorção está no cerne dos transtornos de ansiedade.

Assim, a partir das amostras de PNA e evidenciando a predominância das distorções cognitivas ‘*Suposição*’, ‘*Generalização*’, ‘*Catastrofização*’ e ‘*Subestimação de si próprio e super-estimação das situações externas*’ no processamento cognitivo de pacientes com TP, pode-se dizer que estes pacientes, ao menos os constituintes da presente amostra, tendem a supor acontecimentos futuros (o que pode estar relacionado à esquiva agorafóbica) a partir de estímulos ou eventos que não respaldam tal

suposição; tendem também a generalizar acontecimentos restritos a determinadas situações ou pessoas a outras situações contingenciais e à si próprios. Além, estes pacientes interpretam de forma catastrófica eventos diversos, antecipando conseqüências negativas. Por fim, tais pacientes tendem a subestimar sua capacidade em lidar com situações diversas, ao mesmo tempo em que magnificam a (nem sempre real) ameaça oferecida pelo estímulo. Cabe citar que as distorções cognitivas relatadas e apresentadas nas tabelas corroboram o arcabouço teórico disponível sobre o tema (e.g. Barlow, 2000; Dattilio & Kendall, 2004; Ito, 2001; Rangé, 1995; Salkaskis & Clark, 1989; Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Por fim, vale ressaltar que o presente estudo apresentou algumas limitações, como o pequeno número de participantes e a ausência de procedimentos metodológicos mais rigorosos, como o julgamento das distorções proeminentes nos PNA por juízes experientes. Entretanto, considerando os dados obtidos, é possível concluir o objetivo da pesquisa foi atingido satisfatoriamente, de modo que o levantamento realizado poderá ser utilizado com fins didáticos, exemplificando e ilustrando os tipos de PNA e algumas das distorções cognitivas com as quais os profissionais ou futuros profissionais poderão se deparar frente aos seus pacientes. Como se mencionou na literatura, a TCC se vale destes pensamentos para minimizar sintomas de pânico e tratar os problemas decorrentes deles com bastante eficácia (Butler et al., 2006; Knapp & Beck, 2008). Neste sentido, estabelecer os principais pensamentos que ocorrem nestes pacientes, além de agregar e confirmar a literatura atual (já que não se identificou alguma categoria diferente das já evidenciadas na literatura), podem ser amplamente empregadas por profissionais para se tratar adequadamente este transtorno. Nesse contexto, espera-se que este trabalho possa contribuir não só no âmbito científico como profissional. Ademais, sugere-se que estudos posteriores busquem ampliar estes achados a fim de contextualizar e instrumentalizar profissionais da área de saúde mental, proporcionando o aprimoramento de técnicas utilizadas para a remissão dos sintomas e comprometimentos ocasionados pelo TP.

Referências

- Almeida-Filho, N., Mari, J. J., Coutinho, E., França, J. F., Fernandes, J., Andreoli, S. B. & Busnello, E. D. (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 171, 524-529.
- Associação Psiquiátrica Americana (2002). *DSM-IV-TR tm: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (C. Dornelles trad.). (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bandelow, B. (1995). Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia II: the panic and agoraphobia scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 10(2), 73-81.
- Barlow, D. H. (1999). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247-1263.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40 year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959.
- Beck, A. T. & Alford, B. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. RS: Artes Médicas.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1982). *Terapia cognitiva da depressão*. RJ: Zahar.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York, NY: Basic Books, Inc. Publishers.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Bernik, M. A. (1999). Ansiedade Normal e Patológica. Em M. A. Bernik (Org.), *Benzodiazepínicos* (pp. 59-67). São Paulo, SP: EDUSP.
- Breitholtz, E., Johansson, B. & Öst, L. G. (1999). Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients. A prospective approach. *Behavioral Research and Therapy*, 37, 533-544.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Caballo, V. E. & Vilchez, P. M. M. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8(2), 173-215.
- Chambless, D. I. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavioral Research and Therapy*, 24, 461-70.
- Craske, M. G., Golinelli, D., Stein, M. B., Roy-Byrne, P., Bystritsky, A. & Sherbourne, C. (2005). Does the addition of cognitive behavioral therapy improve panic disorder treatment outcome relative to medication alone in the primary-care setting?. *Psychological Medicine*, 35(11), 1645-1654.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck. Tradução e adaptação brasileira*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Dattilio, F. M. & Kendall, P. C. (2004). Transtorno do Pânico. Em F. M. Dattilio & A. Freeman (Org.), *Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Intervenção em Situações de Crise* (pp. 63-81). Porto Alegre: Artmed.
- Fishel, A. H. (1998). Nursing Management of Anxiety and Panic. *Nursing Clinics of North America*, 33(1), 135-151.
- Flannery-Schroeder, E. & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioural treatments for youth with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 251-278.
- Gentil, V., Lotufo-Neto, F. & Bernik, M. A. (1997). *Pânico, Fobias e Obsessões*. SP: EDUSP.
- Gonçalves, D. H. & Heldt, E. (2009). Transtorno de ansiedade na infância como preditor de psicopatologia em adultos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 533-541.
- Ito, L. M. (1998). *Terapia Cognitivo-Comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ito, L. M. (2001). Abordagem cognitivo-comportamental do TP. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28, 313-17.
- Ito, L. M. & Ramos, R. T. (2000). Escalas de avaliação clínica: TP. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 294-302.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kim, E. J., Lim, S. W. & Oh, K. S. (2009). Difference in Psychiatric Comorbidity of Panic Disorder According to Age of Onset. *Korean Journal of Biological Psychiatry*, 16(1), 37-45.
- King, A. L., Valença, A. M., Melo-Neto, V. L. & Nardi, A. E. (2007). A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: relato de caso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(4), 191-195.
- Knapp, P. & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), 54-64.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-191.
- Leahy, R. L. & Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.

* montieljm@hotmail.com

- Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V. & Otto, M. W. (2008). Cognitive-behavioral therapy in panic disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), S81-7.
- Mendlowicz, M. V. & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669-682.
- Norton, P. J. & Hope, D. A. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal Behavior Therapy and Experim Psychiatry*, 36, 79-97.
- Nunes, P. E. & Bueno, R. (2000). *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. São Paulo: Atheneu.
- Organização Mundial de Saúde - OMS (1993). *Classificação Internacional das Doenças. Classificação dos Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-10*. RS: Artes Médicas.
- Rangé, B. (1995). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos*. Campinas: Livro Pleno.
- Rangé, B. (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Salkaskis, P. M. & Clark, D. M. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University.
- Segal, Z. V., Williams, M. J. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Siev, J. & Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 513-22.
- Vianna, R. B. A. B., Campos, A. A. & Landeira-Fernandez, J. (2009). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(1), 46-61.
- Wells, A. (2000). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-95.

* Centro Universitário FIEO - UNIFIEO
** Centro Universitário FIEO - UNIFIEO
*** Universidade São Francisco - USF, Itatiba, Brasil.
**** Universidade Federal de Goiás - UFG / Catalão, Brasil.