

Tratamento do transtorno de pânico com terapia psicodramática de grupo

Treatment for panic disorder with psychodramatic group therapy

Albina R Torres, Maria Cristina P Lima e Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira

Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp. Botucatu, SP, Brasil

Resumo **Introdução/Objetivos:** Há poucos trabalhos publicados sobre psicoterapia grupal para pacientes com transtorno de pânico (TP); além disso, esses estudos geralmente são restritos a abordagens cognitivo-comportamentais. O objetivo deste trabalho é relatar uma experiência de atendimento psicoterápico psicodramático grupal para portadores de TP, iniciada em 1996 na Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp, e discutir aspectos psicodinâmicos desse transtorno.

Métodos: Atende-se uma média de oito a dez pacientes em sessões mensais de duas horas de duração, nas quais se utilizam técnicas psicodramáticas. O uso associado de psicofármacos é a regra. A temática é aberta, centrando-se tanto em aspectos próprios do TP (sintomas mais comuns; peregrinação em serviços médicos até o diagnóstico; preocupações hipocondríacas; limitações e dependência; reações dos familiares; estratégias de exposição e enfrentamento; efeitos e reações dos medicamentos) quanto em problemas individuais específicos.

Resultados: A abordagem psicodramática favorece a identificação e a elaboração de aspectos psicodinâmicos. Entre estes, destacaram-se os sentimentos de desamparo e seus desdobramentos: insegurança; fragilidade e medo; raiva e culpa; sentimentos de desamor e rejeição; vergonha e inferioridade; isolamento e dificuldade de pedir ajuda; dificuldade de identificar e de expressar sentimentos – manifestados somaticamente –; e dificuldade de assumir o papel de “cuidador” e outras responsabilidades.

Conclusões: Aspectos valiosos para o tratamento do TP, como apoio mútuo, companheirismo, confiança, modelo e estímulo, são favorecidos pelo contexto grupal homogêneo. O compartilhar de experiências e sofrimentos comuns propiciou rápida coesão e suporte grupal, melhora da capacidade de expressar sentimentos e da auto-estima e o aprimoramento de papéis sociais. Além da melhora dos sintomas, possibilitou-se a melhor compreensão e elaboração destes, que passam a ser integrados significativamente no contexto existencial.

Descritores Transtorno de pânico. Tratamento. Psicoterapia. Psicoterapia grupal. Psicodrama. Modelo psicodinâmico.

Abstract **Introduction:** There are few published articles on group psychotherapy for patients with panic disorder (PD) and usually they are restricted to the cognitive-behavioral approach.

Objective: To describe an experience of group psychodramatic therapy for PD patients, started in 1996 at Botucatu Medical School – UNESP, and discuss psychodynamic aspects of the panic disorder.

Methods: Two-hour monthly psychodramatic sessions, with an average of 8 to 10 patients were carried out. The patients were usually receiving concomitantly psychopharmacological treatment. The subjects to be discussed were freely chosen, ranging from issues directly related to PD (most common symptoms, hurdles to get to a diagnosis, hypochondriac concerns, limitations and dependency, family reactions, strategies of exposure and coping, and effects of drug treatment) to individual conflicts and problems.

Results: The psychodramatic approach favors the identification and elaboration of psychodynamic aspects. The most common feelings observed were helplessness and other related ones, such as: insecurity; vulnerability and fear; anger and guilt; isolation and difficulty in identifying and expressing emotions (which manifested physically); and difficulty in assuming the role of caretaker and other responsibilities.

Conclusions: Valuable aspects for the treatment of PD, such as mutual support, partnership, confidence, modeling and encouragement, are favored in a group setting, where sharing experiences and sufferings helped to improve

the participants' self-esteem, their ability to express emotions and to play different social roles. Besides the clinical improvement, the symptoms could be better understood and elaborated, and meaningfully integrated into their life context.

Keywords Panic disorder. Treatment. Psychotherapy. Psychotherapy, group. Psychodrama. Psychodynamic model.

Introdução

O transtorno de pânico (TP) é um quadro com prevalência, ao longo da vida, estimada em torno de 3,5% na população geral. Acomete mais adultos jovens, com pico de prevalência entre 25 e 44 anos de idade, sendo aproximadamente duas vezes mais freqüente no sexo feminino.¹ Caracteriza-se pela ocorrência repetida de crises autolimitadas de pânico, com duração média de 10 a 20 minutos. São episódios súbitos e intensos de medo, com múltiplos sintomas físicos e psíquicos, principalmente: taquicardia; dor no peito; sudorese; falta de ar; tremores; tonturas; náuseas; ondas de frio e calor; despersonalização; desrealização; medo de desmaiar, de perder o controle e de morrer.

A imprevisibilidade dos sintomas, extremamente desagradáveis e ameaçadores, habitualmente gera ansiedade antecipatória, comportamentos de esquiva de múltiplas situações e dependência de outras pessoas, situações que podem ser muito limitantes (agorafobia). Outras conseqüências comuns são: sintomas depressivos, hipocondríacos e abuso de álcool ou tranqüilizantes. Assim, trata-se de uma doença potencialmente causadora de prejuízos sociais e ocupacionais relevantes, pelas limitações de atividades diárias e de papéis sociais, associada também a maior uso de serviços de saúde. Sendo um quadro crônico e recorrente, o tratamento de manutenção é necessário para muitos pacientes, por vezes também em função de sintomas residuais.²

O tratamento farmacológico do TP está bem estabelecido, havendo vários psicofármacos (antidepressivos e ansiolíticos) bastante eficazes no controle das crises de pânico. Entretanto, a simples eliminação das crises não garante o bem estar global do paciente, uma vez que o "medo do medo" (agorafobia) e outras complicações podem persistir por longo tempo.²

Na verdade, nos últimos anos, os esforços terapêuticos têm se centrado na abordagem psicofarmacológica, e se tem publicado bem menos a respeito dos aspectos psicodinâmicos³⁻⁵ e de abordagens psicoterápicas do TP.⁶⁻¹⁰ A maioria dos trabalhos nessa área restringe-se a técnicas cognitivo-comportamentais,¹¹⁻¹⁴ por vezes associadas à farmacoterapia¹⁵⁻¹⁷ e raramente ao modelo grupal de atendimento psicoterápico.¹⁸⁻²⁰ Em revisão da literatura dos últimos anos, encontraram-se poucos artigos^{8,10,21,22} relatando a eficácia da abordagem psicodinâmica no TP.

Alguns autores^{5,23} alertam para o fato de que teorias e tratamentos neurofisiológicos e cognitivo-comportamentais deixam questões não respondidas (p. ex.: traços mal-adaptativos que precedem o início) e problemas terapêuticos (p. ex.: pacientes que não respondem ou que recaem; sintomas residuais), por seu enfoque apenas sintomatológico, ignorando aspectos psicossociais não relacionados especificamente aos sintomas.

Como outros pesquisadores,^{24,25} destacam que eventos vitais relacionados a perda, rejeição, mudanças, novas responsabilidades ou aumento de expectativas que exijam comportamentos mais independentes, freqüentemente antecedem o início do transtorno. Tais aspectos estressantes estimulariam a expressão da anormalidade neurofisiológica de base, sugerindo que variáveis psicológicas são cruciais na mediação entre os eventos externos e a instalação do quadro. Fundamental também seria a compreensão do significado pessoal dos eventos, ou seja, por que certo evento foi tão desestabilizador para determinado indivíduo.

Conforme salientou Carezzato,²⁶ talvez a própria eficácia da medicação no controle dos sintomas, aliada à dramaticidade das crises, tenha levado a tratamentos que excluem a elaboração dos aspectos psicodinâmicos envolvidos. No Brasil, exceções são o trabalho de Pereira,²⁷ que aborda questões psicodinâmicas relacionadas ao transtorno pelo prisma psicanalítico, e os de Carezzato²⁶ e Gheller,²⁸ com base na teoria psicodramática.

Se já são relativamente poucos os estudos e relatos sobre psicoterapias não cognitivo-comportamentais no TP, mais raras ainda são as publicações sobre psicoterapia de grupo. Destacar-se-ia o trabalho de Navarro et al.,²⁹ que traz um relato de experiência na área e uma proposta terapêutica interessante, de linha psicodramática.

Objetivos

1. Descrever a experiência de quatro anos de atendimento psicoterápico psicodramático grupal para portadores de TP de um hospital universitário.
2. Revisar e discutir aspectos psicodinâmicos do TP.

Métodos

O atendimento psicoterápico grupal descrito no presente trabalho teve início em setembro de 1996 na FMB/Unesp. Destina-se a adultos de ambos os sexos, portadores de TP, segundo critérios diagnósticos do DSM-IV.³⁰ As sessões têm duas horas de duração e são mensais, uma vez que a maioria dos pacientes vem de outras regiões do estado.³¹ O número de participantes varia de 6 a 12 (média: 9); a temática é aberta; utilizam-se técnicas psicodramáticas, e residentes participam como observadores ou egos-auxiliares (função didática).

Desde o início, cerca de 25 pacientes já foram atendidos (houve altas, abandonos e reencaminhamentos para acompanhamento individual).

As prescrições medicamentosas e os ajustes de doses são feitos pelo docente e por residentes após as sessões. Exceto quando há contra-indicação, ou já se completou o esquema re-

gressivo, todos fazem uso de algum psicofármaco, em geral antidepressivo.

Aspectos inerentes ao TP são bastante discutidos, como: os sintomas mais comuns nas crises e as formas de reação; a habitual “peregrinação” por serviços de saúde e o contato com diversos especialistas até conseguir o diagnóstico; as preocupações hipocondríacas; as limitações e o sofrimento associados (ansiedade antecipatória, vergonha, diminuição da auto-estima); a dependência em relação aos outros; as reações dos familiares etc. Questões sobre a evolução e o tratamento são também trazidas sistematicamente, como tempo de uso e efeitos colaterais dos medicamentos e medo de possíveis recaídas. Discutem-se, de forma assistemática, aspectos cognitivos e comportamentais específicos (pensamentos catastróficos e situações habitualmente evitadas) e estratégias de *coping* (reestruturação cognitiva e estímulo a exposição/enfrentamento de situações temidas).

O compartilhar de vivências semelhantes desde o início vem fortalecendo a coesão grupal e possibilitando apoio, cumplicidade, modelação e estímulo entre os participantes. Com o rápido entrosamento e a construção de um espaço terapêutico considerado confiável e não-ameaçador, problemas pessoais passaram a ser relatados, permitindo o aprofundamento de aspectos psicodinâmicos individuais, a partir dos conteúdos trazidos espontaneamente pelos participantes. Um processo de aprendizado de identificação e expressão das emoções subjacentes aos sintomas, assim como de discriminação de situações ansiogênicas ou geradoras de conflito, vem se dando de forma gradativa, mas sistemática, favorecido pelo contexto grupal.

Já tendo sido realizadas aproximadamente 40 sessões até o momento, apresenta-se a seguir uma súmula de algumas delas, para exemplificar o trabalho desenvolvido. Cabe ressaltar que, mesmo tendo a dramatização como o principal recurso terapêutico, ela não é utilizada necessariamente em todas as sessões, mas conforme o tema emergente e o protagonista exijam.

Exemplos de sessões

1) Numa das primeiras sessões, foi solicitado aos participantes que escolhessem um objeto pessoal para simbolizar a si mesmos e que os colocassem no centro da sala. A seguir foi proposta a troca dos objetos entre eles, discutindo-se depois o motivo das escolhas. Um deles escolheu para simbolizá-lo a carteira de identidade, dizendo que não suportaria ser confundido com um bandido ou que desconfiasse de sua honestidade, por já ter vivenciado e sofrido muito com esse tipo de situação. Na troca, a paciente que escolheu a carteira de identidade o fez alegando que, desde que as crises de pânico começaram, ela mudou muito, deixando de ser independente e mal se reconhecendo nas atitudes que atualmente tomava.

As chaves do carro foram escolhidas por dois participantes, por representarem a garantia de poder chegar a um serviço médico em caso de crise. Na seqüência, foram escolhidas por um outro por ter como maior desejo poder voltar a viajar sozinho, o que fazia com prazer e tranquilidade antes do início do quadro.

Enquanto uma escolheu o batom, por ser muito vaidosa, ou-

tro escolheu o boné, exatamente por não sê-lo e, assim, não precisar pentear-se. Uma outra escolheu a aliança de casamento, pois o marido era uma figura de apoio central em sua vida. Outro paciente, ao justificar a não escolha do anel, relatou que já havia tido crises de pânico ao colocar a aliança, preferindo não usá-la mesmo contrariando sua esposa.

Uma pequena bolsa com remédios (BDZ, analgésico, antiácido, xarope, pomada *vick*) foi trocada por um frasco de água benta de outro paciente, ambos referidos como garantias de segurança.

A vivência permitiu conhecer experiências importantes e características do funcionamento psicológico de cada um, contribuindo para o psicodiagnóstico, e possibilitou a identificação entre os membros do grupo.

2) Pelo relato de “pavor da morte” trazido por um paciente que havia tido uma intensa crise de pânico no dia anterior, tentou-se explorar qual aspecto da morte ameaçava mais cada um dos participantes. Para isso foi proposta uma vivência dramática em que cada um poderia fazer uma única pergunta para alguém que já tivesse morrido (ego-auxiliar). Algumas perguntas e respostas (obtidas dos próprios pacientes, por inversão de papel) foram:

P) “Após a morte, vou rever pessoas queridas?”

R) “Não” (pergunta feita por um paciente que tem dificuldade de expressar afeto e que se considera uma pessoa fria e egoísta).

P) “Vou ser lembrada para sempre?”

R) “Não” (paciente com características histriônicas de personalidade).

P) “Na hora da morte a dor é muito forte, é insuportável?”

R) “Sim” (paciente que, aos 13 anos, sofreu muito sozinha ao dar à luz ao seu primeiro filho, sem apoio nem conhecimentos mínimos sobre o parto).

P) “Na hora da morte, sente-se muita falta de ar, sufocação?”

R) “Sim” (paciente que havia sofrido uma agressão na adolescência, em que um ex-namorado tentou estrangulá-la).

Novamente a dramatização permitiu a rápida identificação de vivências e valores individuais relevantes.

3) No início do grupo, uma paciente afirmou que estava se sentindo em casa como um naufrago, sozinha, em uma ilha. Solicitou-se então que os outros membros montassem uma cena própria, envolvendo um cenário semelhante.

Um deles colocou-se sozinho num barco bem pequeno, tendo de remar com as próprias mãos até a ilha. Lá chegando, imaginou um lugar aprazível (clima bom, flores, árvores frutíferas e pessoas). Trata-se de um paciente, atualmente casado e feliz com sua família, que perdeu a mãe muito pequeno, sofreu com o pai alcoolista e com os irmãos mais velhos.

Outro paciente imaginou um navio que rebocava um barco pequeno, onde ele estava sozinho. Dizia que o navio não era o seu lugar, não se sentiria bem nele. Na verdade, trouxe um sentimento muito antigo de inferioridade em relação a outras pessoas, por ter uma estatura muito baixa e ter sempre se sentido rejeitado pela mãe.

Uma outra paciente imaginou dois navios próximos, de onde saltaram duas pessoas que começaram a nadar lado a lado em

direção a uma ilha avistada. Quando um se cansava, o outro apoiava, e vice-versa. Trata-se de uma paciente com sérios problemas de aceitação na família de origem, que tem um relacionamento afetivo satisfatório com um namorado (de família também muito conflituosa), com quem está tentando garantir as mínimas condições financeiras para morarem juntos.

A montagem das cenas concretizou sentimentos de desamor e desamparo e conflitos entre dependência/independência, possibilitando abordá-los individualmente.

4) Após os primeiros comentários sobre as preocupações atuais de cada um, o grupo mostrou-se bastante mobilizado com uma situação trazida por uma das pacientes, que estava extremamente penalizada em relação a uma sobrinha de 9 anos, filha de seu irmão (alcoologista), que estaria sofrendo maus tratos em casa. Tendo sabido do fato indiretamente, angustiara-se muito e não sabia como agir. Foi então dramatizada uma cena de uma criança sendo agredida por um adulto enquanto outro procurava defendê-la. Pediu-se que tais papéis fossem sucessivamente experimentados por todos os participantes. Alguns não conseguiram entrar em determinados papéis pela alta carga emocional que geravam e por uma identificação maciça com o agressor e/ou agredido, despertando particularmente sentimentos de impotência e culpa. Alguns relataram vivências de muito sofrimento, como agressões físicas na infância, exigências excessivas e precoces, em geral na ausência de uma figura “protetora” eficiente, sentindo-se indefesos e vulneráveis. Outros relataram algumas vezes a própria falta de controle da agressividade, direcionada principalmente aos filhos. Pode-se discutir a coexistência de lados “bons e ruins”, “fortes e fracos”, em cada um.

Resultados

Neste trabalho assistencial, têm-se constatado, como principais aspectos psicodinâmicos trazidos pelos pacientes, vivências e/ou sentimentos de desamparo/desproteção, já relatados por muitos autores, e uma série de desdobramentos dos mesmos (Figura).



Figura - Sentimentos, e seus desdobramentos, identificados pelos terapeutas.

Discussão

Toda pesquisa mais recente sobre o tratamento do TP tem sido fortemente influenciada pelos modelos neurobiológico e cognitivo-comportamental, sendo as abordagens psicodinâmicas em geral consideradas pouco úteis no alívio sintomatológico.^{7,10,23,28} Para Ballenger,⁶ o fato de o desenvolvimento de teorias biológicas, cognitivas, comportamentais e psicodinâmicas para o TP ocorrer de forma muito independente estaria acarretando a falsa suposição de que elas sejam contraditórias entre si. O grande desafio seria conseguir incorporar os avanços recentes da neurobiologia sem perder o equilíbrio, sem cair na distorção de ser contra outras abordagens que podem ser consideradas “não-científicas” ou “fora de moda”. O conhecimento estaria tendendo à compartimentalização nos campos biológico, psicossocial e psicodinâmico, em função dos enfoques mais específicos (inevitáveis e compreensíveis) dos processos de pesquisa e não pela natureza do problema clínico em si.⁶

Diferentes abordagens seriam apenas formas diferenciadas de olhar para problema tão complexo, que uma única dimensão certamente não consegue abarcar. Os próprios estímulos “panicogênicos” são de múltiplas naturezas, como fisiológica (cafeína, lactato etc.), comportamental (lugares fechados, multidões), cognitiva (pensamentos de estar tendo um infarto, morrendo) e psicológica (vergonha, raiva, sensação de perda de controle etc.). Assim, haveria uma hipersensibilidade ou vulnerabilidade maior e uma hiperreatividade a vários tipos de estímulos influenciada por múltiplos fatores, inclusive genéticos e vivenciais. Tanto tratamentos de base farmacológica quanto cognitiva, comportamental ou psicodinâmica poderiam, por diferentes vias, agir para a diminuição dessa hipersensibilidade, desse sistema de alarme cerebral hiperativo.^{5,6,23}

Segundo Bush et al,²³ o próprio sucesso dos tratamentos cognitivo-comportamentais indica que a vertente psicológica isoladamente pode modificar a ocorrência de um quadro de base neurofisiológica, cuja manifestação depende também da interpretação catastrófica dos sintomas. Na verdade, diversas abordagens são úteis e funcionam, pelo menos parcialmente, no TP, inclusive fornecer informações e ministrar placebos.²³ Shear et al⁸ compararam o resultado de doze sessões de terapia cognitivo-comportamental ou de uma abordagem aberta em dois grupos de pessoas com TP (após três sessões iniciais educativas para ambos) e obtiveram respostas equivalentes e altamente favoráveis na remissão dos ataques e sintomas associados que persistiram num seguimento de seis meses. Tais achados não sustentam a especificidade de técnicas cognitivas ou comportamentais no bloqueio das crises.

Shear & Weiner¹⁰ descreveram uma forma de psicoterapia não-diretiva que denominaram de “tratamento focado na emoção”. Consiste numa abordagem não-sintomática e aberta, desenvolvida em seis etapas, que tem como aspectos educativos básicos: refletir sobre a emoção primária (pânico); incentivar a memória da cena na qual ocorreu a reação; descrever detalhadamente o estímulo e a qualidade da emoção experimentada; identificar os significados idiossincráticos dos estí-

mulos (particularmente medo de abandono, de aprisionamento ou controle interpessoal) e familiaridade ou repetitividade do padrão de resposta; explorar a generalização do paradigma estímulo-resposta, considerando sua importância; e explorar maneiras de lidar com a resposta emocional. Note-se que o retorno imaginário à cena em que ocorreu o ataque, como propõem os autores,¹⁰ é concretizado nessa experiência pela dramatização, possibilitando a busca do significado pessoal do estímulo, e se este remete a outras situações vivenciais ou relações pessoais relevantes, na busca de uma integração significativa dos sintomas.

Roth³² também afirma que os sinais e sintomas obtidos pelo exame do estado atual não constituem a doença como um todo, devendo-se considerar sempre o contexto do desenvolvimento individual, dos relacionamentos, ajustamentos e da personalidade do paciente. Os medicamentos e as técnicas cognitivo-comportamentais, mesmo aliviando ou eliminando os sintomas, raramente conduziriam à recuperação completa. Como outros autores,²³⁻²⁵ cita trabalhos que apontam com frequência situações estressantes antecedendo o início do quadro e sintomas fóbicos já na infância. Ressalta que a psiquiatria “sem mente”, o admirável mundo novo neurobiológico que vem sendo anunciado, é improvável de se materializar.³²

Para Shear,⁹ uma abordagem puramente neurobiológica seria reducionista exatamente por não situar tal reação ansiosa patológica no contexto mais amplo de vida do paciente, em que as experiências também têm seu papel patogênico. Como outros pesquisadores,^{5,23} alerta para que não se aceite a alegação freqüente de que o pânico ocorre “do nada”, já que a exploração cuidadosa pode revelar informações importantes na compreensão dos sintomas, em geral relacionados a vivências ou percepções de ameaças em relacionamentos significativos. Em outro estudo,⁷ afirma que a psicoterapia psicodinâmica pode ter efeitos antipânico diretos, aliviar sintomas residuais e proteger contra futuras recaídas.

Gheller²⁸ considera igualmente que, sem uma compreensão e abordagem psicodinâmicas, os profissionais atuarão de forma incompleta no que tange às reais necessidades dos pacientes. Um bom tratamento deveria implicar não apenas a resolução dos sintomas mas também a melhora dos fatores de vulnerabilidade que parecem ser centrais nos diferentes transtornos.^{2,7}

Para esse autor,²⁸ indivíduos com TP seriam dependentes, evitadores, medrosos e pouco assertivos, e a instalação do quadro exarcebaria tais características, que persistiriam após a melhora sintomatológica. Estudando 20 portadores de TP com agorafobia, Fava et al³³ encontraram comportamentos de dependência e esquiva, sintomas ansiosos, agorafóbicos ou hipocôndriacos, antecedendo o primeiro ataque, em 90% deles, caracterizando um período prodrômico já sintomático. Fava & Mangelli² também enfatizam a freqüente ocorrência e a possível relação entre sintomas subclínicos prodrômicos e residuais (apesar de tratamentos bem-sucedidos) no TP. Consideram esta uma questão importante, que influi no prognóstico, porém muito negligenciada na prática clínica. Afirmando que os ataques aparentemente espontâneos são a culminação de anos de esquiva

em função de diversos medos, freqüentemente muito racionalizados e desconsiderados pelo paciente.²

Do ponto de vista psicodinâmico, autores^{5,6} destacam a provável importância da falta de um relacionamento adequado da criança com a figura materna (capaz de acalmá-la afetiva e fisiologicamente em diversas situações), que deveria ser aos poucos internalizada, podendo a função reguladora se manter mesmo na ausência dela. Sabe-se, por exemplo, que a simples presença de uma companhia de confiança pode evitar crises de pânico em uma situação ansiogênica.⁹ Assim, a relação do portador do TP com o psicoterapeuta deveria objetivar o desenvolvimento dessa função auto-reguladora, sendo pautada no apoio e na confiança, visando a substituição pelo terapeuta dessa figura ausente, a ser introjetada.⁶

Segundo Shear,⁹ a história moderna do TP começa com a Teoria do Apego, de John Bowlby,³⁴ evidenciada pela ansiedade de separação. A relação mãe-filho seria um protótipo para o apego na vida futura e a base para o desenvolvimento de um sentido de controle e previsibilidade, como também já descreveu Seligman,³⁵ referindo-se aos efeitos do desamparo na personalidade adulta. Assim, pode-se falar em um transtorno de “apego ansioso”²⁵ causado por padrões familiares inadequados de interação (incerteza quanto à disponibilidade da figura de apego) que poderiam ter conseqüências duradouras, até do ponto de vista neurobiológico (em primatas, a função materna mostrou-se importante no desenvolvimento da capacidade de organizar respostas a estressores e no próprio desenvolvimento de sistemas de neurotransmissão).⁹ A teoria do apego de Bowlby teria unido as perspectivas etológicas e psicanalíticas, biológicas e psicossociais, reafirmando a mente como uma função biológica.²³

Para Torgersen,³⁶ ansiedade crônica na infância é mais comum em pessoas que desenvolvem TP do que transtorno de ansiedade generalizada. Pollack et al³⁷ encontraram altos índices (54%) de transtornos de ansiedade em crianças e uma relação positiva com gravidade da esquiva em adultos com TP. Klein & Marks^{apud,4,23} também descreveram nesses pacientes o predomínio, já na infância, de manifestações de medo e dependência, ansiedade de separação e dificuldade de adaptação escolar, envolvendo inibição comportamental e manifestações autonômicas em situações não-familiares. Tais características são semelhantes às de vários pacientes do grupo descrito neste trabalho, e a técnica utilizada vem permitindo que estas sejam identificadas, interpretadas e elaboradas.

Gueller²⁸ abordou a questão psicodinâmica do TP utilizando a teoria psicodramática. Destacou que a Teoria do Apego de Bowlby³⁴ é muito próxima aos conceitos do psicodrama, criado por Moreno.³⁸ Sendo o bebê frágil e indefeso, necessita da mãe para supri-lo em suas necessidades básicas. Ambos vivem papéis complementares, em que idealmente o adulto forte e sábio estaria sempre disponível e criando condições facilitadoras para que a criança ganhe autonomia aos poucos, a partir dessa base segura. Tal conceito corresponderia, no psicodrama, ao de ego-auxiliar (extensão necessária do ego que deve ser fornecida por uma pessoa substituta), como um “duplo ideal” na fase primária. As figuras importantes de ligação constituiriam a matriz de identidade (“placenta social” da cri-

ança).³⁸ Se boas relações são internalizadas, o indivíduo poderá exercer sua espontaneidade e criatividade com um desempenho mais fluente de seus papéis sociais e estará mais apto para relações interpessoais tóxicas (pautadas no conhecimento real do outro, na dupla empatia). Caso contrário, sofreria por não conseguir desempenhar os papéis de que gostaria, mas para os quais se sente impotente e temeroso. A crise de pânico seria, assim, causada pelo medo de enfrentar a vida sem a ajuda do ego-auxiliar ideal, gerando o desejo de retornar à condição protegida da matriz de identidade. A dramatização de cenas, como proposto, permitiria fazer o protagonista voltar a situações antigas mais próximas do conflito; em geral, vivências relacionadas à angústia de separação (abandono, rejeição, ausência, morte ou omissão) de uma figura relevante da matriz de identidade. O contexto da relação mãe-filho seria comparável à relação sujeito-ego-auxiliar da situação psicodramática.

Shear et al⁷ destacaram os seguintes aspectos comuns em pacientes com TP: 1) haviam sido crianças nervosas, medrosas ou tímidas; 2) descreviam os pais como bravos, críticos e controladores; 3) sentiam-se mal em situações de agressividade; 4) apresentavam sentimentos crônicos de baixa auto-estima; 5) descreviam os cônjuges como bons e passivos; e 6) relatavam estressores relacionados a mágoa e frustração precedendo o início do quadro. Para esses autores,⁷ haveria uma irritabilidade neurofisiológica inata, que predisporia ao medo e à timidez precoces que, se exacerbados por relações objetivas perturbadas (incapazes de modular esses aspectos), aumentariam o conflito entre dependência e independência, gerando sentimentos de estar preso, sem saída ou sozinho e sem ajuda. Haveria uma representação de fraqueza do “*self*”, contraposta a uma representação poderosa dos outros. A esquiva de situações pouco familiares daria poucas oportunidades de aprendizado de estratégias adaptativas e de enfrentamento. Então, fantasias catastróficas de perigo (conscientes ou não), em geral associadas a algum afeto negativo (ansiedade, culpa, vergonha, raiva), desencadeariam respostas de pânico sucessivas, num círculo vicioso.

Segundo Bush,³⁹ esse estado de dependência ansiosa geraria raiva na criança, diante do comportamento parental (real ou percebido) de rejeição ou amedrontamento, seguida de culpa. O medo da perda se associaria ao medo da expressão da raiva e de outros sentimentos e, talvez por mecanismos projetivos, à percepção dos pais como ainda mais rejeitadores, o que aumentaria a ansiedade de separação. Num jogo de palavras em inglês, afirma que tais pacientes, em situações de conflito, tendem a se afastar (*flight*) em função da dificuldade de lidar com a raiva, de lutar (*fight*).

Como mecanismos de defesa mais comuns nessas pessoas, Pollock & Andrews^{apud.5} destacaram deslocamento, somatização e formação reativa. Já Bush et al⁴ encontraram mais formação reativa e anulação, relacionando-as principalmente à dificuldade de tolerar sentimentos de raiva. Mesmo não sendo específicos do pânico, tais mecanismos evitariam os afetos negativos que ameaçam a relação com figuras de apego. Para Free et al,³ além da ansiedade de separação, a hostilidade encoberta seria muito comum. Nas sessões exemplificadas nes-

te artigo e em inúmeras outras, freqüentemente também observam-se dificuldades de lidar com a agressividade e conflitos relacionados à independência/dependência.

Diversos autores^{5,10,40} consideram comum nesses pacientes a alexitimia: dificuldade em reconhecer e verbalizar sentimentos, pobreza de imaginação/fantasia e pensamento e fala concretos e muito ligados a eventos externos. Para eles, a constrição emocional evitaria sensações fisiológicas que acompanham as emoções negativas e que poderiam desencadear a crise. A dificuldade estaria em determinar se tais características – também presentes em pessoas com transtornos psicossomáticos, abuso de substâncias e estresse pós-traumático – precedem ou são consequência do TP.

Para Pereira,²⁷ o desamparo seria realmente um aspecto central nesses pacientes, mas o pânico representaria apenas uma das formas de relação do sujeito com seu próprio desamparo (condição fundamental da existência humana), entre inúmeras outras que poderiam ter sido desenvolvidas. Constituiria uma estratégia singular e terrificante de presentificar “o pior”, mimetizar a experiência do morrer. Ocorreria em casos em que a garantia simbólica fornecida pelo adulto onipotente à criança nunca tenha sido dada ou tenha faltado muito precocemente, antes de que ela pudesse subjetivar sua ausência. Mesmo conseguindo levar satisfatoriamente a vida até a instalação do quadro, e considerando as crises totalmente inexplicáveis e espontâneas, alguns eventos marcantes costumariam preceder os sintomas – particularmente alguma perda inesperada –, significando uma revelação do caráter incerto, imprevisível e ameaçador do mundo. Entraria em contato com sua fragilidade, com o fato de que não há garantias e de que ninguém pode protegê-lo. Situações favoráveis anteriores dispensariam-no de elaborar subjetivamente essa ausência de um protetor absoluto, mantendo-o num equilíbrio frágil.

Destaca esse autor²⁷ que, em seu desespero, o paciente parece implorar por garantias, proteção e afeto não de outro ser humano, mas de alguma instância divina e transcendental capaz de libertá-lo da terrível vivência de morrer. Por não ser psicótico, ele não se iludiria quanto aos limites reais do poder de seu protetor, mantendo um resto de angústia mesmo na presença do acompanhante – sua muleta imperfeita, mas indispensável. Quando procura o terapeuta, buscaria alívio, apoio e cura, não vendo habitualmente qualquer implicação de sua subjetividade no aparecimento dos sintomas. Nesse sentido, discursos pragmáticos pautados apenas no caráter orgânico do quadro responderiam diretamente a essa sua demanda mais urgente: médico e remédio passando a encarnar o protetor onipotente tão desejado. Portanto, qualquer tratamento que tenda a excluir a implicação do sujeito em seus próprios sintomas proporcionaria um alívio em curto prazo, ao preço de uma acentuação da alienação e da dependência.

Considerações finais

Tem-se observado no processo terapêutico, conforme já destacaram outros autores,^{26,27} além da dificuldade inicial de os pacientes aprofundarem qualquer emoção, uma tendência a enxergar o outro (inclusive o psicoterapeuta) como alguém que

quase magicamente lhe dará a segurança não encontrada em si. A atitude mais desejável do terapeuta seria, portanto, uma combinação de confiança e reassuramento, com uma clara delegação de controle para o paciente, além do estímulo ao desenvolvimento de expectativas e metas pessoais realísticas.⁹

Nesse sentido, a utilização de técnicas psicodramáticas, e não de uma abordagem exclusivamente verbal, possibilita a quebra de algumas defesas e o reconhecimento dos sentimentos envolvidos em situações específicas, em um tempo relativamente pequeno. O atendimento em grupo, por sua vez, favorece a melhora da autoconfiança e da auto-estima, da capacidade de expressar sentimentos e de assumir o papel de “cuidador”. Além disso, no contexto grupal, o terapeuta tem seu poder e sua suposta onipotência “diluídos”, uma vez que todos os membros passam a ser, potencialmente, agentes do processo terapêutico, o que, de alguma forma, estimula a desejável independência dos pacientes em relação ao terapeuta.

Por não ter sido testada empiricamente, a abordagem psicodinâmica não é aceita como uma terapêutica padrão no TP.⁷ Entretanto, é de se supor que os resultados das diversas abordagens terapêuticas (farmacológicas, cognitivas, comportamentais e psicodinâmicas) sejam aditivos, sendo, entretanto, necessários mais estudos para que se tenha um conhecimento mais preciso sobre a eficácia, a contribuição e os méritos relativos de cada uma delas.^{6,23}

Observa-se que a terapia de fato ajuda na conexão significativa entre os fatos vividos ou as fantasias e os episódios de pânico. Considera-se também fundamental valorizar a subjetividade

do indivíduo, não apenas a importância da história de vida descrita em seus aspectos objetivos, mas aquela construída a partir de vivências subjetivas.^{5,23}

Os autores do presente estudo estão de acordo com outros autores^{23,39} quanto a ser ideal, nesses casos, uma combinação das abordagens neurofisiológica, cognitivo-comportamental e psicodinâmica, pois a última melhoraria o sentido de apego inadequado e a intolerância à raiva, diminuindo a vulnerabilidade ao pânico via reorganização da personalidade. O sintoma funcionaria como um aliado, ajudando na descoberta da natureza do medo subjacente. Porém, é fundamental que se desenvolvam estudos sistemáticos para que se delimite qual combinação de tratamentos é melhor em cada caso e quando abordagens psicodinâmicas isoladas podem produzir as alterações orgânicas necessárias para efetivamente tratar o TP. As pessoas são muito heterogêneas, têm diferentes histórias de vida, organizações de personalidade, objetivos de tratamento e capacidade para aproveitar os vários tratamentos disponíveis.^{5,8,39} A rota para a recuperação certamente não passa apenas pelo alívio dos aspectos negativos mas também pela criação de fatores positivos que diminuam a vulnerabilidade aos sintomas.²

Agradecimento

Ao Miguel Perez Navarro que, como supervisor ao longo desses anos, soube ao mesmo tempo nos apoiar e nos soltar, permitindo que gradualmente adquiríssemos segurança na utilização de técnicas psicodramáticas em atividades assistenciais e didáticas, cujo valor hoje consideramos inestimável.

Referências

1. Seguí J, Salvador-Carulla L, García L, Canet J, Ortiz M, Farré JM. Semiology and subtyping of panic disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97:272-7.
2. Fava GA, Mangelli L. Subclinical symptoms of panic disorder: new insights into pathophysiology and treatment. *Psychother Psychosom* 1999;68:281-9.
3. Free NK, Winget CN, Whitman RM. Separation anxiety in panic disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150:595-9.
4. Bush FN, Shear MK, Cooper AM, Shapiro T, Leon AC. An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:299-303.
5. Vuksic-Mihaljevic Z, Mandic N, Barkic J, Mrdenovic S. A current psychodynamic understanding of panic disorder. *Br J Med Psychol* 1998;71:27-45.
6. Ballenger JC. Toward an integrated model of panic disorder. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59:284-93.
7. Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, Busch FN, Shapiro T. A psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150:859-66.
8. Shear MK, Pilkonis PA, Cloitre M, Leon AC. Cognitive behavioral treatment compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:395-401.
9. Shear MK. Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: revisiting the attachment-separation paradigm. *Am J Psychiatry* 1996;153:125-36.
10. Shear MK, Weiner K. Psychotherapy for panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1997;58(Suppl 2):38-43.
11. Michelson L, Marchione K, Greenwald M, Glanz L, Testa S, Marchione N. Panic disorder: cognitive-behavioral treatment. *Behav Res Ther* 1990;28:141-51.
12. Salkovskis PM, Clark DM, Hackmann A. Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behav Res Ther* 1991;29:161-6.
13. Fava GA, Zielezny M, Savron G, Grandi S. Long-term effects of behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia. *Br J Psychiatry* 1995;166:87-92.
14. Barlow DH. Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: current status. *J Clin Psychiatry* 1997;58(Suppl 2):32-6.
15. Spiegel DA, Bruce TJ. Benzodiazepines and exposure-based cognitive behavior therapies for panic disorder: conclusions from combined treatment trials. *Am J Psychiatry* 1997;154:773-81.
16. Beurs E, Balkom AJLM, Lange A, Koele P, Dyck R. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *Am J Psychiatry* 1995;152:683-91.
17. Cottraux J, Note ID, Cungi C, Légwerson P, Heim F, Chneiweiss L, et al. A controlled study of cognitive behavioral therapy with buspirone or placebo in panic disorder with agoraphobia. *Br J Psychiatry* 1995;167:635-41.
18. Telch MJ, Lucas JA, Schimidt NB, Hanna HH, Jaimez TLN, Lucas RA. Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behav Res Therapy* 1993;31:279-87.
19. Martinsen EW, Olsen T, Tonset E, Nyland KE, Aarre TF. Cognitive behavioral group therapy for panic disorder in the general clinical setting: a naturalistic study with 1-year follow-up. *J Clin Psychiatry* 1998;59:437-42.
20. Otto MW, Pollack MH, Penava SJ, Zucker BG. Group cognitive-behavior therapy for patients failing to respond to pharmacotherapy for panic disorder: a clinical case series. *Behav Res Ther* 1999;37:763-70.

21. Milrod B, Busch FN, Hollander E, Aronson A, Siever L. A 23-year-old woman with panic disorder treated with psychodynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1996;153:698-703.
22. Wiborg IM, Dahl AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:689-94.
23. Bush FN, Cooper AM, Klerman GL, Penzer RJ, Shapiro T, Shear MK. Neurophysiological, cognitive-behavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: toward an integration. *Psychoanal Inquiry* 1991;11:316-32.
24. Roy-Byrne PP, Getrari M, Uhde TW. Life events and the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143:1424-7.
25. Faravalli C, Palanti S. Recent life events and panic disorder. *Am J Psychiatry* 1989;146:622-6.
26. Carezzato MC. Uma leitura psicodramática da síndrome do pânico. *Rev Bras Psicodrama* 1999;7(2):97-108.
27. Pereira MEC. A psicopatologia do pânico à luz do "desamparo". In: Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico. São Paulo: Editora Escuta; 1999. p. 245-80.
28. Gheller JH. Síndrome do pânico: visão psicodinâmica - relacional - psicodramática. *Rev Soc Bras Psicodrama* 1992;4:44-55.
29. Navarro MP, Brito B, Marco D, Monteiro L, Mascarenhas M, Ribeiro M, et al. Terapia tematizada grupal por tempo limitado. In: Almeida WC, org. Grupos: a Proposta do Psicodrama. São Paulo: Editora Ágora; 1999. p. 127-39.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington; 1994.
31. Melo S. Grupos psicodramáticos com sessões mensais. *Rev Febrap* 1983;6(1):93-4.
32. Roth M. The panic-agoraphobic syndrome: a paradigm of the anxiety group of disorders and its implications for psychiatric practice and theory. *Am J Psychiatry* 1996;153:111-24.
33. Fava GA, Grandi S, Canestrari R. Prodromal symptoms in panic disorder with agoraphobia. *Am J Psychiatry* 1988;145:1564-7.
34. Bowlby J. Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora; 1997.
35. Seligman MEP. Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte. São Paulo: Hucitec; 1977.
36. Torgersen S. Childhood and family characteristics in panic and generalized anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1986;143:630-2.
37. Pollack MH, Otto MW, Sabatino S, Majcher D, Worthington JJ, McArdle ET, et al. Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influence on course. *Am J Psychiatry* 1996;153:376-81.
38. Moreno JL. Psicodrama. 9ª edição. São Paulo: Cultrix; 1993.
39. Bush FN. Agoraphobia and panic states. *J Am Psychoanal Assoc* 1995;43:207-21.
40. Zeitlin SB, McNally RJ. Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150:658-60.

Correspondência

Albina Rodrigues Torres
Departamento de Neurologia e Psiquiatria
Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp
Distrito de Rubião Jr.
Caixa Postal 540
18.618-970 Botucatu, SP
Tels.: (0xx14) 6802-6260/6089
Fax: (0xx14) 6821-5965
E-mail: atorres@fmb.unesp.br
