

# Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico

## Cognitive-behavioral therapy in panic disorder

Gisele Gus Manfro,<sup>1,2</sup> Elizeth Heldt,<sup>1,2</sup> Aristides Volpato Cordioli,<sup>1,2</sup> Michael W Otto<sup>3</sup>

### Resumo

**Objetivo:** O transtorno de pânico é uma condição crônica e recorrente que prejudica a qualidade de vida e o funcionamento psicossocial dos portadores. Embora os medicamentos sejam efetivos na redução dos ataques de pânico, muitos pacientes não respondem adequadamente a essas intervenções. A terapia cognitivo-comportamental fornece um método alternativo eficaz para tratar transtorno de pânico e evitação agorafóbica. O objetivo do estudo é o de descrever o uso de técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento do transtorno de pânico. **Método:** Revisão narrativa a partir dos bancos de dados do Medline, SciELO e PsycInfo e de livros-texto especializados. **Resultados:** Foram descritos os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico e revisadas as evidências de eficácia em curto e longo prazos. O uso de medicação concomitante a terapia cognitivo-comportamental foi também discutido. **Conclusões:** A terapia cognitivo-comportamental individual ou em grupo é eficaz para pacientes com transtorno de pânico, seja como tratamento de primeira linha ou como um próximo passo para pacientes com resposta parcial a outros tratamentos.

**Descritores:** Transtorno de pânico; Terapia cognitivo-comportamental; Evidências de eficácia; Tratamento; Revisão

### Abstract

**Objective:** Panic disorder is a chronic and recurrent condition that impairs an individual's psychosocial functioning and quality of life. Despite the efficacy of psychopharmacological treatment in reducing panic attacks, many patients fail to respond adequately to these interventions. Cognitive behavioral therapy provides an alternative and efficacious method for treating panic disorder and agoraphobic avoidance. The objective of the study is to describe the use of cognitive behavioral therapy for panic disorder. **Method:** Narrative review of data collected from Medline, SciELO and PsycInfo and specialized textbooks. **Results:** We describe the cognitive-behavioral model for the treatment of panic disorder, and review both short and long-term efficacy findings. We also discuss the role of combined treatment (cognitive behavioral therapy and psychopharmacology). **Conclusions:** Cognitive behavioral therapy, either individual or in group, can be used as first-line therapy for panic disorder. This treatment modality can also be indicated as a next step for patients failing to respond to other treatments.

**Descriptors:** Panic disorder; Cognitive-behavior therapy; Evidenced-based efficacy; Treatment; Review

<sup>1</sup> Programa de Transtornos de Ansiedade, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil

<sup>3</sup> Center for Anxiety-Related Disorders, Boston University (MA), EUA

### Correspondência

Gisele Gus Manfro

Departamento de Psiquiatria – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – Sala 400N

90035-903 Porto Alegre, RS, Brasil

Tel: (+55 51) 3330-9272 Fax: (+55 51) 2101-8294

E-mail: gmanfro@portoweb.com.br

## Introdução

O transtorno do pânico (TP) caracteriza-se pela presença de ataques repentinos de ansiedade, seguidos de sintomas físicos e afetivos, medo de sofrer um novo ataque e evitação de eventos ou situações em que os ataques de pânico ocorreram.<sup>1</sup> O curso do TP tende a ser crônico na maioria dos pacientes<sup>2,3</sup> e está associado a uma qualidade de vida reduzida e funcionamento psicossocial prejudicado.<sup>4-6</sup>

Em comparação a outros transtornos de ansiedade, o início do TP é freqüentemente tardio, ocorrendo ao final da década dos 20 anos, em média.<sup>7</sup> O TP afeta duas a três vezes mais as mulheres do que os homens e pode atingir até 3,5% da população durante a vida.<sup>7</sup> O transtorno está associado a um alto custo social; os pacientes com TP apresentam produtividade reduzida e utilizam freqüentemente os serviços públicos de saúde, tais como pronto-atendimentos, consultas e exames médicos.<sup>8</sup> Os pacientes relatam freqüentemente o início do TP após um período de estresse.<sup>9</sup>

Numerosos estudos confirmaram a eficácia da terapia medicamentosa para o TP.<sup>10-12</sup> Entre as opções farmacológicas utilizadas no tratamento de TP estão os inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS), os antidepressivos tricíclicos (ADT), os inibidores da monoamina oxidase (IMAO), os inibidores seletivos de recaptura de serotonina e noradrenalina (ISRN) e os benzodiazepínicos.<sup>13</sup> No entanto, muitos pacientes, ainda estando sob terapia medicamentosa, permanecem sintomáticos e apresentam recorrência de sintomas. Estudos demonstraram que após quatro anos de terapia medicamentosa, cerca de 30% dos pacientes estão assintomáticos, 40-50% estão melhores, mas ainda sintomáticos, e 20-30% permanecem iguais ou piores.<sup>14</sup> É também sabido que a presença de sintomas residuais está associada ao maior risco de recaídas.<sup>15</sup>

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) para TP é uma alternativa terapêutica que possui boa resposta de curto e de longo prazos tanto para os sintomas nucleares do pânico quanto para os sintomas residuais e geralmente persistentes de ansiedade antecipatória, evitação fóbica e agorafobia.<sup>10,11,13,16</sup> Os estudos confirmaram que a TCC pode alterar o curso do TP não só para prevenir recaídas, mas também porque ela prolonga o intervalo entre elas.<sup>17,18</sup> O tratamento breve com TCC (geralmente ao redor de 12 sessões) está associado a altos índices (75%) de pacientes livres de pânico. A eficácia demonstrada nos estudos sugere que os resultados de TCC são melhores do que a farmacologia de longo prazo: 87% dos pacientes permanecem sem ataques após um ano e 75-81% dois anos após a finalização de TCC breve.<sup>10,18</sup> O tamanho do efeito encontrado para a resposta terapêutica varia entre 0,6-2,3, dependendo da dimensão que seja avaliada.<sup>6,19</sup> A TCC para TP é também associada à melhora nas condições de comorbidade e qualidade de vida.<sup>20,21</sup> Heldt et al., em um estudo com 32 pacientes, demonstraram que a redução dos sintomas de ansiedade antecipatória e evitação é mais importante para melhorar a qualidade de vida do que as alterações na freqüência dos ataques de pânico.<sup>6</sup>

Este artigo objetiva descrever o uso de TCC em pacientes com TP, focando a natureza do transtorno, as intervenções utilizadas em TCC e o desfecho esperado com essa modalidade de tratamento. Para fazê-lo, foi realizada uma revisão da literatura pesquisando, nos bancos de dados Medline, SciELO e PsycInfo, referências dos principais artigos encontrados e também dos livros-texto especializados.

## O modelo cognitivo-comportamental no transtorno de pânico

De acordo com os modelos cognitivo-comportamentais, os ataques de pânico aparecem a partir de interpretações distorcidas e catastróficas dos sintomas corporais.<sup>22</sup> Tontura e palpitações cardíacas podem ser interpretadas, por exemplo, como um ataque cardíaco ou infarto iminentes. Tais interpretações aumentam a excitação e intensificam as sensações corporais, confirmando, desta forma, um senso de “perigo” iminente e gerando mais interpretações catastróficas e ansiedade em uma rápida espiral.

De acordo com a versão de Barlow desse modelo, um ataque de pânico inicial representa um “alarme falso” em que demasiada ansiedade é sinalizada, geralmente em resposta aos estresses da vida. Os estressores relatados por pacientes incluem eventos de vida negativos, tais como uma perda ameaçadora ou doença séria em si próprio ou em um ente querido, assim como separações ou dificuldades interpessoais.<sup>23</sup> Considera-se a hipótese de que as “reações de alarme” são mais prováveis em indivíduos vulneráveis biologicamente (herança genética) ou psicologicamente (sensibilidade aos sintomas de ansiedade). Após o primeiro ataque, a pessoa fica apreensiva sobre novos ataques e desenvolve medos das sensações físicas associadas à excitação autonômica (Figura 1).

Trabalha-se com a hipótese de que a repetição de ataques torne os indivíduos progressivamente mais sensíveis aos estímulos internos e a situações em que o ataque ocorreu e que eleve a vigilância sobre qualquer sensação física. Combinado a isso, há ansiedade antecipatória, i.e., medo de sofrer outro ataque, e as interpretações catastróficas dos sintomas quando estes ocorrem.<sup>17,18</sup> Tal comportamento condicionado pelo medo leva a que o indivíduo evite os sintomas somáticos (por exemplo: exercícios físicos) ou lugares associados a ataques prévios (agorafobia).<sup>23</sup> Em consequência, os pacientes começam a ter limitações em suas atividades cotidianas.<sup>17</sup> Assim, a TCC é utilizada para eliminar a hiper-vigilância sobre os sintomas, corrigir interpretações e crenças distorcidas e eliminar a agorafobia.

## Elementos de terapia cognitivo-comportamental

A TCC é tipicamente um tratamento breve, entre 10 e 20 sessões estruturadas, com objetivos claros a serem atingidos. Ela objetiva corrigir interpretações catastróficas e os medos condicionados das sensações corporais e evitações. É prática, baseada em tarefas, e os papéis do paciente e do terapeuta são ativos. A TCC pode ser ministrada individualmente ou em grupos.<sup>24,25</sup> Apesar de os estudos sugerirem que a TCC deva ser breve, dados recentes sobre a “dose” de terapia sugeriram que um número maior de sessões, tanto de sessões presenciais como por meio de aconselhamento telefônico, está associado à melhor resposta à TCC no TP.<sup>26</sup> No entanto, têm sido relatados desfechos positivos da aplicação de tratamento muito breve (em torno de seis sessões) oferecida em instituições clínicas e de atendimento primário.<sup>27-29</sup>

A TCC pode ser introduzida em qualquer etapa do tratamento, variando da prevenção primária às intervenções em indivíduos refratários a outros tratamentos.<sup>17</sup> Pode ser iniciada concomitantemente com tratamento medicamentoso<sup>17,18,30</sup> e utiliza os seguintes recursos como técnicas: psicoeducação, técnicas para lidar com a ansiedade (relaxamento muscular e respiração abdominal ou diafragmática), reestruturação cognitiva, exposição interoceptiva e exposição *in vivo* gradual.<sup>17,24,25</sup>

Os resultados de um estudo com 76 pacientes com TP com ou sem agorafobia sugeriram que a combinação de técnicas cognitivas

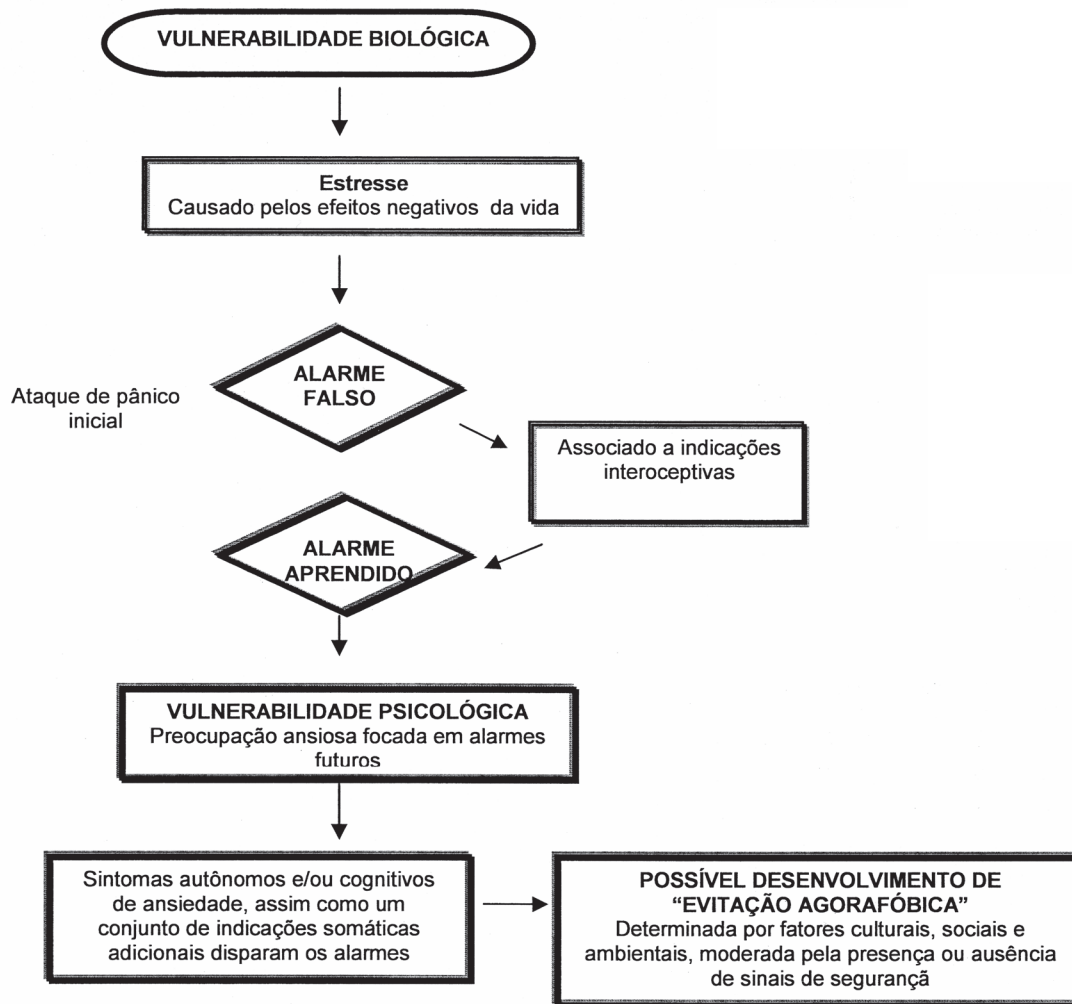


Figura 1 – Etiologia do Transtorno do Pânico – Modelo de Barlow', 1988

(psicoeducação, reestruturação cognitiva, técnicas de resolução de problemas) e comportamentais (exposição interoceptiva e *in vivo*) possui eficácia significativa na melhora da remissão dos sintomas agudos e na manutenção dos ganhos no acompanhamento até seis meses após TCC.<sup>31</sup>

#### Psicoeducação

A psicoeducação para o TP decompõe a cascata rápida de ansiedade e pânico nos seus elementos componentes e fornece um fundamento para as intervenções de tratamento a serem seguidas. A ênfase é dada na definição e na clarificação da fonte dos sintomas de ansiedade e de pânico, introduzindo o papel dos pensamentos na manutenção do medo e da ansiedade, e o papel da evitação e dos comportamentos de fuga na manutenção dos medos e na perpetuação do transtorno. O diagrama apresentado abaixo é utilizado para proporcionar uma melhor compreensão sobre o modelo cognitivo do pânico (Figura 2), adaptado do modelo de psicoeducação de Barlow.<sup>23</sup> A psicoeducação é executada em sessões iniciais e repetida a qualquer tempo durante o tratamento.

É crucial motivar o paciente a realizar os exercícios de exposição que inevitavelmente envolvem o aumento nos níveis de ansiedade.

#### Técnicas para lidar com a ansiedade

Padrões de respiração impróprios levam à hiperventilação e aos sintomas fisiológicos que se originam de um aumento significativo na oxigenação sanguínea: tontura, sufocação e taquicardia. A tensão muscular também desempenha um papel no aumento da ansiedade e pode também causar reações físicas, tais como dores e parestesias. Essas sensações são muito similares a um ataque de pânico e podem ser reduzidas pela utilização de técnicas apropriadas de respiração e de relaxamento muscular. A respiração diafragmática é uma técnica que utiliza os músculos abdominais para o controle respiratório. O relaxamento muscular progressivo é um exercício que envolve a prática da tensão e do relaxamento dos principais grupos musculares. Ambas as técnicas (relaxamento e respiração abdominal) podem ser praticadas em seqüência ou independentemente, especialmente em situações em que existe ansiedade antecipatória.<sup>24,25</sup> No entanto, há evidências de que essas técnicas de lidar com a ansiedade não são um elemento necessário do tratamento<sup>32</sup> e há preocupação de que, por vezes, essas técnicas possam levar os indivíduos a tentativas desesperadas para controlar a ansiedade, mais do que ajudar os pacientes a eliminarem os medos desses sintomas. A eliminação desses medos é o foco central das intervenções cognitivas e de exposição interoceptiva.

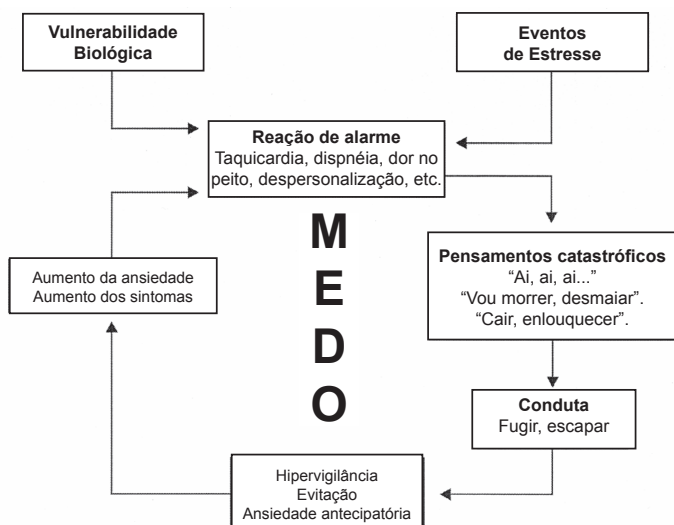


Figura 2 – Ciclo cognitivo do medo para o transtorno de pânico

### Técnicas cognitivas

As intervenções distorcidas e catastróficas das sensações físicas de ansiedade são comuns no TP, assim como as crenças do paciente sobre a desesperança e a incapacidade de administrar a ansiedade e o pânico. Os objetivos da terapia cognitiva são os de reestruturar esses pensamentos catastróficos. Para fazê-lo, é importante para o paciente conhecer as hipóteses básicas do modelo cognitivo e da terapia cognitiva: que os pensamentos influenciam as emoções e o comportamento e que, no caso do TP, a ansiedade e o pânico podem ser uma consequência de interpretações distorcidas das sensações físicas. No tratamento, os pacientes são solicitados a tratar seus pensamentos como hipóteses ou “palpites” sobre o mundo. É treinada a identificação dos pensamentos catastróficos aprendidos (“automáticos”) vinculados à ansiedade e ao pânico.<sup>24</sup> Após identificar esses pensamentos na sessão, pede-se aos pacientes que monitorem seus pensamentos, identifiquem os erros lógicos inerentes às interpretações catastróficas e gerem pensamentos mais precisos. Nos transtornos de ansiedade, é dada atenção à superestimação da probabilidade de desfechos negativos (“se minha tontura piorar, vou desmaiar”), assim como uma superestimação do grau de catástrofe desses desfechos (“se eu desmaiasse, seria simplesmente insuportável”). Esses pensamentos negativos são freqüentemente desafiados pelo Questionamento Socrático lógico, ou na forma de experimentos comportamentais específicos desenhados para ajudar os pacientes a examinar a precisão de suas previsões ansiogênicas em situações de desempenho real.<sup>24</sup> É essa última abordagem que é a mais similar ao tipo de aprendizado objetivado pela experiência gradual proporcionada pelas intervenções de exposição.

### Técnicas de exposição

#### 1. Exposição interoceptiva

A exposição interoceptiva objetiva corrigir as interpretações catastróficas dos sintomas físicos sentidos pelos pacientes como parte da ansiedade antecipatória ou de um ataque de pânico. Com a exposição interoceptiva, os pacientes submetem-se a uma exposição gradual para sentirem-se confortáveis com as sensações. Essa exposição é feita por meio da provocação intencional dos sintomas utilizando-se de exercícios físicos. Por exemplo, os sentimentos de

tontura poderiam ser induzidos pelo rotar de uma cadeira giratória, ou parestesias, desrealização e tontura poderiam ser induzidas por um minuto de hiperventilação. Além do treinamento direto para sentir-se confortável com essas sensações (em que os pacientes aprendem a vivenciar as sensações como estranhas ou desconfortáveis, mais do que assustadoras), a exposição interoceptiva também permite que os pacientes identifiquem os pensamentos automáticos e as interpretações catastróficas associadas às sensações físicas e corrigidas. Os exercícios de exposição interoceptiva podem funcionar como uma preparação para a exposição *in vivo*.<sup>24</sup> As intervenções de exposição interoceptiva são tipicamente introduzidas na sessão e completadas em conjunto pelo menos duas vezes pelo terapeuta e pelo paciente, colocando a atenção em ajudar os pacientes a “não fazer nada” para tentar controlar ou minimizar as sensações. A prática em casa dos exercícios é então indicada, com o objetivo de que o paciente “se acostume” com as sensações quando da próxima sessão semanal. Finalmente, pede-se aos pacientes que completem a exposição interoceptiva em sessões em que eles têm medo do pânico, de forma que o conforto com as sensações possa ser aprendido naquele contexto. Essa prática de exposição interoceptiva fora da sessão proporciona uma transição suave útil à exposição *in vivo*.

#### 2. Exposição *in vivo*

A exposição *in vivo* é a principal intervenção aplicada para superar a evitação agorafóbica. Para planejar a exposição *in vivo*, o paciente deve fazer uma lista de lugares ou situações que evitou devido aos medos, e também registrar o nível de ansiedade e os pensamentos automáticos que surgem nessas situações.<sup>24</sup>

Essa lista deverá ser disposta em uma hierarquia de acordo o nível de dificuldade para enfrentar lugares e situações. Os exercícios de exposição *in vivo* são iniciados por situações consideradas como menos ansiogênicas e que o paciente está disposto a enfrentar.

Para ser eficaz, a exposição deve ser prolongada no tempo (permanecer em uma situação dada por aproximadamente o dobro do tempo do que é necessário para sentir-se confortável naquela situação), repetida freqüentemente, e o nível de ansiedade deve ser sentido durante a tarefa e monitorado tanto pelo paciente como pelo terapeuta.<sup>33</sup>

#### 3. Dependência dos parentes

A dependência dos parentes é um problema muito comum no TP e suas consequências são a perda de autonomia pelo paciente, além da interferência no desempenho e auto-estima reduzida. Os parentes podem geralmente envolver-se em algum estágio do tratamento para auxiliar as tarefas de exposição. No entanto, o tratamento deve encorajar os pacientes a irem a lugares aos quais eles não costumam ir sozinhos para restaurar a autonomia perdida.

#### Sessões de terapia cognitivo-comportamental

As sessões de TCC no TP são estruturadas, seguindo o modelo básico proposto por Beck.<sup>34</sup> As sessões iniciais são dedicadas à avaliação do paciente, à psicoeducação e às técnicas de treinamento para lidar com a ansiedade (relaxamento muscular e respiração abdominal), se essas técnicas são utilizadas. Na medida em que as sessões avançam, é dada maior atenção às intervenções cognitivas, de exposição interoceptiva e *in vivo*. As sessões finais são dedicadas à consolidação dos ganhos e aos esforços para a prevenção de recaídas. A prevenção de recaídas é ajudada pela prática plena da exposição interoceptiva em uma ampla variedade de situações, assegurando que os pacientes não “deixem as coisas como estão” e evitem as exposições plenas em situações temidas. Além disso,

o ensaio de prováveis dificuldades futuras (e.g., eventos especiais em que a ansiedade pode surgir) e técnicas apropriadas para lidar com o transtorno, juntamente com uma revisão das estratégias que o paciente considerou úteis no passado, proporcionarão elementos adicionais para os esforços de prevenção de recaídas.<sup>23,24</sup> De acordo com Wade et al., o estresse crônico foi um preditor de pior desfecho em pacientes com agorafobia 12 semanas após a TCC,<sup>35</sup> assim como em uma avaliação no acompanhamento de dois anos.<sup>36</sup> Dessa forma, é importante identificar as situações que predispoem a uma maior vulnerabilidade psicológica para prevenir recaídas e cronicidade.<sup>36,37</sup>

### Terapia cognitivo-comportamental e medicação

A TCC é uma excelente opção como um tratamento de primeira linha. Possui boa aceitabilidade pelos pacientes,<sup>13,17,38</sup> um início relativamente rápido de ação,<sup>39</sup> forte eficácia aguda e forte manutenção dos ganhos do tratamento,<sup>10,16</sup> e forte custo-benefício.<sup>40</sup> Há também evidências de que a TCC pode ser eficaz para os pacientes de TP refratários ao tratamento farmacológico (i.e., incapacidade de responder adequadamente após o tratamento com a dose e a duração recomendadas de farmacoterapia, ou intolerância a uma dose maior). A TCC individual ou em grupo demonstrou ser benéfica para esses pacientes em desfechos de curto e longo prazos.<sup>6,41</sup>

Os estudos de desfecho de tratamento de TP forneceram um quadro complexo em relação ao valor do tratamento combinado.<sup>16</sup> Alguns estudos sugerem pelo menos efeitos aditivos mínimos quando são combinados TCC e medicamentos.<sup>42,43</sup> Porém, há também evidências de que, com a descontinuação da medicação, há uma perda de eficácia no tratamento combinado que não se encontra em tratamentos somente com TCC.<sup>44</sup> Assim, apesar de que a adição de medicações à TCC pode ampliar os desfechos de mais curto prazo, a manutenção de mais longo prazo dos ganhos do tratamento e o custo-benefício do tratamento<sup>40</sup> podem ser comprometidos com essa abordagem. No entanto, se os pacientes começaram a receber medicação e iniciaram subsequentemente TCC, há evidências de que a medicação pode ser reduzida gradualmente de forma exitosa durante o curso da TCC, com forte manutenção dos ganhos do tratamento.<sup>32,45,46</sup> Por exemplo, estudos realizados no Brasil demonstraram que os pacientes reduziram significativamente o uso de antidepressivos (AD): de 61 (95%) pacientes que o utilizavam antes da TCC, 45 (75%) continuavam o uso um ano após a terapia. Por outro lado, um acompanhamento de 48 pacientes por cinco anos demonstrou que 44 (93%) estavam utilizando AD antes da TCC e somente 26 (55%) continuaram utilizando a medicação durante o acompanhamento.<sup>36</sup> Em relação aos benzodiazepínicos, 49% dos pacientes os estavam usando antes da TCC e somente 22% ainda utilizavam a droga após um acompanhamento de um ano.<sup>30</sup>

Já que a aplicação da exposição parece melhorar a eficácia do tratamento medicamentoso,<sup>47</sup> recomendamos que elementos de TCC, especialmente o treinamento na exposição gradual, devem ser oferecidos como parte do tratamento medicamentoso do TP. No entanto, quando está disponível a TCC mais atualizada para os pacientes, acreditamos que essa intervenção pode ser oferecida sozinha e alcançar resultados que rivalizam com o tratamento combinado em muitos casos e proporcionam o potencial de uma maior durabilidade do tratamento e a um custo mais baixo.<sup>40,48</sup> Porém, recomendamos que se considere o tratamento combinado quando se encontra a não resposta a uma ou outra modalidade de tratamento. Há também evidências que sugerem que os pacientes que não

respondem à TCC para o TP podem obter benefícios da farmacoterapia subsequente e, como observamos, há alguns pequenos estudos que indicam que os não respondedores ao tratamento medicamentoso do TP podem ser bem sucedidos com a TCC.<sup>30,39</sup>

### Um tratamento combinado novo – D-cicloserina

Devido às limitações no benefício dos tratamentos combinados tradicionais (TCC mais antidepressivos ou benzodiazepínicos) para o TP, há evidências promissoras de uma nova estratégia para o tratamento combinado dos transtornos de ansiedade. Essa estratégia está focada na promoção de um melhor aprendizado nas sessões de terapia, e originou-se da pesquisa básica sobre os circuitos neurais subjacentes à extinção do medo.<sup>49</sup> Esses estudos animais indicaram que a extinção do medo é bloqueada pelos antagonistas do receptor glutamatérgico N-metil-D-aspartato (NMDA). Além disso, a D-cicloserina (DCS), um agonista parcial do NMDA, parece potencializar a extinção do aprendizado em estudos animais (veja revisão em <sup>50,51</sup>). Em particular, a retenção da extinção do aprendizado parece ser facilitada pela DCS ministrada em doses individuais antes de ou logo após ensaios de extinção (exposição) em animais, e pode, inclusive, auxiliar na generalização da extinção de sinais relacionados.<sup>50,51</sup>

Depois que um ensaio clínico inicial realizado por Ressler et al. indicou que a DCS pode melhorar a TCC breve baseada na exposição ao medo de altura, tem havido uma onda de interesse nessa estratégia de combinação.<sup>52</sup> Nesses estudos, o tratamento breve baseado na exposição é oferecido conjuntamente com doses únicas de DCS; o paciente toma uma única dose de DCS antes de sessões semanais específicas do tratamento baseado na exposição. Uma metanálise realizada sobre o número de pequenos ensaios clínicos completados até hoje indica grandes tamanhos de efeito para essa estratégia, aplicada ao transtorno de ansiedade social, ao transtorno obsessivo-compulsivo e, o que é o mais relevante para este artigo, ao TP.<sup>53</sup> Esses achados, ainda que necessitem de reprodução, encorajam uma nova abordagem de estratégias de tratamento combinado – em que a TCC é utilizada para proporcionar o tratamento nuclear e uma medicação como a DCS é utilizada para ampliar a retenção desse aprendizado terapêutico. Se a tendência de ensaios clínicos de tratamento positivos continuar, essa nova abordagem de combinar a medicação e a TCC pode fornecer benefício adicional e talvez mais tratamentos eficazes para pacientes com TP e outros transtornos de ansiedade.

### Considerações finais

Em conclusão, a TCC é uma modalidade eficaz de tratamento de pacientes com TP, tanto como uma terapia de primeira linha,<sup>17</sup> como uma estratégia para pacientes que não respondam à medicação,<sup>26,30,33</sup> ou até como um tratamento combinado com a terapia farmacológica, como foi visto anteriormente.<sup>32</sup>

Esse tratamento pressupõe a correção dos pensamentos catastróficos que pioram os sintomas de ansiedade e medo, a ansiedade antecipatória e predispoem a evitações. Por meio de estratégias para aliviar a ansiedade (respiração diafragmática e relaxamento muscular), mudanças cognitivas e exposições interoceptivas, os pacientes têm mais capacidade de serem expostos a situações evitadas e, portanto, melhorar sua qualidade de vida, superar a agorafobia e a dependência dos parentes, que são responsáveis por grandes prejuízos nas atividades cotidianas e que freqüentemente alcançam níveis de incapacitação.

As novas abordagens, tais como a TCC com base na Internet<sup>54</sup> e a TCC intensiva (dois dias), têm sido testadas em TP com

desfechos favoráveis.<sup>55</sup> Além disso, novas estratégias de tratamentos combinados utilizando supostos potencializadores da memória para o aprendizado da extinção são promissores para estender os ganhos do tratamento. Futuros estudos deverão

avaliar melhor a eficácia dessa abordagem para tratamentos combinados e o papel das comorbidades e eventos estressantes da vida na não responsividade e recaídas em pacientes de TP submetidos à TCC.

#### Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa <sup>1</sup>	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada <sup>2</sup>	Honorários de palestrante	Participação acionária	Consultor/ Conselho consultivo	Outro <sup>3</sup>
Gisele Gus Manfro	UFRGS	CNPq* FIDE-HCPA*	---	Boehringer* Ely-Lilly*	---	---	Roche*
Elizeth Heldt	UFRGS	FIDE-HCPA*	---	---	---	---	---
Aristides Volpato Cordioli	UFRGS	---	---	Courses eventually paid*	---	---	Copyright*
Michael W Otto	Boston University	---	---	---	---	Organon*	---

\* Modesto

\*\* Significativa

\*\*\* Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: UFRGS = Universidade Federal do Rio Grande do Sul; HCPA = Hospital de Clínicas de Porto Alegre; CNPq = Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; FIDE = Fundo de Incentivo à Pesquisa.

Para mais informações, consultar as Instruções aos autores.

#### Referências

1. APA, American Psychiatry Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)*. 4a. ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
2. Pollack MH, Marzol PC. Panic: course, complications and treatment of panic disorder. *J Psychopharmacol*. 2000;14(2 Suppl 1): S25-30.
3. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M, Shea MT, Keller MB. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry*. 2005;162(6):1179-87.
4. Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. Functioning and well-being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1996;153(2):213-8.
5. Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157(5):669-82.
6. Heldt E, Blaya C, Isolan L, Kipper L, Teruchkin B, Otto MW, Fleck M, Manfro GG. Quality of life and treatment outcome in panic disorder: cognitive-behavior therapy effects in patients refractory to medication treatment. *Psychother Psychosom*. 2006;75(3):183-6.
7. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(4):415-24.
8. Roy-Byrne PP, Stein MD, Russo J, Mercier E, Thomas R, Mcquaid J, Katon WJ, Craske MG, Bystritsky A, Sherbourne CD. Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(7):492-9.
9. Manfro GG, Otto MW, Mcardle ET, Worthington JJ 3rd, Rosenbaum JF, Pollack MH. Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder. *J Affect Disord*. 1996;41(2):135-9.
10. Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev*. 1995;15:819-44.
11. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord*. 2005;88(1):27-45.
12. Pollack MH. The pharmacotherapy of panic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 4:23-7.
13. Lydiard RB, Brawman-Mintzer O, Ballenger JC. Recent developments in the psychopharmacology of anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(4):660-8.
14. Katschnig H, Amering M. The long-term course of panic disorder and its predictors. *J Clin Psychopharmacol*. 1998;18(6 Suppl 2):6s-11s.
15. Carpiniello B, Baita A, Carta MG, Sitzia R, Macciardi AM, Murgia S, Altamura AC. Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *Eur Psychiatry*. 2002;17(7):394-8.
16. Furukawa TA, Watanabe N, Churruarín R. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia. *Br J Psychiatry*. 2006;188:305-12.
17. Otto MW, Deveney C. Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 4:28-32.
18. Otto MW, Whittal ML. Cognitive-behavior therapy and longitudinal course of panic disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1995;18(4):803-20.
19. Black DW. Efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy versus monotherapy and anxiolytics in the treatment of anxiety disorders. *CNS Spectr*. 2006;11(10 Suppl 12):29-33.
20. Telch MJ, Schmidt NB, Jaimez TL, Jacquín KM, Harrington PJ. Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63(5):823-30.
21. Tsao JC, Lewin MR, Craske MG. Effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions: replication and extension. *Behav Ther*. 2002;33:493-509.
22. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*. 1986;24(4):461-70.
23. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press; 1988.
24. Manfro GG, Heldt E, Cordioli AV. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. In: Cordioli AV, organizador. *Psicoterapias; abordagens atuais*. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 431-48.
25. Heldt E, Cordioli AV, Knijnik DZ, Manfro GG. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para os transtornos de ansiedade. In: Cordioli AV, organizador. *Psicoterapias; abordagens atuais*. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 317-37.
26. Craske MG, Roy-Byrne P, Stein MB, Sullivan G, Hazlett-Stevens H, Bystritsky A, Sherbourne C. CBT intensity and outcome for panic disorder in a primary care setting. *Behav Ther*. 2006;37(2):112-9.

27. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Wells A, Ludgate J, Gelder M. Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(4):583-9.
28. Craske MG, Maidenberg E, Bystritsk A. Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1995;26(2):113-20.
29. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Bystritsky A, Katon W, Golinelli D, Sherbourne CD. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(3):290-8.
30. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Malts S, Isolan L, Hirakaya VN, Otto MW. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom*. 2003;72(1):43-8.
31. Galassi F, Quercioli S, Charismas D, Niccolai V, Barciulli E. Cognitive-behavioral group treatment for panic disorder with agoraphobia. *J Clin Psychol*. 2007;63(4):409-16.
32. Schmidt NB, Wollaway-Bickel K, Trakowski JH, Santiago HT, Vasey M. Antidepressant discontinuation in the context of cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Behav Res Ther*. 2002;40(1):67-73.
33. Powers MB, Smits JAJ, Leyro TM, Otto MW. Translational research perspectives on maximizing the effectiveness of exposure therapy. In: Richard DCS, Lauterbach DL, editors. *Comprehensive Handbook of Exposure Therapies*. Boston: Academic Press; 2006. p. 106-26.
34. Beck JS. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 1997.
35. Wade SL, Monroe SM, Michelson LK. Chronic life stress and treatment outcome in agoraphobia with panic attacks. *Am J Psychiatry*. 1993;150(10):1491-5.
36. Heldt E. *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com transtorno do pânico resistentes à medicação: preditores de resposta em até cinco anos de seguimento*. Tese de Doutorado. UFRGS, 2006.
37. Lteif GN, Mavissakalian MR. Life events and panic disorder / agoraphobia. *Compr Psychiatry*. 1995;36(2):118-22.
38. Hofmann SG, Barlow DH, Papp LA, Detweiler MF, Ray SE, Shear MK, Woods SW, Gorman JM. Pretreatment attrition in a comparative treatment outcome study on panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1998;155(1):43-7.
39. Penava SJ, Otto MW, Maki KM, Pollack MH. Rate of improvement during cognitive-behavioral group treatment for panic disorder. *Behav Res Ther*. 1998;36(7-8):665-73.
40. McHugh RK, Otto MW, Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(7):1038-44.
41. Heldt E, Gus Manfro G, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW. One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behav Res Ther*. 2006;44(5):657-65.
42. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *J Am Med Association*. 2001;283:2529-36.
43. de Beurs E, van Balkom AJ, Lange A, Koele P, van 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(5):683-91.
44. Otto MW, Smits JA, Reese HE. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: review and analysis. *Clin Psycho Science Practice*. 2005;12:72-86.
45. Otto MW, Hong JJ, Safren SA. Benzodiazepine discontinuation difficulties in panic disorder: conceptual model and outcome for cognitive-behavior therapy. *Curr Pharm Des*. 2002;8(1):75-80.
46. Whittal ML, Otto MW, Hong JJ. Cognitive-behavior therapy for discontinuation of SSRI treatment of panic disorder: a case series. *Behav Res Ther*. 2001;39(8):939-45.
47. Telch MJ, Agras WS, Taylor CB, Roth WT, Gallen C. Combined pharmacological and behavioral treatment for agoraphobia. *Behav Res Ther*. 1985;23(3):325-35.
48. Heuzenroeder L, Donnelly M, Haby MM, Mihalopoulos C, Rossell R, Carter R, Andrews G, Vos T. Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004;38(8):602-12.
49. Davis M. Role of NMDA receptors and MAP kinase in the amygdala in extinction of fear: clinical implications for exposure therapy. *Eur J Neurosci*. 2002;16(3):395-8.
50. Davis M, Meyers KM, Ressler KJ, Rothbaum BO. Facilitation of extinction of conditioned fear by d-cycloserine. *Curr Dir Psychol Sci*. 2005;14:214-9.
51. Richardson R, Ledgerwood L, Cranney J. Facilitation of fear extinction by D-cycloserine: Theoretical and clinical implications. *Learn Mem*. 2004;11(5):510-6.
52. Ressler KJ, Rothbaum BO, Tannenbaum L, Anderson P, Graap K, Zimand E, Hodges L, Davis M. Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(11):1136-44.
53. Norberg MM, Krystal JH, Tolin DF. A meta-analysis of D-cycloserine and the facilitation of fear extinction and exposure therapy. *Biol Psychiatry*. 2008;63(12):1118-26.
54. Klein B, Richards JC, Austin DW. Efficacy of internet therapy for panic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006;37(3):213-38.
55. Deacon B, Abramowitz J. A pilot study of two-day cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behav Res Ther*. 2006;44(6):807-17.