

TRANSTORNO DO PÂNICO: UMA VISÃO PANORÂMICA

Marcos Jr Salet Baggio
Bruno Dal Prá
Rodrigo Ritter Parcianello
Laura Marostica
Juliana Tainiski de Azevedo

UNITERMOS

TRANSTORNO DO PÂNICO; REVISÃO; DIAGNÓSTICO; TRATAMENTO; FARMACOTERAPIA; TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

KEYWORDS

PANIC DISORDER; REVIEW; DIAGNOSIS; TREATMENT; PHARMACOTHERAPY; COGNITIVE-BEHAVIOR THERAPY.

SUMÁRIO

Neste capítulo, buscamos revisar, brevemente, sobre o transtorno do pânico, ressaltando a importância de se estabelecer o diagnóstico e tratamento corretos a fim de diminuir os prejuízos psicossociais do paciente.

SUMMARY

In this chapter, we seek to review, briefly, about panic disorder, emphasizing the importance of establishing the correct diagnosis and treatment in order to decrease the patient's psychosocial damage.

DEFINIÇÃO

A característica essencial deste transtorno são os ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas mas de fato são imprevisíveis. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, frequentemente um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco.

EPIDEMIOLOGIA

As taxas de prevalência durante a vida são de 1,5 a 5% para transtorno do pânico, sendo 4% sem agorafobia e 1% com agorafobia. A agorafobia é o medo de ficar só em lugares públicos, particularmente naqueles lugares onde seria difícil uma saída rápida em caso de ataque de pânico. As mulheres tem 2 a 3 vezes mais probabilidade de serem afetadas. O quadro geralmente tem início no final da adolescência e início da vida adulta, em torno dos 20 anos de idade. A maioria dos pacientes apresenta outro transtorno psiquiátrico associado (quase 100 % dos pacientes com transtorno do pânico com agorafobia e aproximadamente 83% dos pacientes com transtorno do pânico sem agorafobia). O transtorno do pânico com agorafobia incapacita ainda mais o indivíduo, aumentando a gravidade clínica do quadro. (1,2,3)

ETIOLOGIA

O TP é uma doença complexa, sua etiologia é baseada em diferentes teorias, as quais se complementam e estão em constante evolução conceitual.

Fatores Biológicos

Estudos indicam que os sintomas estão relacionados a uma gama de anormalidades biológicas da estrutura e da função do cérebro a partir da desregulação do sistema nervoso central e periférico na sua fisiopatologia. Afirmam que o sistema nervoso autônomo de alguns pacientes exibe aumento do tônus simpático, adaptando-se lentamente a estímulos repetidos e respondendo de maneira excessiva a estímulos moderados.

Os principais sistemas de neurotransmissores implicados são os da norepinefrina, da serotonina e do ácido γ -aminobutírico (GABA). A disfunção serotoninérgica é bem evidente no transtorno do pânico e vários estudos com medicamentos mistos agonistas e antagonistas da serotonina demonstraram aumento dos níveis de ansiedade. Essas respostas podem decorrer da hipersensibilidade pós-sináptica à serotonina no transtorno.

Existem , ainda, de forma pouco conclusiva, estudos de imagens cerebrais, os quais demonstram anormalidades, mais claramente atrofia cortical nos lobos temporais, em especial do hipocampo. Apontam que os ataques de pânico se associam de forma mais direta à vasoconstrição cerebral, como tonturas, e sintomas de sistema nervoso periférico, que podem ser induzidos por hiperventilação e por hipocapnia.²

Fatores Genéticos

Vários estudos verificaram que os parentes de primeiro grau de pacientes afetados tem um risco de 4 a 8 vezes maior para TP. Estudos com gêmeos

relataram que os monozigóticos têm maior probabilidade de concordância para TP do que os dizigóticos.^{1,2}

Fatores Psicossociais

Explicados por teorias cognitivo-comportamentais e teorias psicanalíticas.

Teorias Cognitivo-Comportamentais

Postulam a ligação de sintomas somáticos menores externos (ruído, luminosidade) ou internos(taquicardia, vertigem) à geração de um ataque de pânico. há interpretação de perigo iminente, o que intensifica as sensações corporais, desencadeando interpretações catastróficas e ansiedade crescente. Isto é, o ataque de pânico é ativado por um alarme falso, oriundo muitas vezes de um período de vulnerabilidade psicológica ou biológica do indivíduo.(1,2,5)

Teorias Psicanalíticas

Concebe que acontecimentos estressantes psicológicos produzam modificações neurofisiológicas. Por exemplo: separações traumáticas durante a infância tornando a criança suscetível a ansiedades na vida adulta, relacionamentos envolvendo abuso físico ou sexual ou, ainda, a presença de conflitos internos inconscientes com a percepção dos pais como controladores e exigentes. Além disso, muitos pacientes apresentam maiores acontecimentos geradores de ansiedade, como perdas ou aumento de responsabilidades nos meses anteriores ao início do transtorno.^{1,2}

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é fundamentalmente clínico. Os critérios diagnósticos são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Critérios diagnósticos para transtorno do pânico.⁴

A-	São necessários os critérios 1 e 2:
1.	Ataques de pânico recorrentes e inesperados.
2.	Pelo menos um dos ataques foi seguido pelo período mínimo de um mês com uma (ou mais) das seguintes características:
a)	Preocupação persistente com o fato de ter ataques adicionais;
b)	Preocupação com implicações do ataque ou suas consequências (perder o controle, ter um ataque cardíaco, enlouquecer);
c)	Uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques;
B-	Ausência de agorafobia.
C-	Os ataques de pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (ex:droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (ex:hipertireoidismo).
D-	Os ataques não são mais bem explicados por outro transtorno mental, como fobia social (ex: em situações sociais temidas), fobia específica (ex: exposição a situação fóbica específica)

transtorno obsessivo-compulsivo (ex: exposição à sujeira), transtorno do estresse pós-traumático (ex: resposta a estímulos associados a um estressor grave) ou transtorno de ansiedade de separação (ex: em resposta a estar afastado do lar ou de entes queridos).

Fonte: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 4ª edição texto de revisão

Diagnóstico Diferencial

Inclui um grande número de doenças sistêmicas e abuso de substâncias (tabela 2), bem como vários outros transtornos psiquiátricos. Logo, quando um paciente chega a uma unidade de emergência com sinais de uma condição que pode ser fatal, deve-se realizar anamnese e exame físico completos, seguidos pela realização de exames complementares a fim de excluir outra patologia.

Tabela 2 - Diagnóstico diferencial para o TP.²

- A. Doenças cardiovasculares: angina, infarto do miocárdio, anemia, insuficiência cardíaca congestiva, estados beta-adrenérgicos hiperativos, hipertensão, prolapso de válvula mitral, taquicardia atrial paradoxal.
- B. Doenças pulmonares: Asma, hiperventilação, embolia pulmonar.
- C. Doenças neurológicas: doença cerebrovascular, epilepsia, doença de Huntington, infecção, Doença de Ménière, enxaqueca, esclerose múltipla, acidente vascular isquêmico transitório, tumor, doença de Wilson.
- D. Doenças endócrinas: Doença de Addison, síndrome carcinóide, síndrome de Cushing, diabetes, hipertireoidismo, hipoglicemia, hipoparatiroidismo, distúrbios da menopausa, feocromocitoma, síndrome pré menstrual.
- E. Intoxicações por medicamentos: anfetaminas, nitrito de amilo, anticolinérgicos, cocaína, alucinógenos, maconha, nicotina, teofilina.
- F. Abstinência de drogas: álcool, anti-hipertensivos, opiáceos e opióides, sedativo-hipnóticos.

Outras condições: anafilaxia, deficiência de B12, desequilíbrios eletrolíticos, intoxicações por metais pesados, infecções sistêmicas, lúpus eritematoso sistêmico, arterite temporal, uremia.

TRATAMENTO

Ataque de Pânico

O manejo emergencial de uma crise de pânico deve ser iniciado com a tranquilização do paciente, orientando-o de que os sintomas são oriundos de um ataque de ansiedade. Reforçando que, apesar do desconforto, não há risco de morte iminente e que a crise é passageira. Pode-se, ainda, orientá-lo a respirar lentamente e profundamente, limitando o uso da musculatura intercostal e diminuindo a hiperventilação. Os β -bloqueadores são medicações importantes nas situações de excitação autonômica (palpitações e tremores, por exemplo), uma vez que podem bloquear essas manifestações, sendo, portanto, úteis nessas circunstâncias. No entanto, não possuem efeito sobre o componente psico-emocional gerador do ataque de pânico. Contudo, se a abordagem inicial não for suficientemente resolutiva e a crise perdurar em intensidade, o uso de psicofármacos pode ser necessário. Os benzodiazepínicos

são medicações seguras e com ação rápida: Lorazepam 1-2 mg , alprazolam 1-2 mg e Diazepam 20-30 mg.^{1,2 6}

Transtorno do Pânico

Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) são os psicofármacos de primeira escolha para o tratamento (fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina e citalopran). Os tricíclicos são utilizados como segunda escolha. Os benzodiazepínicos tem início de ação mais rápido contra o pânico, assim podem ser utilizados enquanto a dose de um serotonérgico está sendo aumentada aos poucos. Após 4-12 semanas a dose do benzodiazepínico deve ser reduzida lenta e gradativamente, a fim de evitar dependência. O tratamento deve, em geral, continuar por 8-12 meses e por se tratar de uma doença crônica existe chance de recaída após término do tratamento.^{1,2}

Psicoterapia Cognitivo Comportamental (TCC)

A combinação de psicoterapia com farmacoterapia é mais efetiva em relação a monoterapia. Dessa forma, a TCC apresenta grande relevância no tratamento dos pacientes, uma vez que focaliza a instrução acerca dos sintomas, corrigindo pensamentos catastróficos e orientando o paciente a não interpretar de maneira equivocada sensações corporais como indicativas de ataque de pânico. Além de auxiliar na capacidade de exposição a situações antes evitadas, melhorando sua qualidade de vida.^{1,5}

CONCLUSÃO

O TP é uma condição clínica recorrente e que acarreta problemas psicossociais importantes aos seus portadores. Em razão dos sintomas serem predominantemente físicos, muitos procuram atendimentos em emergências até que o diagnóstico correto seja realizado. Em vista disso, esses pacientes necessitam de uma abordagem terapêutica apropriada, com associação de psicoterapia e medicações, uma vez que o TP é uma doença crônica e, portanto, sujeita a agudizações.

REFERÊNCIAS

1. Salum GA, Blaya C, Manfro GG. Transtorno do pânico. Rev Psiquiatria RS 2009;31(2):86-94.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Compêndio de psiquiatria. 9° ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
3. 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.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision. Washington (DC):APA;1994.

5. Manfro GG, Heldt E, Cordioli AV, Otto MW. Terapia cognitivo comportamental no transtorno do pânico. Rev Bras Psiquiatria 2008;30(supl II):S81-7.