

# TRANSTORNO DE PÂNICO: ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS E FENOMENOLÓGICOS

## PANIC DISORDER: PSYCHOPATHOLOGICAL AND PHENOMENOLOGICAL FEATURES

### Resumo

O transtorno de pânico é um transtorno de ansiedade caracterizado pela presença de três síndromes clínicas: o ataque de pânico, a ansiedade antecipatória e a esquiva fóbica. Nesse artigo de revisão o autor descreve a psicopatologia e fenomenologia desse importante transtorno de ansiedade. São também mencionados estudos laboratoriais de ataques de pânico.

**Palavras-chave:** ansiedade; pânico; transtorno; psicopatologia; fenomenologia.

### Abstract

Panic disorder is an anxiety disorder characterized by the presence of three clinical syndromes: the panic attack, the anticipatory anxiety and or phobic avoidance. In this review article the author describes the psychopathology and phenomenology of this important anxiety disorder. Laboratory studies of panic attacks are also mentioned

**Keywords:** anxiety; panic; disorder; psychopathology; phenomenology

### Introdução

Com a abolição do termo “neurose” e consequente reclassificação dos transtornos de ansiedade, os ataques recorrentes de ansiedade (ataques de pânico), associados ou não a agorafobia, passaram a ter uma nova classificação nosológica: DSM-III<sup>1</sup>, DSM-III-R<sup>2</sup>, DSM-IV<sup>3</sup>, DSM-IV-TR<sup>4</sup> e CID-10<sup>5</sup>. O diagnóstico do Transtorno de Pânico (TP) é baseado na existência de três síndromes clínicas importantes: o ataque de pânico, a ansiedade antecipatória e a esquiva ou evitação fóbica.

De acordo com Faravelli e Paionni<sup>6</sup>, o TP parece ter uma prevalência ao longo da vida de aproximadamente 1,5 a 2% da população, estando associada a maior morbidez psiquiátrica (depressão, alcoolismo, risco de suicídio).

Uma das mais notáveis características da descrição de um paciente com Transtorno do Pânico é a natureza física dos sintomas. Ao contrário do Transtorno de Ansiedade Generalizada, onde a preocupação e tensão são predominantes, pacientes com Transtorno do Pânico invariavelmente começam descrevendo a doença com referência ao pulmão, coração, trato gastrointestinal e “nervos”. O número de queixas físicas puras no Transtorno do Pânico o distingue das queixas mais “emocionais” dos pacientes com transtorno de ansiedade generalizada<sup>7</sup>.

Os ataques de pânico estão entre os diagnósticos mais frequentes que levam os pacientes a procurar atendimento em serviços clínicos de emergência. Desta forma, o diagnóstico e manejo do ataque de pânico interessam a psiquiatras e clínicos gerais. De acordo com Ballenger<sup>8</sup>, 90% dos pacientes com TP acreditam que têm um problema físico e não um problema psiquiátrico ou psicológico.

É muito comum o paciente com TP fazer uma verdadeira “peregrinação”, consultando-se com diversos especialistas e fazendo diversos exames, muitas vezes desnecessários. Dentro deste aspecto, o paciente pode procurar diversos médicos, de acordo com



## ALEXANDRE MARTINS VALENÇA <sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Doutor em Psiquiatria pelo IPUB/UFRJ. Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal Fluminense- Niterói-RJ. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do IPUB-UFRJ. Médico da Divisão de Saúde do Trabalhador (DVST-UFRJ) e do Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense do IPUB-UFRJ. Pós-Doutorado em Fisiologia da Respiração- Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho- UFRJ. Pesquisador do Laboratório de Pânico & Respiração do IPUB/UFRJ. Editor Associado da revista Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Psiquiatra Forense pela Associação Brasileira de Psiquiatria.*

as queixas somáticas predominantes: gastroenterologista (diarreja, náusea, cólon irritável), pneumologista (hiperventilação, dificuldade de respirar, sensação de sufocação ou asfixia), cardiologista (dor no peito, taquicardia) otorrinolaringologista (dificuldade de engolir, tonteira, desequilíbrio), ginecologista (ondas de calor), neurologista (cefaleia, parestesias, “derrame”). Certamente o diagnóstico e tratamento precoces do TP são essenciais para reduzir as consequências físicas e sociais do transtorno.

Ainda em relação a este aspecto, um estudo retrospectivo de Katon<sup>9</sup> encontrou que de 55 indivíduos com TP encaminhados a consulta com psiquiatra por clínicos gerais, 89% se apresentaram inicialmente com uma ou mais queixas somáticas, havendo manutenção do diagnóstico incorreto por meses ou anos. Neste estudo as apresentações clínicas mais comuns foram sintomas cardíacos (dor no peito, taquicardia, batimentos cardíacos irregulares), sintomas gastrointestinais (pirose, dor abdominal, diarreja) e sintomas neurológicos (cefaleia, tontura, vertigem, parestesias). Cerca de 81% dos pacientes tinham queixa atual de dor. De acordo com este autor, os intensos sintomas fisiológicos do TP e a estigmatização dos transtornos mentais contribuem para que muitos indivíduos “selecionem” seu foco de atenção em um ou mais sintomas físicos, como dor no peito, tontura e taquicardia, e os apresentem ao clínico geral, minimizando ou negando outros sintomas de ansiedade. Por outro lado, a ansiedade grave pode causar alterações psicofisiológicas, tais como diarreja, náusea, dor epigástrica ou exacerbação de uma doença pré-existente como asma brônquica.

## Psicopatologia e Fenomenologia

O Transtorno do Pânico (TP) caracteriza-se por ataques de ansiedade frequentes e recorrentes. O DSM-IV-TR<sup>4</sup> define o ataque de pânico como um período de intenso medo ou desconforto, no qual quatro ou mais dos seguintes sintomas se desenvolvem abruptamente e atingem um pico em torno de dez minutos:

- 1) Falta de ar (dispnéia) ou sensação de asfixia
- 2) Vertigem, sentimentos de instabilidade ou sensação de desmaio
- 3) Palpitações ou ritmo cardíaco acelerado (taquicardia)
- 4) Tremor ou abalos
- 5) Sudorese
- 6) Sufocamento
- 7) Náusea ou desconforto abdominal
- 8) Despersonalização ou desrealização
- 9) Anestesia ou formigamento (parestesias)

- 10) Ondas de calor ou frio
- 11) Dor ou desconforto no peito
- 12) Medo de morrer
- 13) Medo de enlouquecer ou cometer ato descontrolado

Ao contrário do DSM-III-R<sup>2</sup>, que valorizava muito a frequência dos ataques, os critérios diagnósticos do DSM-IV<sup>3</sup> DSM-IV-TR<sup>4</sup> para Transtorno do Pânico com ou sem agorafobia enfatizam mais a preocupação sobre as implicações do ataque de pânico (“... preocupação persistente em ter ataques adicionais, preocupação sobre as consequências do ataque e alteração significativa de comportamento relacionada aos ataques de pânico...”).

O ataque de pânico é descrito como um período de intenso medo ou ansiedade, acompanhado de sintomas somáticos e psíquicos. Tem um início súbito e rapidamente atinge uma intensidade máxima em poucos minutos, com duração de 10 a 30 minutos em média. A ansiedade característica de um ataque de pânico é intermitente, de natureza paroxística e tipicamente de grande intensidade. Esta forma de ansiedade assim é diferenciada da encontrada no Transtorno de Ansiedade Generalizada, definida como uma ansiedade crônica, de menor intensidade<sup>6</sup>.

Diversos tipos de ataques de pânico podem ocorrer. O mais comum é o ataque espontâneo de pânico, definido como aquele que não está associado a nenhuma situação desencadeadora conhecida. Outro tipo é o situacional, que ocorre quando o indivíduo se depara ou se expõe a certas situações, como por exemplo, trânsito, multidões, etc<sup>10</sup>. Também existem os ataques de pânico noturnos, caracterizados por despertar súbito, terror e hipervigilância. Cerca de 40% dos pacientes com Transtorno do Pânico apresentam ataques de pânico durante o sono<sup>11</sup>. Outro tipo é aquele desencadeado por determinados contextos emocionais, como por exemplo, desentendimentos familiares ou ameaça de separação conjugal. Por último, temos os ataques de pânico com sintomas limitados, quando os pacientes apresentam três ou menos de sintomas somato-psíquicos durante o ataque de ansiedade.

Klein e Gorman<sup>12</sup> formularam um modelo fenomenológico trifásico para o TP. O ataque de pânico seria a característica mais importante deste transtorno, caracterizado por uma ansiedade súbita, surgimento de sintomas autonômicos de forma crescente e um senso subjetivo de terror, com duração de 10 a 30 minutos e posterior retorno ao funcionamento normal. A segunda característica seria a ansiedade antecipatória. Nesta fase o paciente desenvolve uma preocupação de que um ataque de pânico ocorra novamente, surgindo um estado crônico de ansiedade. A ansiedade antecipatória ocorre no intervalo entre os ataques de pânico, sendo uma

ansiedade constante e difusa. Esta forma de ansiedade tem muitas características da ansiedade encontrada no Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG): aumento da atenção sobre sensações somáticas, apreensão e hiperatividade. A ansiedade antecipatória frequentemente leva a um comportamento de evitação (fobia).

Alguns pacientes (um terço a dois terços) podem desenvolver uma terceira fase do transtorno: a evitação fóbica. Eles ficam tão amedrontados de sofrerem novo ataque de pânico que evitam estar em locais ou situações de onde seja difícil ou embaraçoso escapar ou obter ajuda, caso sejam acometidos por um ataque de pânico.

O termo agorafobia foi descrito pela primeira vez por Westphal (apud Faravelli e Paionni<sup>6</sup>), em 1871, em sua descrição de três homens que apresentaram intensa ansiedade ao caminhar em espaços abertos ou através de ruas vazias. Frequentemente a agorafobia está associada a sintomas de ansiedade psíquica, como medo de perder o controle, medo de enlouquecer ou de ficar envergonhado, medo de desmaiar ou morrer. Isto vai levar o indivíduo a evitar uma série de situações que podem incluir: estar sozinho em casa ou sair sozinho para a rua, estar em lugares com muitas pessoas, viajar, utilizar transportes públicos (ônibus, metrô), andar de carro, atravessar uma ponte, etc.

Em geral o indivíduo agorafóbico enfrenta melhor uma determinada situação quando acompanhado, mesmo se esta companhia for incapaz de ajudá-lo, como uma criança ou um animal de estimação. Quando esta agorafobia é muito grave, vai trazer uma grande limitação ao indivíduo, impedindo-o de viajar, trabalhar ou assumir responsabilidades. A agorafobia grave pode ser totalmente incapacitante, sendo considerada um indicativo de prognóstico desfavorável, a longo prazo<sup>13</sup>. Em alguns casos o indivíduo não consegue sair de casa ou não consegue ficar em casa sozinho. É comum que aqueles com agorafobia apresentem mais ataques de pânico situacionais do que ataques de pânico espontâneo. O componente de agorafobia está presente em um terço a dois terços dos casos de TP, sendo mais frequente em serviços de referência para tratamento psiquiátrico, especialmente aqueles com programas estruturados para atendimento de transtornos de ansiedade.

O curso da agorafobia em relação ao curso do ataque de pânico é variável. Em alguns casos, uma diminuição ou remissão de ataques de pânico é seguida de uma diminuição do comportamento de evitação fóbica. Em outros casos, a agorafobia pode ser crônica, independente da presença de ataques de pânico. Na agorafobia persistente, a terapia cognitivo-comportamental, com técnicas de exposição progressiva a estímulos temidos (fóbicos), vai adquirir grande importância.

## O Transtorno de Pânico na CID-10 e DSM-IV-TR

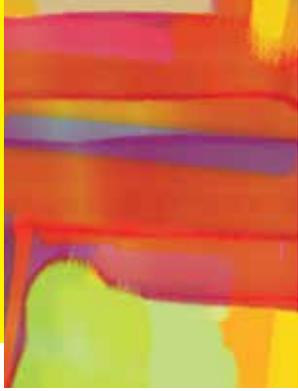
No DSM-IV-TR<sup>4</sup>, os transtornos ansiosos estão contidos no item transtornos de ansiedade, conforme abaixo.

- TP sem agorafobia
- TP com agorafobia
- Agorafobia sem pânico
- Fobia específica
- Fobia social
- Transtorno obsessivo-compulsivo
- Transtorno de estresse pós-traumático
- Transtorno de estresse agudo
- Transtorno de ansiedade generalizada
- Transtorno de ansiedade por doenças médicas
- Transtornos de ansiedade por uso de substâncias

Na CID-10<sup>5</sup>, os transtornos de ansiedade estão englobados no capítulo F40 - F48, com subcapítulos: transtornos fóbico-ansiosos, outros transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, reação a estresse grave e transtornos de ajustamento, transtornos dissociativos, transtornos somatoformes e outros transtornos neuróticos.

Em 1980, o DSM-III<sup>1</sup> considerou três categorias separadas: TP, agorafobia com TP e agorafobia sem TP. Entretanto, vários investigadores<sup>14</sup> passaram a considerar que a agorafobia não seria uma entidade separada, mas sim uma complicação secundária ao TP. Eles descreveram que agorafobia antes do início de ataques de pânico era incomum e que TP e agorafobia eram semelhantes em sua apresentação clínica. Estudos genéticos do TP deram suporte ao conceito de agorafobia como uma variante mais grave do TP, e não uma entidade separada<sup>15</sup>. Assim, consistente com esta visão, o DSM-III-R<sup>2</sup>, a reclassificou com uma seqüela principal do TP, o qual poderia se apresentar com ou sem agorafobia, sendo esta classificação mantida no DSM-IV<sup>3</sup> e DSM-IV-TR<sup>4</sup>.

Entretanto, a agorafobia sem ataques de pânico permaneceu em ambos os sistemas classificatórios, por causa de repetidas descrições desta forma de ansiedade, que embora não existente na prática clínica, continuou a ser um diagnóstico comum em estudos comunitários. O DSM-IV-TR<sup>4</sup>, entretanto, privilegia o ataque de pânico como um componente essencial do TP, sendo a agorafobia uma complicação. Como foi postulado por Klein<sup>16</sup>, o TP começa com um ataque de pânico inicial, que é seguido pelo medo de



ter novos ataques (ansiedade antecipatória) e posteriormente pela evitação de situações consideradas desencadeadoras de ataques de pânico pelo indivíduo. A CID-10<sup>5</sup>, ao contrário, classifica a associação de TP e agorafobia entre os transtornos fóbico-ansiosos, desta forma aceitando a visão de que a agorafobia é o elemento central do TP.

## Estudos fenomenológicos do Transtorno de Pânico

Embora os ataques de pânico tenham uma importância central no TP, o conhecimento deles é limitado e baseado em dados retrospectivos, cuja fidedignidade é incerta. Poucos estudos fenomenológicos sobre TP têm sido realizados, a maioria em ambiente natural, não controlado. Shiori e col.<sup>17</sup> entrevistaram 247 pacientes com TP, avaliando os sintomas que aconteceram durante o ataque de pânico mais recente dos pacientes. Os sintomas mais encontrados foram palpitação, dispneia, tonturas e sensação de desmaio. Margraf e col.<sup>18</sup>, num estudo com 27 pacientes com TP, constataram que os sintomas mais frequentemente descritos foram palpitação, tontura, dispneia, náusea, sudorese e dor ou desconforto no peito. De Beurs e col.<sup>19</sup>, avaliando 1276 ataques de pânico registrados por 94 pacientes com TP, verificaram que os sintomas mais frequentes foram palpitação (78%), tontura (75%), sudorese (66%), dificuldade de respirar (65%) e tremores (65%).

De acordo com o DSM-IV-TR<sup>4</sup>, no TP há presença de sintomas respiratórios como dispneia, sensação de falta de ar e sufocação. Para Briggs e col.<sup>20</sup>, os sintomas físicos de ataque de pânico nos pacientes podem ser semelhantes, e uma diferença apropriada, baseada em sintomas, é a presença ou ausência de sintomas respiratórios. Valença e col.<sup>21</sup>, em estudo fenomenológico de ataques de pânico em laboratório, utilizando o teste de indução de ataques de pânico com CO<sub>2</sub> a 35% (agente panicogênico) em uma amostra com 31 pacientes com TP, encontraram que os sintomas respiratórios como dificuldade de respirar e sensação de sufocação/asfixia, foram os mais frequentes sintomas de ataque de pânico apresentados após a inalação de CO<sub>2</sub>. Biber e Alkin<sup>22</sup>, em estudo com metodologia semelhante, utilizaram o teste de indução de ataques de pânico com CO<sub>2</sub> a 35% em 51 pacientes com TP. Estes foram divididos em dois subtipos: um "respiratório" (n=28), que apresentava sintomas respiratórios proeminentes, e outro "não respiratório". Foi verificado que 22(79%) dos 28 pacientes do subtipo "respiratório" e 11(48%) dos 23 pacientes do subtipo "não respiratório" apresentaram ataques de pânico após inalação de CO<sub>2</sub>

a 35% (diferença estatisticamente significativa). É levantada a hipótese de que indivíduos com subtipo "respiratório" de TP seriam mais sensíveis ao teste de indução de ataques de pânico com CO<sub>2</sub>.

Bandelow e col.<sup>23</sup> encontraram que um grupo de pacientes com TP com sintomas cardiorespiratórios (medo de morrer, dor no peito, dispneia, parestesias e sensação de sufocação) tinham menos ataques de pânico situacionais e mais ataques de pânico espontâneos. Biber e Alkin<sup>22</sup> apontam para o fato de que, de forma geral, aqueles pacientes com sintomas respiratórios proeminentes têm mais ataques de pânico espontâneos e noturnos; história de experiência traumática passada de sufocação; passado de doenças respiratórias; história de tabagismo pesado; maior duração do TP; e melhor resposta ao tratamento com antidepressivos tricíclicos. De acordo com Freire e Nardi<sup>24</sup>, estudos indicam que os pacientes com TP que apresentam sintomas respiratórios dominantes são particularmente sensíveis a testes respiratórios, comparados àqueles que não manifestam sintomas respiratórios dominantes, representando um subtipo distinto.

O estudo fenomenológico do TP é importante por poder identificar subtipos de TP, com curso, evolução e gravidade diversos, bem como respostas terapêuticas distintas. O maior estudo desse tema certamente poderá contribuir para elucidação de intervenções terapêuticas mais específicas para diferentes apresentações clínicas do TP.

*Correspondência:*  
R. Conde de Bonfim, 232, sala 511- Tijuca  
Rio de Janeiro  
CEP 20520-054  
Email: avalen@uol.com.br

*Não há conflitos de interesse  
Não houve fontes de financiamento.*

## Referências

- 1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. 3rd edition. Washington, DC, 1980.
- 2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. 3rd edition-revised. Washington, DC, 1987.
- 3. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-IV-quarta edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 4. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4a Ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2002.
- 5. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- 6. Faravelli C, Paionni A. Panic disorder: clinical course, morbidity and comorbidity. In: Anxiety Disorders: An Introduction to Clinical Management and Research. Eric JL Griez, Carlo Faravelli, David Nutt, Joseph Zohar. New York: John Wiley & Sons, Ltd, pp 53-79, 2001.
- 7. Gorman JM, Liebowitz MR, Fyer AJ, Stein J. A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146 (2): 148-161.
- 8. Ballenger JC. Panic disorder in the medical setting. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(suppl 2): 13-17.
- 9. Katon W. Panic disorder and somatization. *Am J Medicine* 1984; 77: 101-106.
- 10. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Washington, DC, 1998.
- 11. Mellman TA, Udhe TW. Electroencephalographic sleep in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 178-184.
- 12. Klein DF, Gorman JM. A model of panic and agoraphobia development. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76 (335 suppl): 87-95.
- 13. Andrews G, Slade T. Agoraphobia without a history of panic disorder may be part of the panic disorder syndrome. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 624-630.
- 14. Klein DF. Anxiety reconceptualised. In: Klein DF, Raskin J. Anxiety: New Research and changing concepts. New York: Raven Press, 1981.
- 15. Noyes R, Crowe RR, Harris EL, et al. Relationship between panic disorder and agoraphobia: a family study. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 227-232.
- 16. Klein DF, Klein HM. The status of panic disorder. *Current Opinion in Psychiatry* 1988; 1: 177-183.
- 17. Shioiri T, Someya T, Murashita J, Takahashi S. The symptom structure of panic disorder: a trial using factor and cluster analysis. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 80-86.
- 18. Margraf J, Taylor B, Ehlers A, Roth WT, Agras WS. Panic attacks in the natural environment. *J Nerv Mental Disease* 1987; 175: 558-565.
- 19. De Beurs E, Garses B, Buikhuisen M, Lange A, Van Balkom A, Dyck R. Continuous monitoring of panic. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 38-45.
- 20. Briggs AC, Stretch DD, Brandon S. Subtyping of panic disorder by symptom profile. *Brit J Psychiatry* 1993; 163:201-209.
- 21. Valença AM, Nardi AE, Nascimento I, Mezzasalma MA, Lopes FL, Zin WA. Ataques de pânico provocados pelo dióxido de carbono: estudo clínico-fenomenológico. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23 (1): 15-20.
- 22. Biber B, Alkin T. Panic disorder subtypes: differential responses to CO<sub>2</sub> challenge. *Am J Psychiatry* 1999; 156(5): 739-744.
- 23. Bandelow B, Amering M, Benkert O, et al. Cardio-respiratory and other symptom clusters in panic disorder. *Anxiety* 1996; 2: 99-101.
- 24. Freire RC, Nardi AE. Panic disorder and the respiratory system: clinical subtype and challenge tests. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34(Supl1):S32-S52.