

SÍNDROME DE PÂNICO

O que é?

O transtorno do pânico é definido como crises recorrentes de forte ansiedade ou medo. As crises de pânico são entendidas como intensas, repentinas e inesperadas que provocam nas pessoas, sensação de mal estar físico e mental juntamente a um comportamento de fuga do local onde se encontra, seja indo para um pronto socorro, seja buscando ajuda de quem está próximo.

A reação de pânico é uma reação normal quando existe uma situação que favoreça seu surgimento. Estar num local fechado onde começa um incêndio, estar afogando-se ou em qualquer situação com eminente perigo de morte, a sensação de pânico é normal. O pânico passa a ser identificado como patológico e por isso ganha o título de transtorno do pânico quando essa mesma reação acontece sem motivo, espontaneamente. Nas situações em que a própria vida está ameaçada o organismo toma medidas que normalmente não tomaria, perdendo o medo de pequenos perigos para livrar-se de um perigo maior. Para fugir de uma cobra podemos subir numa árvore mesmo tendo medo de altura ou fazendo esforços incomuns, sofrendo pequenos ferimentos que no momento não são percebidos. O estado de pânico é portanto uma reação normal e vantajosa para a auto-preservação. Aqueles que fogem mais rapidamente do perigo de morte têm mais chances de sobreviver.

O diagnóstico

O diagnóstico do transtorno do pânico possui critérios bem definidos, não podemos classificar como transtorno do pânico qualquer reação intensa de medo. Assim sendo estão aqui apresentados os critérios usados para fazer este diagnóstico.

a) Existência de vários ataques no período de semanas ou meses. Quando houve apenas um ataque é necessária a presença de significativa preocupação com a possibilidade de sofrer novos ataques ou com as consequências do primeiro ataque. Isto é demonstrado pela preocupação com doenças, intenção de ir ao médico e fazer exames, vontade de informar-se a respeito de manifestações de doenças.

b) Dentre vários sintomas pelo menos quatro dos seguintes devem estar presentes:

- 1- Aceleração da frequência cardíaca ou sensação de batimento desconfortável.
- 2- Sudorese difusa ou localizada (mãos ou pés).
- 3- Tremores finos nas mãos ou extremidades ou difusos em todo o corpo.
- 4- Sensação de sufocação ou dificuldade de respirar.
- 5- Sensação de desmaio iminente.
- 6- Dor ou desconforto no peito (o que leva muitas pessoas a acharem que estão tendo um ataque cardíaco)
- 7- Náusea ou desconforto abdominal
- 8- Tonteiras, instabilidade sensação de estar com a cabeça leve, ou vazia.
- 9- Despersonalização* ou desrealização**.
- 10- Medo de enlouquecer ou de perder o controle de si mesmo.
- 11- Medo de morrer.
- 12- Alterações das sensações táteis como sensação de dormências ou formigamento pelo corpo.
- 13- Enrubescimento ou ondas de calor, calafrios pelo corpo.

*A despersonalização é uma sensação comum nos estados ansiosos que pode surgir mesmo fora dos ataques de pânico. Caracteriza-se por dar a pessoa uma sensação de não ser ela mesma, como se estivesse saindo de dentro do próprio corpo e observando a si mesmo.

**A desrealização é a sensação de que o mundo ou o ambiente em volta estão diferentes, como se fosse um sonho ou houvesse uma névem.

Essas duas sensações ocorrem em aproximadamente 70% da população geral não significando como ocorrência isolada uma manifestação patológica.

c) Há substâncias que podem gerar reações de pânico como os estimulantes. Quando o pânico ocorre sob esse efeito não se pode dar este diagnóstico assim como também não pode ser dado em decorrência de outros estados ansiosos anteriores como um ataque de pânico secundário a uma exposição forçada de um fóbio social por exemplo.

Causas

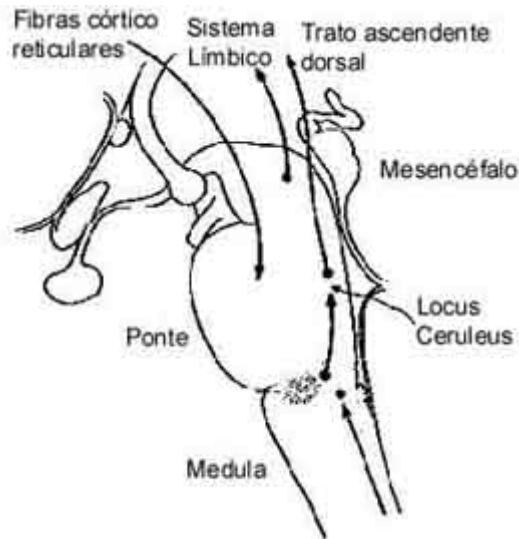
As causas dos ataques de pânico são desconhecidas. Contudo cada um dos pensamentos teóricos vigente possuem suas próprias teorias. Observa-se também que os pacientes ao procurarem o psiquiatra pela primeira vez geralmente possuem suas próprias teorias ou explicações para o que está acontecendo consigo. Por enquanto a única recomendação que o médico pode dar aos seus pacientes é de não pensarem a respeito pois como não existem bases comprovadas para se especular a respeito das causas do pânico, qualquer idéia tem muito mais chances de estar errada do que certa. O paciente deve preocupar-se em seguir o tratamento e levar sua vida normalmente ao invés de descobrir as causas de seu transtorno.

SÍNDROME DE PÂNICO

Teorias

Neuroanatômica:

Baseando no princípio de que o ataque de pânico é uma perturbação do sistema fisiológico que regula as crises normais de medo e ansiedade, cientistas elaboraram hipóteses do fluxo de acontecimentos no cérebro dos pacientes com pânico. Na figura abaixo está indicado que a reação de pânico começa no locus ceruleus (LC) porque sua estimulação produz quase todas as reações fisiológicas e autonômicas do pânico. O LC por outro lado se conecta ao nervo vago que se estende a regiões do tórax e abdômen, podendo explicar a origem do mal estar abdominal, sensação de sufocação e taquicardia tão frequentes nas crises de pânico. A ponte, onde está localizado o LC, possui amplas conexões com o sistema límbico logo acima e é neste sistema onde se localizam as reações de medo e ansiedade. A ponte é também caracterizada por estar fora da área onde se pode exercer influência voluntária como na córtex, isto poderia explicar a origem inesperada e incontrolável das crises.



Comportamental

Para o modelo comportamental a teoria neuroanatômica é insuficiente. Vários princípios comportamentais estão envolvidos no desenvolvimento do pânico: o condicionamento clássico, o princípio do medo do medo, a teoria da interpretação catastrófica e a sensibilidade a ansiedade. No princípio do condicionamento clássico o paciente desenvolve o medo a partir de um determinado estímulo e sempre que exposto a esse estímulo, a recordação de medo é evocada fazendo com que a pessoa associe a idéia do medo ao local onde se encontra. Por exemplo, ao passar num túnel caso sinta-se mal por qualquer motivo passa a relacionar o túnel ao mal estar e gerando equivocadamente nova reação de ansiedade, que passa a ser reforçada pelo alívio da saída do túnel. Este modelo não pode explicar todas as crises de pânico nem é pretensão do pensamento comportamental explicar tudo a partir de uma só teoria comportamental.

Psicanalítica

A teoria psicanalítica afirma que as crises de pânico se originam do escape de processos mentais inconscientes até então reprimidos. Quando existe no inconsciente um processo como uma idéia, ou um desejo, ou uma emoção com o qual o indivíduo não consegue lidar, as estruturas mentais trabalham de forma a manter esse processo fora da consciência do indivíduo. Contudo quando o processo é muito forte ou quando os mecanismos de defesa enfraquecem, os processos reprimidos podem surgir "desautorizadamente" na consciência do indivíduo pela crise de pânico. A mente nesse caso trabalha no sentido de mascarar a crise de tal forma que o indivíduo continue sem perceber conscientemente o que de fato está acontecendo consigo. Por exemplo o indivíduo tem uma atração física por uma pessoa com quem não pode estabelecer contato, por exemplo a própria irmã. Este desejo então fica reprimido porque a real manifestação dele causaria intensa repulsa, raiva ou nojo de si próprio. Para que esses sentimentos negativos permaneçam longe da consciência a estrutura mental do indivíduo a mantém o desejo reprimido. Caso esse desejo surja apesar do esforço por reprimir, o aparato mental o transforma o desejo noutra imagem, podendo esta ser uma crise de pânico. Uma vez que o equilíbrio mental foi ameaçado o funcionamento mental inconsciente transforma o conteúdo da repressão numa crise de pânico.

SÍNDROME DE PÂNICO

Grupos de Risco

Aproximadamente 1,5 a 2% das pessoas é afetada por esse transtorno, o que significa uma prevalência alta, sendo ainda mais alto, de 3 a 4% se os critérios para diagnóstico não forem inteiramente preenchidos, ou melhor, se considerarmos as crises parciais e os quadros de ataques de ansiedade atípicos. As mulheres são mais afetadas do que os homens, sendo aproximadamente o dobro a incidência do transtorno do pânico sobre as mulheres em relação aos homens, a proporção então é de duas mulheres para cada homem. A idade de início concentra-se em torno dos trinta anos, podendo começar durante a infância ou na velhice. A mulher de 30 anos é o grupo sobre o qual observa-se maior incidência desse transtorno.

Tempo de Duração

O curso do pânico é imprevisível, tanto pode durar alguns meses como pode durar vários anos. Desde que o pânico começou a ser estudado, há poucas décadas, ainda não foi possível se verificar em que porcentagem ele dura a vida toda. Os estudos de longo seguimento chegam a perto de uma década e aproximadamente 10% dos pacientes continua sintomático após esse período, ou seja, continua tendo ataques de pânico quando as medicações são suspensas. É importante notar que o tratamento não cura o pânico, apenas suprime os sintomas e permite o paciente ter uma vida normal, mas a suspensão do tratamento leva a uma recaída caso não tenha ocorrido uma remissão espontânea do transtorno. Mesmo bem conduzido o tratamento não há nenhuma garantia de cura, ou os sintomas remitem sozinhos ou permanece a necessidade de utilização das medicações. Há relatos de casos de remissão espontânea durante a gestação

Medicações

O tratamento mais recomendado para o bloqueio das crises são os psicofármacos. Os antidepressivos de todos os grupos e os tranquilizantes são eficazes no controle das crises. Atualmente mediante a disponibilidade de vários psicofármacos, dificilmente um paciente não melhora com alguma medicação. Todos os grupos de antidepressivos testados mostraram-se eficazes, os tricíclicos e tetracíclicos, os inibidores da recaptção da serotonina e os inibidores da MAO. Apesar de todos os grupos terem sido testados com sucesso nem todas as medicações de cada grupo foi cientificamente testada, presume-se apenas que sejam eficazes. Assim, também os tranquilizantes benzodiazepínicos foram testados e dependendo da dose, todos obtiveram sucesso. A decisão quanto a escolha da medicação deve obedecer a critérios básicos como outras doenças presentes no paciente, portadores de glaucoma não podem tomar tricíclicos, por exemplo. Interações com outras medicações já em uso, história de reação indesejável a determinadas medicações em escolha, características individuais como os pacientes obesos devem optar preferencialmente pelos inibidores da recaptção da serotonina, os pacientes muito magros por tricíclicos. Pessoas com problemas sexuais devem evitar os inibidores da recaptção da serotonina. Por fim como há entre essas medicações marcante diferença de preços é válido considerar isso como critério de escolha desde que não seja feita em detrimento do bem estar do paciente.

Quanto a estratégia de uso das medicações, é recomendável que os antidepressivos sejam evitados isoladamente no início do tratamento. Como essas medicações só passam a bloquear as crises após duas semanas em média, e provocam uma piora do pânico no começo, é preferível que nesta fase seja dado junto ao antidepressivo, um tranquilizante, que tanto poderá ser suspenso depois, como continuar sozinho em monoterapia. Os tranquilizantes de escolha são os de alta potência, embora os de baixa potência podem ser usados em doses mais elevadas.

Terapias

A terapia cognitivo-comportamental é a única que pode ser indicada para o tratamento do pânico, contudo as medicações são mais rápidas no bloqueio das crises. Há pesquisadores que contestam o uso da terapia cognitivo-comportamental para o transtorno do pânico, indicando apenas para o tratamento da agorafobia.

Consequências do pânico

Frequentemente encontramos entre os paciente com pânico certas reações distintas do próprio pânico mas oriundas dele. A mais comum é a agorafobia que possui uma seção especial a ela dedicada. A ansiedade antecipatória é uma ocorrência comum em outros transtornos de ansiedade, trata-se simplesmente da preocupação excessiva que antecede o eventos às vezes por alguns dias. Como o paciente com pânico nunca sabe quando sofrerá nova crise está sempre apreensivo, quando relaciona a crise a determinado local ou situação passa a ter ansiedade referentes a eles. A evitação é o comportamento decorrente da atribuição do local a sua crise, quem tem medo de ter crises em túneis por exemplo dá voltas maiores para evitá-lo. Por fim, a hipocondria é uma manifestação frequente no transtorno do pânico, apesar de encontrarmos poucas referências nos livros a esse respeito, na prática é uma relação bastante comum. Como as crises são fortes e muitas vezes associadas a mal estar cardíaco, os pacientes acreditam que sofrem algum mal cardiológico e por isso são encontrados nos consultório e laboratórios de exames cardíacos, além das emergências gerais quando julgam estarem tendo um ataque cardíaco.

SÍNDROME DE PÂNICO

Coração

A ligação entre o pânico e doenças cardíacas é nula conforme diversos estudos mostraram, ou seja, não existem evidências de que os ataques de pânico com forte dores no peito venham a provocar qualquer tipo de doença cardíaca, nem as doenças cardíacas por outro lado podem causar pânico.

O prolapso da válvula mitral é um alteração anatômica cardíaca inócua frequentemente encontrada dentre os pacientes com pânico. Não se sabe ainda se existe alguma ligação genética entre o prolapso e o pânico, não há nenhuma prova de que o pânico leve a formação do prolapso nem o prolapso cause pânico pois, muitas pessoas têm prolapso sem terem pânico. A concomitância entre essas duas manifestações médicas é reconhecida e não muda em nada a evolução, o tratamento e a gravidade do pânico, assim como o pânico não agrava o prolapso.

Como a sintomatologia aparentemente cardíaca é grande no transtorno do pânico, a frequência desses paciente nos consultórios cardiológicos é grande. Muitos pacientes mesmo depois de convencidos de que não têm nada no coração continuam indo às emergências com receio de infarto do miocárdio

Problemas gerais que podem se parecer com ataques de pânico

Nenhuma doença mental é letal nem provoca sequelas, mas outras doenças médicas podem, por isso, sempre que há suspeitas da existência de algum problema clínico causando uma manifestação parecida ao pânico, é imprescindível investigar outros problemas médicos. As doenças mais parecidas aos ataques de pânico são:

1. Hipertireoidismo ou hipotireoidismo
2. Hiperparatireoidismo
3. Feocromocitoma
4. Disfunções vestibulares
5. Convulsões
6. Intoxicação do sistema nervoso central
7. Doenças cardíacas

1. As alterações da tireoide geralmente possuem vários outros sintomas inexistentes no pânico, como alterações significativas do peso, do dinamismo, da pele por exemplo, além de poder ser diagnosticada através da dosagem dos hormônios sanguíneos. As crises do pânico pelas alterações da tireoide podem até ceder com um tratamento, mas isso não melhora o estado para o organismo. O tratamento do pânico pode ser realizado enquanto se procede o devido controle hormonal.

2. O hiperparatireoidismo é menos comum, mas alterações metabólicas podem fazer com o que o paciente tenha fortes perturbações físicas que se exteriorizam como crises de pânico.

3. O feocromocitoma é raro, trata-se do excesso de adrenalina e outras catecolaminas circulantes. Além de crises de pânico o paciente pode sentir tremores, cefaléia, taquicardia, sudorese, ansiedade, ruborização, hipertensão, de forma que é muito parecido aos sintomas do pânico. Através da dosagem das catecolaminas, em 24h este problema pode ser descartado.

4. As disfunções vestibulares são as perturbações do vestibulo auditivo e o cerebelo. As perturbações vestibulares cursam com tonteadas, enjoos, vômitos e desequilíbrios mas não proporcionam sensação de medo. Apesar disso pode ser confundida com o pânico.

5. Convulsões por serem inesperadas e de curta duração podem se parecer com crises de pânico. As convulsões que cursam com perda dos sentidos e queda podem ser descartadas porque o pânico não provoca isso, somente as crises que não provocam perda de consciência podem ser consideradas como possíveis crises de pânico.

6. O uso de certas substâncias como cocaína ou estimulantes podem levar a crises de pânico típicas, mas não provocam o transtorno do pânico, ou seja, uma vez eliminadas as substâncias psicotrópicas as crises de ansiedade cessam sem deixar esse tipo de sequela.

7. Os problemas cardíacos devem sempre ser descartados. Um paciente com quadro clínico compatível com transtorno do pânico e queixas cardíacas deve ser encaminhado rotineiramente para o atendimento cardiológico. Caso surja algum problema será uma mera coincidência, mas é melhor errar por excesso de zelo do que esperar consequências danosas para o coração. É recomendável que isso seja feito pois muitas medicações que tratam o pânico provocam pequenas alterações no ritmo cardíaco.

SÍNDROME DE PÂNICO

Aos parentes

Frequentemente os paciente com pânico sofrem muito duas vezes, a primeira por causa dos ataques e suas consequências e a segundo por causa da incompreensão de que são vítimas. Como médico canso-me de ouvir de meus pacientes que seus filhos, pais, cônjugues criticam-no por causa das crises achando que são frescuras, que está na verdade precisando apanhar...!!?? É verdade, a primeira coisa que os parentes têm que fazer é compreender, aceitar e apoiar os pacientes. O transtorno do pânico é uma doença como outra qualquer, o paciente não escolheu tê-la, nem pode evitá-la.

Aqui estão algumas recomendações às pessoas que convivem com quem tem pânico:

Nunca diga:

Relaxe, acalme-se...

Você pode lutar contra isso...

Não seja ridícula(o)!

Não seja covarde!

Você tem que ficar (quando o paciente quer sair de onde está)

Recomendações

1. Não faça suposições a respeito do que a pessoa com pânico precisa, pergunte a ela.
2. Seja previsível, evite surpresas
3. Proporcione a quem sofre de pânico a paz necessária para se recuperar.
4. Procure ser otimista para com quem pânico, procure aspectos positivos nos problemas.
5. Não sacrifique sua própria vida pois acabará criando ressentimentos.
6. Não entre em pânico quando o paciente com pânico tiver um ataque.
7. Seja paciente e aceite as dificuldades de quem tem pânico mas não se conforme como se ela(e) for uma inválida(o).