



# Revista Transdisciplinar

Uma oportunidade para o Livre Pensar

Vol. 2 - Ano 1 - Nº 2 - Julho / 2013

ISSN 2317-8612

## 3. SÍNDROME DE PÂNICO: DIAGNÓSTICO E PERSPECTIVAS QUANTO AO TRATAMENTO TRANSDISCIPLINAR

Uma Abordagem da Medicina à Psicologia Transpessoal

Norma Alves de Oliveira\*

Um dos distúrbios psíquicos enquadrado nos transtornos de ansiedade que tem causado imenso sofrimento na humanidade tem sido o Transtorno de Pânico. Estudos epidemiológicos calculam que aproximadamente seis milhões de norte-americanos adultos apresentem transtorno de pânico, dentre os quais, apenas 60% dos diagnosticados nas unidades de atenção primária cuja prevalência é em torno de 19%, recebem tratamento adequado (MELLO, 2008). Na proporção de 2:1, é mais frequente nas mulheres.

Desde 1980 que o diagnóstico Transtorno de Pânico foi inserido na terceira edição da classificação norte-americana de Psiquiatria, no DSM-III (Manual de Diagnósticos e Estatísticas de Transtornos Mentais) (MELLO; VALENTE, 2007), no entanto, entendemos que o transtorno sempre existiu de forma significativa, porém não era devidamente diagnosticado.

Inúmeras vezes nos serviços de urgência de hospitais gerais vimos chegar pessoas expressando intensa ansiedade ou medo ao extremo, ritmo cardíaco acelerado, taquipneia, sudorese, tremores, sensação iminente de morte, sensação de sufocamento e/ou asfixia, dor ou desconforto torácico, náuseas ou desconforto abdominal, sensação de tontura, despersonalização (estar distanciado de si mesmo), sensação de irrealidade, medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer, calafrio ou ondas de calor, parestesia (sensação de

formigamento) e, no entanto, era tratado como apresentando questões somáticas ou conversivas, em que muitas vezes com o perjurativo de *Pitti*, recebiam um placebo em meio a gozações com desvalorização daquela dor profunda da alma. Tem recebido na área médica denominações diversas como: síndrome do coração irritável, síndrome de DaCosta, síndrome do esforço, síndrome da hiperventilação, astenia neurocirculatória, etc. (RAMOS, 2009)

### Quadro Clínico

O Transtorno de Pânico caracteriza-se por ataques recorrentes de início brusco, podendo atingir seu pico máximo em até 10 minutos e durar em torno de 15 a 30 minutos, com sensação súbita e inesperada de terror (RAMOS, 2009).

A pessoa apresenta mal-estar súbito, medo, sensação de perigo e morte iminente, ameaça à integridade física e mental, palpitações ou ritmo cardíaco acelerado, sudorese, tremores ou abalos, sensações de falta de ar ou sufocamento, sensações de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio, medo de perder o controle ou enlouquecer, parestesia (anestesia ou sensações de formigamento), calafrios ou ondas de calor, desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo).

\* Norma Alves de Oliveira - Psiquiatra e Psicanalista Transpessoal. Mestre em Ciências da Saúde. Autora e participante de livros sobre a Transpessoal. Coordenou pós-graduações na área de Transpessoal.

Surge, então, a agorafobia que se caracteriza pelo medo e comportamento de evitação de um novo ataque (APA, 2000; RAMOS, 2009). O medo de ter novos ataques faz com que o sujeito em crise evite lugares onde o socorro seja de difícil acesso, alguns tendendo ao isolamento social.

A princípio, o paciente pensa estar apresentando um ataque cardíaco e acha que vai morrer. Faz uma peregrinação interminável aos prontos-socorros de hospitais gerais. Frequentemente, procura um cardiologista, achando que está com um infarto agudo do miocárdio (OLIVEIRA, 2005).

O cardiologista faz os inúmeros exames e constata que o coração, do ponto de vista orgânico, está funcionando perfeitamente bem. Recebe do profissional o diagnóstico que a princípio poderia aliviá-lo: “Você não tem nada.” Muitas vezes o médico ainda diz: “A sua saúde está melhor do que a minha.” Só que o paciente sabe o que sentiu e longe de ficar satisfeito com o diagnóstico, fica mais angustiado ainda. Ele sentiu algo que lhe causou a sensação de morte e fica achando que a qualquer momento pode morrer em qualquer lugar (OLIVEIRA, 2005).

Não satisfeito com o diagnóstico, o paciente sai em busca de vários médicos. Os vários médicos dizem que ele não tem nada e, assim começa a achar que tem uma doença muito grave que médico nenhum consegue descobrir. Se ele tem condições financeiras, vai para outro estado e faz os exames mais sofisticados que houver na tentativa de descobrir que doença grave tem. Fica nessa caminhada até que alguém lhe diz que seu problema é de nervos e ele então vai para o neurologista, que de tanto receber esses casos, diagnostica a situação. Alguns prescrevem e encaminham para o psiquiatra; outros continuam apenas mantendo o tratamento farmacológico à base de antidepressivos e ansiolíticos (OLIVEIRA, 2005).

## **O Que Causa o Transtorno de Pânico**

### **Fatores Neurobiológicos**

Na causalidade acadêmica, os estudos científicos apontam para anormalidades biológicas na estrutura e função cerebral. Supõe-se que o sistema

nervoso autônomo do paciente com transtorno de pânico tenha um tônus simpático anormal, adaptando-se mais lentamente a estímulos repetidos.

Os principais neurotransmissores envolvidos em alterações seriam a noradrenalina, a serotonina e o ácido gamaaminobutírico.

### **Fatores Genéticos**

Fatores genéticos têm sido aventados a partir de dados estatísticos. O índice entre parentes do primeiro grau tem se revelado quatro a oito vezes mais, em comparação a outros distantes, e também tem se levado em consideração a incidência entre gêmeos monozigóticos.

### **Fatores Ambientais**

Situações estressantes, sobrecarga emocional e mental podem gerar sintomas somáticos no cotidiano do ser humano sem causar maiores apreensões. São frequentes na clínica as queixas de falta de ar, cefaleia, dores nos ombros e nas costas, taquicardia, formigamento nas mãos e pés, aumento da pressão arterial, tontura, uma “pontada” no peito, mal-estar gástrico, etc.

A síndrome de pânico tem se alastrado com características de uma epidemia na sociedade moderna. Supõe-se que o excesso de informações é um dos grandes responsáveis pelas ameaças à integridade física e emocional. Disso decorre, um estado de estresse cerebral com repercussões orgânicas e psíquicas como comprometimento do sistema imunológico, sofrimento orgânico, podendo advir lesões e sofrimento psíquico. Embora o indivíduo não perceba conscientemente, na síndrome de pânico há fatores etiológicos externos e internos multicausais a serem cuidados no tratamento multidimensional, pois o tratamento precisa ir além do procedimento com uso exclusivo de psicofármacos.

Em situações de perigo, o ser humano lança mão de um complexo sistema de defesa, preparando-se para a luta ou fuga. O fenômeno é automático, pois não há tempo para elaborações. Ocorre então reações orgânicas e emocionais como aceleração dos batimentos cardíacos, retenção de sangue em regiões centrais,

retesamento muscular, estado de alerta. Essas reações são viabilizadas pela liberação de substâncias neuroquímicas gerenciadas pelas regiões subcorticais. Assim que cessa o perigo, a situação orgânica e psíquica volta à normalidade.

Quando essas reações surgem inesperadamente sem um dispositivo perceptível, ou seja, sem uma ameaça que as justifique, temos então a síndrome de pânico (DEUS, 2010).

No Transtorno de Pânico, o indivíduo literalmente entra em pânico, sentindo uma ameaça de morte iminente ou de enlouquecimento. O desespero diante do que pensa estar acontecendo, o deixa hiperreativo, maximizando e desencadeando os sintomas. Instala-se, então, um mecanismo de *feedback* no qual os sintomas desencadeiam o pânico que por sua vez agravam os sintomas.

O estado de alerta diante dos sintomas ameaçadores confirmam a sua hipótese de que algo muito grave está acontecendo e isso gera um comportamento de medo e evitação. O sujeito, se não tratado em tempo hábil, desenvolve uma fobia social secundária, pois buscará ficar em lugares seguros que lhe permitam um socorro caso os sintomas reapareçam. Começa então uma série de consultas repetidas em vários médicos de diversas especialidades, até que ao aceitar ir para um psiquiatra, geralmente o último especialista a ser procurado, inicia, a depender da formação do profissional, um tratamento clínico à base de antidepressivos e ansiolíticos para tratar dos distúrbios neurofisiológicos.

### **Fatores Psicodinâmicos (Abordagens psicoterápicas)**

As abordagens psicoterápicas têm desenvolvido suas teorias tentando dar suas contribuições a respeito da origem dos transtornos de pânico, encontrando na história de vida do sujeito e nos fatores ambientais a gênese do transtorno. De acordo com o princípio de cada abordagem, teremos um tratamento apropriado. Mais considerações com relação as abordagens psicológicas:

### **Associação com Outras Doenças**

O transtorno de pânico apresenta alta comorbidade com outras doenças clínicas como depressão, distúrbios de conduta, dependência química, prolapso de válvula mitral, *angina pectoris*, cardiomiopatia idiopática, hipertensão arterial instável, doenças respiratórias, enxaquecas, dores de cabeça, úlcera péptica, *diabetes mellitus* e doenças da tireóide (MELLO, 2008).

### **Consequências Biopsicossociais**

Em virtude dos ataques de pânico apresentarem sintomas semelhantes, na maioria das vezes os pacientes acreditam estar apresentando um ataque cardíaco, surgindo o pavor da morte ou de enlouquecer. Muitos adotam um comportamento com inúmeras restrições em suas vidas, evitando atividades normais como ir ao supermercado, ausência no trabalho, abstenção de atividades de lazer, medo de dirigir, etc. Além do isolamento e casa, só se sentem seguros com alguém por perto, alguém que possa lhe socorrer caso ele venha a ter um novo ataque. Passa a ter medo de lugares abertos e com muita gente, pois se algo acontecer, ele pode não receber o socorro necessário. O paciente desenvolve, então, uma agorafobia secundária.

O Transtorno de Pânico leva a gastos exorbitantes com a saúde, tanto por parte do paciente, como também dos órgãos públicos e planos de saúde, pois o paciente vai a inúmeros médicos, não especialistas, devido a multiplicidade de sintomas. Clínicos e cardiologistas são os mais requisitados. Em média, os pacientes com transtorno de ansiedade visitam clínicos gerais ou outros especialistas cerca de seis vezes antes de passarem por uma avaliação psiquiátrica.

Estudos revelam que indivíduos com transtorno de pânico têm mais chances de apresentarem doenças cardiovasculares, gastrintestinais e respiratórias e apresentam pior prognóstico nas doenças clínicas quando ocorre associação com o Transtorno de Pânico.

O Transtorno de Pânico leva a prejuízos funcionais e na qualidade de vida.

### **Diagnóstico Diferencial**

No diagnóstico do Transtorno de Pânico é necessário ficar atento com a

possibilidade de outras doenças que podem apresentar sintomatologia semelhante como a *angina pectoris*, a hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas, hipertireoidismo, uso abusivo de estimulantes (caféina, cocaína, metanfetamina), crises epilépticas e feocromocitoma.

### Como Tratar o Transtorno de Pânico

O tratamento medicamentoso, desde o início, é necessário, porém, sendo um transtorno que envolve os aspectos multidimensionais do ser humano, o tratamento requer uma abordagem integrada que inclua os aspectos físicos, emocionais, mentais, existenciais e energéticos. As alterações neurobiológicas implicam o uso de psicofármacos como antidepressivos e ansiolíticos, visando normalizar os níveis afetados dos neurotransmissores e obter alívio dos sintomas que afetam a qualidade de vida do sujeito. Importante levar em consideração a particularidade de cada paciente para a escolha do tratamento adequado. Se houver outras patologias associadas, é necessário um tratamento em conjunto.

### Tratamento Farmacológico

Os psicofármacos aliviam o sofrimento psíquico, embora os fatores etiológicos permaneçam e quando o sujeito se vê sem o efeito anestésico que a medicação possibilita, a síndrome volta com mais carga de sofrimento potencializada pelo sentimento de desesperança. É o fenômeno que constatamos na clínica quando o paciente vem de tratamentos nos quais se utilizam apenas os psicofármacos.

### Antidepressivos tricíclicos (ATDs)

Os ATDs foram as primeiras drogas a serem utilizadas. A imipramina e a clomipramina são reconhecidos pela sua eficácia devido ao fato de terem uma ação serotoninérgica mais incisiva, porém devem ser evitados quando há comorbidade com doenças cardíacas e glaucoma (RAMOS, 2009).

### Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs)

Os ISRSs também são eficazes e com melhor adesão ao tratamento, pois eles têm menos efeitos colaterais em relação aos ATDs e inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) que foram bastante usados anteriormente, além de facilitarem quanto à posologia, o que tem permitido o uso frequente por médicos de outras especialidades. Confrontados com os benzodiazepínicos (BZDs), também bastante utilizados, levam vantagem em relação ao risco de dependência. No entanto, estudiosos alertam para a síndrome de descontinuação, caracterizada por tonturas, náuseas, letargia e dores de cabeça diante da parada brusca dos ISRSs (CHANG:TENG, (2010).

Nos últimos 10 anos, os ISRSs como fluvoxamina, paroxetina, fluoxetina, sertralina, citalopran e escitalopran tiveram sua eficácia comprovada e passaram a ser a primeira linha de tratamento (PUL; DAMSA, 2008).

### Benzodiazepínicos (BZDs)

Os BZDs como o clonazepan, alprazolam e lorazepan são frequentemente utilizados sozinhos ou combinados com um ISRSs por serem bem tolerados e seguros quanto aos efeitos colaterais, sendo, portanto, considerados de primeira linha para o tratamento (PUL; DAMSA, 2008; CHANG, TENG, 2010). O clonazepam que tem uma meia-vida longa de 20 a 50 horas, possibilita um início de tratamento com doses baixas, geralmente de 0,5 a 1mg por dia// e a seguir vai aumentando de acordo com a evolução clínica do paciente. O alprazolam que mostrou uma eficácia no alívio dos sintomas semelhante aos ADTs com efeitos nos sistemas noradrenadrenérgicos, proporcionando *down regulation* de receptores beta-adrenérgicos pós-sinápticos e aumento da atividade da proteína P que acopla o receptor pós-sináptico ao sistema energético intraneuronal, o que justificaria o efeito antipânico e antidepressivo da substância (CHANG, TENG, 2010).

### Outros Medicamentos

A venlafaxina (inibidor da receptação da serotonina e da noradrenalina) e alguns anticonvulsivantes (valproato, carbamazepina e gabapentina) têm sido avaliados.

A venlafaxina se mostrou eficaz na redução da frequência dos ataques de pânico e na melhora da ansiedade antecipatória, medo e esquiva (PUL; DAMSA, 2008).

### **Tratamento Psicológico**

O profissional, de acordo com a sua formação psicológica, buscará as causas psicodinâmicas relacionadas com a sintomatologia desencadeada. Os sintomas físicos e psíquicos têm sua psicodinâmica particular, que envolve toda a história do sujeito, desde as questões do cotidiano, às experiências infantis, intrauterinas e de vidas passadas. A psicanálise, a terapia cognitivo-comportamental e a psicologia transpessoal têm operado consideráveis resultados no tratamento do Transtorno de Pânico.

### **O Tratamento Psicanalítico**

As teorias psicanalíticas abordam sobre uma defesa mal sucedida diante de fatores ansiogênicos e vivências de perda não assimiladas psiquicamente. Supõe-se que separações traumáticas na infância afetem o desenvolvimento do sistema nervoso na criança, fazendo com que ele fique mais vulnerável na vida adulta. Novos acontecimentos estressantes na vida adulta se ligariam a situações anteriormente vividas na infância, ativando os fatores neurofisiológicos. A fala, no *setting* psicanalítico, proporciona o acesso ao inconsciente através da associação livre e das intervenções pontuais do psicanalista, liberando a angústia decorrente dos conflitos intrapsíquicos vinculados aos fatores estressantes atuais, possibilitando ressignificação das experiências conscientes e inconscientes relacionadas aos sintomas que configuram o transtorno de pânico (FREUD, 1968; ZIMMERMAN, 2007).

### **A Terapia Cognitivo-comportamental**

A teoria cognitivo-comportamental afirma que a ansiedade em suas diversas manifestações é uma resposta apreendida pela modelagem do comportamento parental ou pelo processo de condicionamento clássico. Estudiosos propõem que o elemento essencial para a instalação e manutenção da síndrome de pânico é a

interpretação catastrófica das sensações experienciadas, que aciona um estado de apreensão e a espiral ascendente da ansiedade, o tratamento requer a neutralização da atribuição catastrófica e do estado de apreensão infundado, através da desativação do esquema de vulnerabilidade, o desafio das interpretações distorcidas das sensações iniciais e o abandono dos comportamentos de segurança. Enfim, desativar a ideia de que as sensações iniciais sinalizam algum perigo ou ameaça de morte ou descontrole iminentes (CLARK, 2005; SALKOSKIS, 2005).

### **Psicologia Transpessoal**

A Psicologia Transpessoal reconhece na gênese profunda dos transtornos de pânico todos os fatores já mencionados, porém aprofunda as pesquisas, enveredando a sua sonda de investigação pelas experiências evolutivas na vida intra-uterina e também em reencarnações passadas (OLIVEIRA, 2005).

O que nos chama a atenção com relação ao Transtorno de Pânico é o fato de que as primeiras crises costumam ser espontâneas sem que o paciente tenha consciência do fator que o desencadeou. Em alguns casos ele aparece como um Transtorno de Estresse Pós-traumático, desencadeado após uma situação traumática que provoque bastante sofrimento. No entanto, experiências consideradas traumatizantes e que determinariam alterações no funcionamento da estrutura cerebral, embora fazendo conexão com os fatores desencadeantes atuais, elas também estiveram presentes na vida de outras pessoas.

Atendo-se à questão genética e hereditária, lembremos que o processo da reencarnação encontra nos genes e cromossomas as matrizes fixadoras das necessidades de reparação do ser em desenvolvimento, renascendo em grupos familiares que lhe propiciem pelo mapa genético, as condições orgânicas e psíquicas para tais reparações. O perispírito, nosso modelo organizador biológico, modela o nosso organismo de acordo com as nossas necessidades espirituais no que se refere às estruturas e funções cerebrais, equipando o nosso cérebro com neurotransmissores que

possam manifestar os fenômenos-resgates necessários para o nosso equilíbrio (FRANCO, 1994). Ou seja, nosso corpo manifesta as necessidades da nossa alma.

Os transtornos psíquicos geralmente procedem do nosso ser profundo, sendo decorrentes das experiências mal-sucedidas em experiências transatas. Criado o espírito simples, para adquirir experiências a esforço próprio, e renascendo para aprimorar-se, as realizações se transferem de uma para outra vida, dando curso ao impositivo da evolução que, enquanto não viger o amor, impulsos evolutivos se imporão através dos processos aflitivos; lembra-nos Joana de Ângelis, acrescentando que a hereditariedade, a família, a presença da mãe castradora ou superprotetora, todos os fenômenos perinatais perturbadores são consequências das referidas ações morais pretéritas. Os conflitos são heranças de experiências fracassadas não elaboradas, deixadas pelo caminho, por falta de conhecimento e de evolução, que se vão adquirindo etapa a etapa no processo dos renascimentos do espírito – seu psiquismo eterno (FRANCO, 1994).

No que se refere ao Transtorno de Pânico, encontram-se comumente, experiências fortemente traumáticas em que se evidencia o papel de vítimas, porém a experiência não foi assimilada, a lição não foi apreendida; ou encontramos experiências em que agiram como algoz, deixando marcas profundas de dor naqueles que estavam juntos encetando a mesma caminhada. Quando foram algozes, a situação é agravada pelo fato daqueles que foram as vítimas interagirem com a consciência culpada. As descargas mentais da vítima, encarnadas ou não, liberam fluidos tóxicos que penetram nas correntes nervosas dos neurotransmissores e estimulam a eliminação de substâncias excessivas que desequilibram o organismo neurofisiológico.

Não descartamos as causas abordadas pelas ciências psíquicas tradicionais, porém fazemos ponte com as de natureza espiritual, ou seja, mesmo que não tenhamos consciência, somos responsáveis pelos transtornos que nos acontecem.

Nos Transtornos de Pânico, encontramos com frequência situações de traumas graves e inesperados como mortes em terremotos, afogamentos, sufocamento,

acidentes terrestres e aéreos, situações de ser enterrado vivo. São situações que provocam pânico, revolta e terror no momento do desencarne, fazendo com que as imagens, sensações e sentimentos vividos fiquem impressas nos dédalos do subconsciente como fixações mentais que são reativadas em situações posteriores para serem curadas. Situações em que o ser foi sepultado vivo geram claustrofobias aterradoras, influenciando de forma decisiva no comportamento do ser. No trabalho terapêutico, a queixa do paciente é analisada com seriedade, porque levamos em consideração a verdade psíquica do sujeito. Uma das angústias reveladas pelos pacientes é estarem sentindo algo que lhe traz profundo sofrimento, e o médico dizer: “Você não tem nada, você é um felizardo, sua saúde está melhor do que a minha”.

No trabalho psíquico nunca dizemos que o sintoma é irracional, ilógico, sem sentido. Se alguém tem medo de entrar em elevador, não adianta dizermos que o elevador é seguro, que a manutenção é bem feita, que nada vai lhe acontecer, porque para o paciente, o medo é real. Quando um paciente revela que teve um ataque súbito com sensação de morte iminente e que acha que vai morrer, que está com medo de ter outro ataque, que acha estar com uma doença grave, nada adianta tentar tranquilizá-lo, dizendo: “Sua saúde está ótima rapaz, você não tem nada, pode ir para casa e dormir tranquilo”. Se uma pessoa diz: “Eu tenho pavor de falar em público, pois eu entro em pânico, acho que alguma coisa ruim vai me acontecer...” de nada adianta dizermos: “Você fala muito bem....”

Diante dessas e outras situações, é preciso termos consciência de que o sentimento e a sensação são reais, embora aparentemente irracionais. Dizemos aparentemente porque não há fatores atuais que justifiquem a expressão dos sintomas e sim os sintomas estão intimamente ligados a crenças e lembranças inconscientes que estão desencadeando aquela situação.

No entanto, quando aprofundamos no sentido de acessarmos as experiências psíquicas que estariam originando o transtorno, além de situações vividas nessa existência, encontramos ressonância simbólica com traumas de vida intra-uterina e traumas em reencarnações anteriores. Um

senhor na faixa dos sessenta anos nos procurou para tratamento após apresentar crises frequentes de transtorno de pânico que o estavam impedindo de gerenciar suas empresas. Ele já vinha fazendo tratamento psicoterápico e medicamentoso com antidepressivos e ansiolíticos de última geração. Procurou-nos referindo que já havia tentado de tudo e que agora gostaria de passar pelo trabalho de aprofundamento com regressão de memória.

O quadro clínico era clássico e se agravava à medida que o paciente se sentia impossibilitado de sair de casa com medo de ter uma crise longe de casa e não ter a devida assistência, principalmente quando precisava viajar, pois administrava empresas fora do seu estado.

Como médica e psiquiatra, nós não prescindimos dos recursos que a tecnologia da medicina moderna nos traz. Procuramos trabalhar o paciente de uma forma integrada e se temos conhecimento que determinada conduta vai aliviar o sofrimento do paciente e possibilitar a cura num nível mais profundo, nós adotamos e incluímos o que a medicina holística e psicologia transpessoal nos oferecem no sentido de aprofundarmos o tratamento do paciente. Um dos recursos técnicos utilizado com êxito na psicologia transpessoal é a hipnose que permite acessar camadas mais profundas do inconsciente.

Desse ponto de vista, como a crise de pânico é algo que traz um sofrimento intenso, porque o paciente apresenta sintomas que lhe traz a sensação de morte iminente, a medicação é necessária, uma vez que vai regularizar os neurotransmissores cerebrais que estão envolvidos na síndrome de pânico. Iniciamos o tratamento com psicofármacos e abordagem psicoterápica simultânea e, quando o *setting* terapêutico proporciona condições, introduzimos o trabalho da Terapia Regressiva a Vivências Passadas. No processo psicoterapêutico não encontramos, na existência atual, nenhuma experiência significativa que pudesse desencadear a situação.

Numa das regressões ele se viu como dono de um circo popular que viajava de cidadezinha em cidadezinha, apresentando seus espetáculos, quando num determinado dia, um acidente provocou incêndio no circo, gerando uma situação coletiva de pânico. Ele

como dono do circo e que tinha muito amor pelo circo e todo o trabalho que era desempenhado, ficou imobilizado e não conseguiu fugir do local como as outras pessoas fizeram. Todos conseguiram sair do circo, alguns, em graus variados de queimadura, porém com vida, enquanto ele morreu queimado e longe da sua família, por eles estarem numa cidadezinha distante.

Depois que entrou em contato com essa experiência, ele se deu conta que ele tinha um fascínio por circos pequenos, sentindo-se realizado quando estava assistindo a um espetáculo, por mais simples que fosse. No trabalho com respiração holotrópica, ele liberava muita dor no corpo e sufocamento relacionados à vida intra-uterina. À medida que as vivências foram acontecendo, ele foi sentindo melhora progressiva e retornando às suas atividades cotidianas.

Vários são os casos de Transtorno de Pânico que temos trabalhado na nossa prática clínica, e a evolução em muitos desses casos vem comprovar a eficácia da Terapia de Regressão a Vivências Passadas, pois a maioria dos pacientes vai gradativamente se libertando da medicação e retomando as suas atividades cotidianas com segurança (OLIVEIRA, 2005).

## Terapias Complementares

O homem é um ser multidimensional e o tratamento dos transtornos psíquicos e orgânicos implica uma abordagem do sujeito como um todo.

Na síndrome do pânico, o paciente é afetado nos campos físico, etérico, emocional, mental e espiritual. Os antidepressivos e os ansiolíticos atuam nas alterações biológicas. O Reiki e a Cura Prânica atuam no campo energético eliminando os resíduos negativos e harmonizando com energias salutares; as massagens terapêuticas liberam os nódulos resultantes das tensões emocionais e mentais congeladas no corpo proporcionando relaxamento e bem estar; as terapias transpessoais acessam os níveis mais profundos da consciência através de técnicas que conduzem a estados alterados de consciência como hipnose, visualização criativa, relaxamento, respiração holotrópica, meditação, regressão de memória,

possibilitando tratar as causas mais profundas dos sintomas.

### Considerações Finais

O transtorno de pânico tem aumentado sua prevalência na sociedade moderna, causando enorme sofrimento, prejuízos funcionais e econômicos aos acometidos pela síndrome e à sociedade em geral. Diante da sintomatologia bastante diversificada com sintomas comuns a diversos transtornos orgânicos e graves, o sujeito acometido busca tratamentos outros por um longo tempo antes de buscar a terapêutica psiquiátrica. Isso implica a necessidade de ampliarmos o acesso à população quanto ao conhecimento sobre as características da síndrome e das perspectivas positivas no que se refere ao tratamento.

### REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3rd edition, Washington DC:APA. 1980
- Associação Psiquiátrica Americana. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Quarta edição – Texto revisado 2000.
- CLARK, D. M. **Transtorno do Pânico: Da Teoria à Terapia**. In Fronteiras da Terapia Cognitiva, P. Salkovskis, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2005. Vol. 67, edição especial, 2010.
- CHANG, T.M.M.; TENG, C. T. **Psicofarmacologia dos Transtornos Ansiosos**. Re. Bras. Med.
- DEUS, P.R.G. **Síndrome de Pânico**. RBM. RevBbras Med., vol 67, 2010.
- FRANCO, D. **O Homem Integral**, Alvorada Editora, Salvador – BA, 1994
- FREUD, S. **Inibições, sintomas e angústias**. In: Rio de Janeiro: Imago, V20 (Edição standart brasileira), 1968.
- MELO, M.J.; VALENTE, N.L.M. **Como Diagnosticar e Tratar Transtorno do Pânico**. Rev Bras Med, vol. 64, edição especial, 2007.
- OLIVEIRA, N. A. **Psicanálise Transpessoal e Terapia de Vivências Passadas**, Print, Aracaju, 2005.
- PUL, C.R.; DAMSA, C. **Pharmacotherapy of panic disorder**. Neuropsychiatr Dis. Tret, vol. 4(4), 779-795, 2008.
- RAMOS, T. R. **Como Diagnosticar e Tratar Transtornos de Ansiedade**. RBM. Ver. Bras. Med., vol. 66, 2009.
- SALKOSKIS, P. M. **A Abordagem Cognitiva aos Transtornos de Ansiedade: Crenças de Ameaça, Comportamento de Busca de Segurança e o Caso Especial da Ansiedade e Obsessões Relativas à Saúde**. In Fronteiras da Terapia Cognitiva, P. Salkovskis, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2005.
- ZIMERMAN, D.E. **Manual de Técnica Psicanalítica**. Características clínicas e manejo técnico das diferentes psicopatologias. Artmed, 2004.