
Revisão da Literatura

Comparação entre os enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico

Comparison between cognitive, behavioral and cognitive-behavioral approaches
in the treatment of panic disorder

MARCELE REGINE DE CARVALHO¹, ANTONIO EGIDIO NARDI², BERNARD RANGÉ³

¹ Psicóloga do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

² Professor adjunto do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFRJ.

³ Professor adjunto do Instituto de Psicologia da UFRJ.

Instituição onde o trabalho foi realizado: Laboratório de Pânico e Respiração, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Recebido: 18/07/2007 – Aceito: 08/08/2007

Resumo

Contexto: A terapia cognitivo-comportamental é a modalidade psicoterapêutica mais estudada no transtorno de pânico (TP) e demonstrou, nos mais diferentes estudos experimentais, ser bastante eficaz, inclusive quando comparada a grupos-controle, tratamentos psicofarmacológicos e outras formas de psicoterapias não estruturadas. A literatura sobre o tratamento cognitivo-comportamental do TP contempla comparações entre as técnicas mais utilizadas nesse tipo de psicoterapia. **Objetivos:** Revisar a literatura que compara a eficácia dos enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental do TP e que destaca as limitações referentes a esses tratamentos psicológicos e às metodologias de pesquisa aplicadas. **Métodos:** Revisão sistemática da literatura, principalmente por meio da base de dados PubMed. **Resultados:** Verificou-se que, na maioria dos estudos, a eficácia das intervenções cognitiva, comportamental e de sua combinação equiparou-se e hipóteses a esse respeito foram levantadas. **Conclusões:** Deve-se atentar para o aprimoramento de importantes aspectos metodológicos, visando a resultados cada vez mais fidedignos que possam apontar direcionamentos que contribuam para o refinamento das técnicas utilizadas.

Carvalho, M.R. et al. / Rev. Psiq. Clín 35 (2); 66-73, 2008

Palavras-chave: Transtorno de pânico, terapia cognitiva, terapia comportamental, eficácia, tratamento.

Abstract

Background: Cognitive-behavioral therapy is the most studied psychotherapeutic modality in panic disorder (PD) and has demonstrated, in the most different experimental studies, to be sufficiently efficient when compared with control groups, psychopharmacological treatments and other forms of unstructured psychotherapies. Literature on the cognitivebehavioral treatment of PD contemplates comparisons between the most used techniques. **Objectives:** Revise the literature that compares the effectiveness of the cognitive, behavioral and cognitive-behavioral approaches of PD, detaching the referring limitations to these psychological treatments and the applied research methodologies. **Methods:** Literature systematic review, mainly revised in PubMed database. **Results:** The effectiveness of the cognitive and behavioral interventions and its combination were equalized and hypotheses to this respect have been raised. **Discussion:** We should attempt to improve important methodological aspects aiming at results even more trustworthy, pointing out directions to contribute to the refinement of the used techniques.

Carvalho, M.R. et al. / Rev. Psiq. Clín 35 (2); 66-73, 2008

Key-words: Panic disorder, cognitive therapy, behavior therapy, efficacy, treatment.

Introdução

Transtorno do pânico (TP) é um transtorno crônico que influencia muito a qualidade de vida dos pacientes, já que sua repercussão pode acometer diversos âmbitos da vida, como familiar, ocupacional, social e físico¹. Verifica-se, por exemplo, que o risco de morbidades psiquiátricas, inclusive o abuso de álcool e outras drogas, é aumentado pelo TP².

Entre as características do TP, estão as intensas reações simpáticas súbitas – os ataques de pânico – acompanhadas de pelo menos uma das seguintes manifestações: medo ou ansiedade de apresentar futuros ataques de pânico, preocupação sobre as conseqüências dos ataques ou mudança comportamental significativa devida aos ataques. Segundo o DSM-IV-TR³, ataques de pânico (AP) definem-se como um período de intenso medo ou desconforto acompanhado de pelo menos quatro sintomas somáticos ou cognitivos. A agorafobia envolve ansiedade quanto à ocorrência de um AP em situações nas quais escapar ou ter auxílio possa ser difícil. Comportamentos de esquiva são observados, assim como a necessidade de acompanhantes em todas ou quase todas as situações ansiogênicas.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma forma eficaz de conduta psicológica que pode colaborar para o tratamento dos sintomas ou até para a remissão de componentes cognitivos disfuncionais atrelados aos sintomas autônômicos do TP⁴ e de esquiva agorafóbica.

Estudos apontam a eficácia da TCC em relação a grupos-controles, medicação e outras formas de psicoterapias não estruturadas^{5,6}. Gould *et al.*⁷, em uma meta-análise verificaram que as taxas de abandono em TCC são baixas em relação a outros tratamentos, que os resultados globais e a diminuição da frequência de AP são bastante significativos e que grande parte dos indivíduos termina o tratamento sem apresentar AP, inclusive em períodos de seguimento. Mitte⁸ cita a TCC no TP com ou sem agorafobia como uma forma efetiva de tratamento para redução da ansiedade e de sintomas depressivos associados, além de aumentar a qualidade de vida dos pacientes.

Atualmente se conhece a importância de quatro focos essenciais no tratamento do TP. São eles: exposição (situacional para esquiva agorafóbica e interoceptiva para sinais corporais temidos), reestruturação cognitiva focada nas interpretações catastróficas das sensações corporais, treino de habilidades de tratamento de sintomas corporais (relaxamento aplicado), treino respiratório⁹.

Há uma vasta literatura que aborda o tratamento cognitivo-comportamental do TP e visa comparar a eficácia das diferentes técnicas possíveis de tratamento, muitas vezes confrontando-as. O objetivo deste estudo é revisar essa literatura, enfatizar a eficácia dos tratamentos cognitivo (baseado principalmente nas técnicas de reestruturação cognitiva), comportamental (ênfase em técnicas de exposições) e cognitivo-comportamental

no TP e destacar as limitações referentes a esses tratamentos psicológicos e às metodologias de pesquisa aplicadas em tais estudos.

Método

A base de dados PubMed foi utilizada como ferramenta eletrônica de busca bibliográfica. As seguintes palavras-chaves foram utilizadas na busca: *panic disorder, outcome, cognitive restructuring, exposure, cognitive behavior therapy*. Diversas combinações das palavras-chave foram realizadas para minimizar a perda de artigos. As combinações e o número de artigos encontrados em cada busca estão especificados na tabela 1. Selecionaram-se os artigos relacionados especificamente ao tratamento do TP a partir de terapia cognitiva (TC), terapia comportamental e/ou TCC. Só foram incluídos os artigos sobre tratamento medicamentoso que comparavam entre si as modalidades psicoterapêuticas citadas, e apenas as comparações entre estas modalidades foram consideradas. Não houve delimitação do período de publicação dos artigos. Realizou-se busca manual em livros textos. Utilizaram-se apenas textos em inglês e português.

Tabela 1. Combinação de palavras-chave e número de artigos encontrados na busca bibliográfica

Palavras-chave	Artigos encontrados
PD + CBT + OUT	222
PD + CBT + OUT + CR	7
PD + CBT + OUT + EXP	33
PD + CBT + CR	12
PD + CBT + EXP	61
PD + OUT + CR	9
PD + OUT + EXP	95

PD = panic disorder; CBT = cognitive-behavior therapy; CR = cognitive restructuring; EXP = exposure; OUT = outcome.

Resultados

Tratamento cognitivo

O modelo cognitivo para o TP tem base empírica, a qual demonstra que pensamentos catastróficos sobre sensações corporais são capazes de provocar AP e que pacientes com TP tendem a fazer tais interpretações em relação a controles sem nenhum transtorno e com outros transtornos ansiosos¹⁰. Também se observou que recaídas após tratamento de TP podem estar relacionadas a interpretações distorcidas de sensações corporais¹¹.

Tais achados relacionam-se ao modelo cognitivo de Clark¹² para TP, o qual propõe que, a partir da interpretação de um estímulo interno ou externo de forma catastrófica, há ativação simpática, o que produz respostas fisiológicas que confirmariam o caráter ameaçador das interpretações. Tais respostas fisiológicas acarretariam

novas interpretações catastróficas que exacerbariam a ansiedade, mantendo as sensações corporais desagradáveis. Essa seqüência de eventos formaria um ciclo em espiral que explicaria o desencadeamento e a intensificação da ansiedade de um AP.

A reestruturação cognitiva visa interromper esse ciclo de interpretações distorcidas, que é um importante foco de ansiedade no TP. A técnica tem início com a identificação de pensamentos automáticos e segue com sua avaliação, tendo em vista verificar sua veracidade, utilidade e as possíveis conseqüências de sua manutenção e modificação. O último passo é a modificação dos pensamentos considerados disfuncionais, a fim de perceber a realidade de forma mais objetiva e funcional, alterando os sentimentos negativos. A reestruturação cognitiva é, então, estendida às crenças intermediárias e centrais.

Um problema em relação à abordagem da eficácia de intervenções cognitivas esbarra no teste de realidade, na utilização de experimentos comportamentais que servem de subsídio para desafiar pensamentos e crenças distorcidas e interpretações catastróficas de sintomas corporais. Bouchard *et al.*¹³ apontam a dificuldade em separar intervenções cognitivas de técnicas de exposição. Em um estudo que objetivou verificar o ritmo de mudança de variáveis clínicas, cognitivas e comportamentais durante exposição (interoceptiva e exteroceptiva) e reestruturação cognitiva no tratamento do TP com agorafobia (TPA), verificaram que reestruturação cognitiva e exposição mostraram-se igualmente efetivas no tratamento de TPA, não havendo distinção significativa no ritmo de mudança ao longo do tempo de tratamento e *follow-up*. Além disso, ambos os tratamentos foram igualmente significativos na modificação de pensamentos, resultado que aponta para estreita inter-relação entre pensamentos e comportamentos, há longo tempo enfatizada por Beck *et al.*¹⁴

Brown *et al.*¹⁵ compararam a *focused cognitive therapy* (FCT) com a *standard cognitive therapy* (SCT) para TP. A FCT focaliza principalmente interpretações catastróficas de sintomas físicos ou psicológicos durante o AP induzido em consultório ou ocorrido espontaneamente entre as sessões de tratamento, permitindo alguma forma de exposição com o objetivo de reestruturação cognitiva. Já a SCT tem como foco as cognições acerca da ansiedade em geral; nessa modalidade não há ênfase em preocupações com sintomas corporais ou psicológicos associados com AP. A comparação a respeito da eficácia dessas modalidades de tratamento não favoreceu nenhuma abordagem, podendo-se concluir, a partir dos referidos resultados, que a exposição às sensações temidas ou a indução aos AP não sejam elementos necessários ou suficientes para propiciar mudanças cognitivas em relação às interpretações catastróficas. Porém, como será exposto a seguir, outros estudos apontam para a importância da utilização de técnicas comportamentais^{13,16,17}.

Tratamento comportamental

A terapia comportamental para TP com agorafobia baseia-se em exposições e experimentos comportamentais. Exposições são procedimentos terapêuticos em que se expõe o cliente aos estímulos ansiogênicos (internos ou externos) de forma a provocar habituação e extinção de respostas ansiosas e agorafóbicas. Há diferentes modalidades de exposição, tais como: imaginária e ao vivo, intensa (*flooding*) e gradual, assistida por terapeuta e auto-exposição, curta e prolongada, individual e em grupo¹⁸. Abordaremos as exposições intero e exteroceptivas.

A exposição interoceptiva tem base nas considerações de Goldstein e Chambless¹⁹ sobre o condicionamento pavloviano interoceptivo, que destacam a importância dessa forma de condicionamento no TP, em que os estímulos condicionados são sensações corporais. Parte-se do princípio de que, após os ataques de pânico iniciais, o indivíduo torna-se hiperalerta em relação a sensações corporais. Quando experimenta sensações semelhantes às experimentadas durante um AP, mesmo que de menor intensidade, reage com aumento da ansiedade, como se tal ativação fisiológica fosse indício de um novo AP. A ansiedade desencadeada diante até das mais brandas sensações corporais pode, então, desencadear um verdadeiro AP. Sendo assim, os exercícios de exposição interoceptiva visam provocar ativação autônômica de modo a desfazer a associação entre as sensações autônômicas iniciais, típicas da ansiedade, e as finais, referentes a um AP^{20,21}.

As exposições exteroceptivas visam ao fortalecimento da auto-eficácia dos pacientes por meio de exposições hierárquicas (graduais) às situações temidas ou evitadas, de forma prolongada, visando à queda da ansiedade ante o estímulo ansiogênico.

Um estudo de Fava *et al.*¹⁶ de tratamento de pacientes com TPA apenas com exposição utilizou-se de avaliações de *follow-up* que variaram de 2 a 14 anos. Verificou-se que esse tipo de tratamento pode acarretar efeitos duradouros, comprovando sua eficácia. Em uma amostra de 132 pacientes, 31 recaíram em algum momento do seguimento. Ofereceu-se novo tratamento baseado em exposições e 28 pacientes ficaram livres de AP. Hahlweg *et al.*²² observaram a redução de sintomas e cognições ansiogênicas, evitação agorafóbica e sintomas depressivos em um estudo de exposição intensiva para tratamento de TPA com acompanhamento um ano após o tratamento.

A exposição interoceptiva parece não propiciar resultados positivos em relação à agorafobia e ao humor depressivo, embora demonstre ser efetiva em reduzir AP, medos relacionados aos AP e ansiedade generalizada²³.

Tratamento cognitivo-comportamental

O tratamento cognitivo-comportamental acrescenta ao tratamento cognitivo exercícios de exposição e uma

gama maior de experimentos comportamentais. A TCC para TP geralmente também inclui treino respiratório e relaxamento²¹.

Diversos estudos apontam a eficácia da TCC para TP com ou sem agorafobia quando comparada com grupos-controle, além de apontarem progresso na melhora durante anos após o término do tratamento^{24,25}. Também se observa controle em longo prazo dos AP²⁶, assim como melhora de sintomas associados ao TP²⁷. Estudos de metanálise demonstram de forma concisa esses achados^{7,28,29}, inclusive apontando média de 85% de pacientes livres de AP após tratamento cognitivo-comportamental, com variação de 75% a 100%³⁰.

Estudos comparativos com terapia cognitiva

Uma comparação de tratamento cognitivo com tratamento de exposição (ao vivo e interoceptiva) de 15 sessões mostrou que ambos os tratamentos foram eficazes em medidas individuais e que um funcionamento ótimo no final do tratamento e no seguimento (*high endstate functioning*) foi alcançado por 86% dos pacientes submetidos ao tratamento de exposição e por 64% dos pacientes tratados por TC¹³.

Arntz¹⁷ também observou resultado semelhante com exposição interoceptiva, não encontrando diferenças significativas entre os pacientes dos dois grupos em relação à frequência de AP, nível de ansiedade e queixas psicopatológicas; além de igual modificação de pensamentos disfuncionais. Outro interessante resultado consta da redução de AP por intermédio de TC, mas não de esquivas agorafóbicas, ao passo que o tratamento com exposição ao vivo obteve resultado inverso³¹.

Murphy *et al.*³² confrontaram a eficácia de TC combinada à exposição, relaxamento combinado com exposição e exposição em pacientes com agorafobia severa. Constataram a importância do componente de exposição no tratamento, porém, para o tratamento de pacientes com agorafobia severa, sua eficácia se mostrou reduzida quando usado isoladamente. Verificaram ser necessário combiná-lo com TC para potencializar a eficácia do tratamento.

A comparação entre TC e tratamento com base em técnicas de relaxamento foi realizada por Beck *et al.*³³, que demonstraram terem ambos sido moderados em relação à eficácia, com melhora em medidas de ansiedade e esquivas agorafóbicas; nesse estudo 82% dos pacientes tratados com TC responderam ao tratamento, e 62% do grupo referente ao tratamento de relaxamento obtiveram resultados positivos.

Quando comparado a outros estudos semelhantes, o trabalho de Beck *et al.*³³ mostra resultados bem modestos. Arntz e van den Hout³⁴ verificaram que a TC foi mais efetiva do que o tratamento com relaxamento aplicado, com melhor impacto na frequência de AP e na quantidade de pacientes livres de AP. Esses mesmos autores citam estudos de Clark e Öst com os respectivos

colaboradores, que apontam para resultados semelhantes, ou seja, a maior efetividade da TC.

Outro estudo que compara TC com treino em relaxamento é de Stanley *et al.*³⁵, que aponta para superioridade da TC em relação à melhora de medos sociais. Na primeira parte do tratamento, o treino em relaxamento reduziu níveis de ansiedade-estado e traço e medo agorafóbico, enquanto a TC foi vantajosa nas medidas de AP. Na segunda parte do tratamento, a TC reduziu mais rapidamente medidas de ansiedade-estado e medo agorafóbico.

Öst *et al.*³⁶ conduziram três formas de tratamento: TC, relaxamento aplicado e exposição ao vivo; entretanto instruções de auto-exposição foram dadas a todos os pacientes. Diferenças entre os grupos só foram encontradas em duas medidas, que favoreceram os grupos de TC e de relaxamento aplicado.

Há pesquisas que estudam a técnica de reestruturação cognitiva isolada de outras possíveis intervenções cognitivas. Além do experimento de Bouchard *et al.*¹³, existem estudos sobre a eficácia do tratamento por meio de reestruturação cognitiva em comparação ao uso de exposições que apontam para diferentes direções: alguns demonstram que a reestruturação cognitiva pode ser efetiva na ausência de técnicas de exposição³⁷; por outro lado, há pesquisas que apontam efeitos comparáveis aos de tratamentos com reestruturação cognitiva na ausência de técnicas cognitivas que desafiem diretamente pensamentos disfuncionais^{26,38-40}.

Estudos comparativos de técnicas de exposição

A eficácia da terapia de exposição exteroceptiva é bastante difundida em diferentes estudos, porém a exposição interoceptiva tem sido menos testada. Em uma pesquisa com pacientes com TP com e sem agorafobia foram comparados grupos de pacientes submetidos à exposição interoceptiva, exteroceptiva e a combinação desses tratamentos. Observou-se melhora igualmente significativa nos três grupos, com ganhos na mudança de cognições apesar da ausência de reestruturação cognitiva⁴¹. Outro estudo semelhante comparou um grupo com ambas as formas de exposição com outro com exposição exteroceptiva, não tendo encontrado diferença em relação à efetividade nos resultados dos tratamentos⁴².

Craske *et al.*⁴³ apontam para direção diferente em relação ao “alcance” desses dois tipos de exposição. Citam estudos sobre extinção os quais sugerem que a redução do medo em relação a sensações corporais (a partir de exposição interoceptiva), feita em contexto diferente ao agorafóbico, não se generaliza para esse contexto. No TPA os estímulos interoceptivos são considerados estímulos condicionados primários; já os contextos agorafóbicos são estímulos condicionados secundários, ou seja, provocam medo em razão de sua associação com os estímulos primários. Demonstrou-se

que a extinção do medo para um estímulo condicionado primário não altera a expressão do medo relacionado ao estímulo condicionado secundário. Assim, conclui-se que o tratamento da agorafobia seria apenas eficaz a partir de exposição exteroceptiva.

Salkovskis *et al.*⁴⁴ compararam a eficácia de sessões de exposição ao vivo que utilizaram duas abordagens diferentes: uma delas com ênfase no processo de habitação (tendendo a uma abordagem puramente comportamental) e outra com o objetivo de desconformação de pensamentos catastróficos (TCC). Na primeira abordagem, o foco foi permitir a redução da ansiedade durante o enfrentamento da situação temida, com objetivo de extinguir a resposta ansiogênica, mostrando que o alívio da ansiedade mantém comportamentos de fuga e esquiva. Nessa modalidade, os pacientes foram instruídos a manter comportamentos de segurança para lidar com a ansiedade. Na outra modalidade de exposição, a diminuição e a reversão de comportamentos de segurança específicos eram encorajados de forma a desconformar a ocorrência das “catástrofes” temidas. Os resultados da pesquisa apontaram as exposições ao vivo com ênfase na desconformação de pensamentos catastróficos como mais eficazes, com melhoras nas medidas de auto-relato de ansiedade, pânico e evitação situacional.

Craske *et al.*⁴⁵ verificaram os resultados de comparação entre um grupo de exposição ao vivo orientado a manter a atenção nas sensações somáticas e outro a focar a atenção em tarefas de distração. Após o tratamento, o grupo que usou distração teve maior melhora, enquanto no *follow-up* o outro grupo teve melhores resultados.

Compararam-se dois grupos de pacientes com TP: um deles tratado com exposição interoceptiva e outro com treino respiratório, ambos com reestruturação cognitiva e exposição ao vivo; observou-se que ambos os grupos foram efetivos no tratamento, porém o grupo tratado com exposição interoceptiva teve maior eficácia na redução da frequência de AP e na melhora do funcionamento global após o tratamento. No *follow-up* de seis meses, esse mesmo grupo teve melhores resultados na frequência de AP, medos fóbicos, ansiedade e funcionamento global⁴⁶.

Um interessante estudo de Lee *et al.*⁴⁷ comparou a efetividade de diferentes exercícios de exposição interoceptiva e concluiu que os exercícios de hiperventilação, prender a respiração, girar e respiração superficial foram os mais úteis em reduzir o medo de sensações corporais.

Estudos comparativos com Terapia Cognitivo-Comportamental

Numa comparação de tratamento para TPA entre TCC e exposição ao vivo, a primeira forma de tratamento mostrou-se superior apenas em uma medida (Panic Attack Scale-Distress), relacionada a AP, entre as 32 mensuradas no estudo⁴⁸. Williams e Falbo⁴⁹ compararam

TCC, TC e exposição ao vivo, não encontrando diferença em efetividade, mas o grupo submetido apenas às exposições se saiu melhor que a TC em relação a fobias e cognições relacionadas ao TP. Já De Beurs *et al.*⁵⁰, em quatro grupos de tratamento, ao comparar TCC e exposição ao vivo, não encontraram diferenças nos resultados. Outro estudo que também comparou quatro grupos de tratamento, entre eles um de TCC e outro de exposição, obteve os mesmos resultados em relação à comparação dos tratamentos psicológicos⁵¹.

No estudo de Burke *et al.*⁵², 39 mulheres com agorafobia foram randomizadas em dois grupos de tratamento: TCC e exposição ao vivo. Houve melhora substancial em relação a diferentes medidas em ambos os grupos, porém sem diferença significativa entre os grupos após o tratamento e no *follow-up* de seis meses.

Em metanálise que avaliou sete formas de tratamento para TP, incluindo TCC, TC e exposição ao vivo, constatou-se, em relação aos AP, que as exposições não foram efetivas e que não houve diferença significativa entre as outras modalidades de tratamento no que diz respeito a essa mesma medida⁵³.

Na comparação de três formas de tratamento: 1) reestruturação cognitiva, treino respiratório e exposição ao vivo; 2) reestruturação cognitiva e treino respiratório e 3) exposição ao vivo, Rutter *et al.*⁵⁴ não encontraram diferença de eficácia em nenhuma das variáveis mensuradas.

Ao confrontar a eficácia da TCC em relação às técnicas de relaxamento, Öst e Westling⁵⁵ perceberam não haver diferenças significativas nos resultados encontrados em ambos, inclusive em pacientes livres de AP ao final do tratamento como em período de seguimento. Não houve diferenças relacionadas a medidas cognitivas.

Discussão

Apesar dos inúmeros estudos que apontam dados favoráveis ao tratamento cognitivo-comportamental a partir de suas principais variáveis, existem limitações bastante pertinentes a respeito dos tratamentos utilizados e da metodologia adotada.

Em termos gerais, pode-se apontar que, apesar de uma redução global nos níveis de ansiedade, os pacientes tratados com TCC ainda experimentam um grau significativo de ansiedade e cerca de 50% têm chance de progresso após tratamento. Além disso, estudos indicam que a TCC é eficaz para o tratamento de AP e não para esquiva agorafóbica¹⁰.

Outra limitação é o provimento da psicoterapia de forma inapropriada ou insuficiente, o que propicia o estabelecimento de sintomas residuais nos pacientes tratados. Os sintomas residuais caracterizam-se por sintomas físicos experimentados com algum grau de preocupação, originados em estados ansiosos, com ocorrência de pelo menos duas vezes por semana durante um mês. Os sintomas residuais aparecem após a remissão

de AP e não são explicados por outro transtorno mental nem preenchem critério para TP, transtorno de ansiedade generalizada ou para transtornos somatomorfos. Os sintomas residuais não são detectados em estudos de seguimento, já que a maioria destes se baseia no número de sintomas restritos aos critérios diagnósticos para AP e TP, desconsiderando achados que não preenchem tais critérios⁵⁶.

A utilização do critério de ausência de AP como forma principal para verificar a eficácia dos tratamentos de TP, com ou sem agorafobia, talvez não seja a maneira mais adequada de mensuração, já que se observa que parte dos pacientes considerados livres de ataques de pânico ainda apresenta certo grau de esquia agorafóbica e funcionamento global pós-tratamento discrepante, em comparação às medidas de AP⁵⁷. Hofmann e Spiegel⁵⁸ também observam que, geralmente, as taxas de pacientes livres de AP nos estudos são maiores que a taxa de melhora em medidas mais globais de funcionamento, ressaltando o foco intensivo em AP nos tratamentos e a carência em estender os ganhos a outras esferas importantes de funcionamento dos pacientes.

Uma restrição metodológica presente na maioria dos estudos concerne à amostra estudada, que geralmente se compõe de pacientes que buscam tratamento em clínicas especializadas de saúde mental ou fazem parte de experimentos clínicos; assim, pouca generalização dos estudos pode ser feita para pacientes de atendimento primário, em que a maioria de indivíduos ansiosos procura tratamento⁵⁹. A maioria das pesquisas também restringe sua amostra a pacientes sem agorafobia ou com agorafobia leve, deixando desconhecida a eficácia de tratamentos cognitivo-comportamentais em pacientes com agorafobias mais grave⁵⁸.

Outra limitação importante diz respeito à utilização de estudos de corte transversal, frequentes nas pesquisas de TP, que não consideram o curso da sintomatologia e a possível recorrência de importantes sintomas entre o período de coleta de dados. Tal metodologia mostra-se restrita, principalmente ao se tratar de pacientes com TP, já que o transtorno tem como característica a flutuação dos sintomas ao longo do tempo. Além disso, a metodologia não fornece informações sobre padrão de resposta individual ao tratamento⁵⁷.

Por último, nota-se que poucos estudos apontam o número de pacientes que procuram por tratamento em períodos de seguimento. Quando incluem esses dados, poucos relatam o tipo de tratamento e a duração, fatores importantes para consideração dos resultados do tratamento e da utilização de serviços de saúde⁵⁷.

Quando comparadas, as técnicas disponíveis para tratamento cognitivo-comportamental, em geral, mostram-se igualmente eficazes. Isso foi demonstrado neste estudo mediante pesquisas que compararam: tratamento cognitivo com comportamental e com técnicas de relaxamento; exposição ao vivo com exposição interoceptiva; tratamento cognitivo-comportamental com comporta-

mental e com relaxamento. Como sugerido no estudo de Murphy *et al.*³², a adição do tratamento cognitivo às outras modalidades de tratamento, como a exposição, pode aumentar a potencialização dos resultados.

Algumas hipóteses para a explicação desses resultados podem ser levantadas a partir da pesquisa bibliográfica mencionada. Öst e Westling⁵⁵ sugerem que o tratamento efetivo para TP se dê por mudança cognitiva, independentemente do foco de tratamento utilizado. Porém tal afirmativa deve ser considerada com cautela, já que Arntz¹⁷, mesmo tendo encontrado igual eficácia entre tratamento cognitivo e exposição interoceptiva, verificou que esses tratamentos reduziram pensamentos idiossincráticos a partir de mecanismos diferentes. O primeiro tipo de tratamento teria o processo de mudança fundamentado na formulação explícita de hipóteses que poderiam ser testadas a partir de evidências empíricas disponíveis; já a exposição interoceptiva utilizar-se-ia de uma forma de aprendizagem experimental que não se basearia em teste explícito de hipóteses.

Outra hipótese perpassa a observação de Bouchard *et al.*¹³, quanto à dificuldade de separação de técnicas cognitivas e comportamentais. Mesmo que nesses estudos comparativos tenham-se feito tentativas, as fronteiras entre essas modalidades de intervenção são bastante tênues. Além disso, sabe-se que tanto as estratégias cognitivas provocam alterações comportamentais, quanto o inverso é verdadeiro: estratégias comportamentais são passíveis de ocasionar modificação cognitiva¹⁴.

Quanto ao acréscimo de técnicas cognitivas a outros tratamentos de forma a aumentar a possibilidade de resultados mais favoráveis, ainda o estudo de Murphy *et al.*³² pode ser elucidativo. Nas técnicas de exposição detectaram-se diferentes variáveis que podem interferir no processo de habituação, tais como: elevado grau de ativação psicofisiológica, pensamentos autodepreciativos, *locus* de controle externo e estados de humor negativos. As intervenções cognitivas serviriam ao propósito de diminuir o impacto dessas variáveis, já que a maioria diz respeito a elementos cognitivos ou de interferência direta destes.

O delineamento metodológico também ocasiona interferências nesses resultados. A diferente composição das técnicas que integram cada modalidade de tratamento faz com que a compilação de dados de variados estudos fique dificultada, já que, por exemplo, o que é denominado tratamento cognitivo em um estudo possui características diferentes de outro estudo que também nomeia sua forma de intervenção da mesma maneira. Um exemplo dessa discrepância acontece nos estudos de Beck *et al.*³³ e Arntz e van den Hout³⁴. Embora ambos os estudos excluam técnicas formais de exposição no tratamento cognitivo, o primeiro desencorajava inicialmente qualquer tipo de exposição a situações ansiogênicas ou potencialmente deflagradoras de AP, permitindo, em um segundo momento do tratamento, esse tipo de experiência. Em contrapartida, o segundo

estudo incluiu experimentos comportamentais de forma a testar pensamentos disfuncionais. Além disso, observa-se grande variabilidade das características da amostra, métodos e pesquisadores que realizam o tratamento; fatores que tornam os resultados mais relativos e menos conclusivos em relação à comparação de eficácia dos tratamentos.

Conclusão

Diante de diferentes estudos, nota-se a relevância das técnicas empregadas no tratamento do TP e sua eficácia. Não parece haver diferenças significativas de eficácia em relação às intervenções cognitivas, comportamentais e cognitivo-comportamentais, embora os estudos ainda não sejam conclusivos e as hipóteses que possivelmente viessem a corroborar tais achados ainda não estejam testadas. A comparação mais fidedigna das diferentes modalidades de tratamento visando demonstrar sua eficácia acaba esbarrando em peculiaridades dos desenhos metodológicos utilizados nos vários estudos, o que dificulta a generalização, interpretação ou compilação dos dados a partir dos resultados. Dessa maneira, faz-se necessário, em estudos futuros, atentar para a possibilidade de alguma padronização da metodologia das pesquisas e reestruturação dos pontos que limitam a generalização dos resultados.

Referências

1. Ballenger JC. Toward an integrated model of panic disorder. *Am J Orthopsychiatry*. 1989;59:284-93.
2. Markowitz J, Weissman M, Ouellete R, Lish J, Klerman G. Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:984-92.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Press; 2000.
4. Haby MM, Donnelly M, Corry J, Vos T. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:9-19.
5. Beck AT, Sokol L, Clark DA, Berchik R, Wright F. A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1992;149:778-83.
6. Clum GA, Clum GA, Surls R. A meta-analysis for panic disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61:317-26.
7. Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Review*. 1995;15(8):819-44.
8. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord*. 2005;88:27-45.
9. Rangé B. Transtorno de pânico e agorafobia. In: Rangé B, organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 145-82.
10. Goldberg C. Cognitive-behavioral therapy for panic: effectiveness and limitations. *Psychiatr Q*. 1998;69(1):23-44.
11. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P, Gelder M. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry*. 1994;164:759-69.
12. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*. 1986;24:461-70.
13. Bouchard S, Gauthier J, Laberge B, French D, Pelletier M, Godbout C. Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther*. 1996;34(3):213-24.
14. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
15. Brown GK, Beck AT, Newman CF, Beck JS, Tran GQ. A comparison of focused and standard cognitive therapy for panic disorder. *J Anxiety Disord*. 1997;11(3):329-45.
16. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Ruini C, Mangelli L, Belluardo P. Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychol Med*. 2001;31:891-8.
17. Arntz A. Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behav Res Ther*. 2002;40:325-41.
18. Michelson LK, Marchione K. Behavioral, Cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: critique and synthesis. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(1):100-14.
19. Goldstein AJ, Chambless DL. A reanalysis of agoraphobia. *Behav Ther*. 1978;9:47-59.
20. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford; 1998.
21. Barlow DH, Cerny, JA. *Tratamento psicológico do pânico*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
22. Hahlweg K, Fiegenbaum W, Frank M, Schroeder B, Von Witzleben I. Short- and long-term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(3):375-82.
23. Beck JG, Shipherd JC, Zebb BJ. How does interoceptive exposure for panic disorder work? An uncontrolled case study. *J Anxiety Disord*. 1997b;11(5):541-56.
24. Hunt C, Andrews G. Long-term outcome of panic disorder and social phobia. *J Anxiety Disord*. 1998;12(4):395-406.
25. Addis ME, Hatgis C, Cardemil E, Jacob K, Krasnow AD, Mansfield A. Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting: 2-year follow-up. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(2):377-85.
26. Margraf J, Barlow DH, Clark DM, Telch MJ. Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behav Res Ther*. 1993;31:1-8.
27. Galassi F, Quercioli S, Charismas D, Nicolai V, Barciulli E. Cognitive-behavioral group treatment for panic disorder with agoraphobia. *J Clin Psychol*. 2007; 63(4):409-16.
28. Feske U, Chambless DL. Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behav Ther*. 1995;26: 695-720.
29. Taylor S. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1996;27:1-9.
30. Chambless DL, Gillis MM. Cognitive therapy of anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61:248-60.
31. Van Den Hout MA, Arntz A, Hoekstra R. Exposure reduced agoraphobia, but not panic, and cognitive therapy reduced panic but not agoraphobia. *Behav Res Ther*. 1994;32:447-51.
32. Murphy MT, Michelson LK, Marchione K, Marchione N, Testa S. The role of self-directed in vivo exposure in combination with cognitive therapy, relaxation training, or therapist-assisted exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *J Anxiety Disord*. 1998;12(2):117-38.
33. Beck JG, Stanley MA, Baldwin LE, Deagle III EA, Averill PM. Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62(4):818-26.
34. Arntz A, van Den Hout M. Psychological treatments of panic disorder without agoraphobia: cognitive therapy versus applied relaxation. *Behav Res Ther*. 1996;34(2):113-21.
35. Stanley MA, Beck JG, Averill PM, Baldwin LE, Deagle EA 3rd, Stadler JG. Patterns of change during cognitive behavioral treatment for panic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1996;184(9):567-72.
36. Öst LG, Westling BE, Hellstrom K. Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther*. 1993;31(4):383-94.
37. Salkovskis PM, Clark DM, Hackmann A. Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behav Res Ther*. 1991;29:161-6.
38. Beck JG, Zebb BJ. Behavioral assessment and treatment of panic disorder: current status, future directions. *Behav Ther*. 1994;25:581-611.
39. Griez E, Van Den Hout MA. CO2 inhalation in the treatment of panic attacks. *Behav Res Ther*. 1986;24:145-50.
40. Marks IM, Swinson RP, Basoglu M, Kuch K, Noshirvani H, O'Sullivan G et al. Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder

- with agoraphobia: a controlled study in London and Toronto. *Br J Psychiatry*. 1993;162:776-87.
41. Ito LM, Araujo LA, Tess VLC, Barros-Neto TP, Asbahr FR, Marks I. Self-exposure-therapy for panic disorder and agoraphobia. Randomised controlled study of external v. interoceptive self-exposure. *Br J Psychiatry*. 2001;178:331-6.
 42. Ito LM, Noshirvani H, Basoglu M, Marks IM. Does exposure to internal cues enhance exposure to external cues in agoraphobia with panic? A pilot controlled study of self-exposure. *Psychother Psychosom*. 1996;65(1):24-8.
 43. Craske MG, DeCola JP, Sachs AD, Pontillo DC. Panic control treatment for agoraphobia. *Anxiety Disord*. 2003;17:321-33.
 44. Salkovskis PM, Hackmann A, Wells A, Gelder MG, Clark DM. Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: A pilot study. *Behav Res Ther*. 2006;45:877-5.
 45. Craske MG, Street L, Barlow DH. Instructions to focus upon or distract from internal cues during exposure treatment of agoraphobic avoidance. *Behav Res*. 1989; 27(6):663-72.
 46. Craske MG, Rowe M, Lewin M, Noriega-Dimitri R. Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia. *Br J Clin Psychol*. 1997;36(Pt 1):85-99.
 47. Lee K, Noda Y, Nakano Y, Ogawa S, Kinoshita Y, Funayama T, Furukawa TA. Interoceptive hypersensitivity and interoceptive exposure in patients with panic disorder: specificity and effectiveness. *BMC Psychiatry*. 2006;6:32.
 48. Öst L, Thulin U, Ramnero J. Cognitive behavior therapy vs exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther*. 2004; 42:1105-27.
 49. Williams SL, Falbo J. Cognitive and performance-based treatments for panic attacks in people with varying degrees of agoraphobic disability. *Behav Res Ther*. 1996;34(3):253-64.
 50. 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.
 51. De Beurs E, Van Balkom AJ, Van Dyck R, Lange A. Long-term outcome of pharmacological and psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a 2-year naturalistic follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;99(1):59-67.
 52. Burke M, Drummond LM, Johnston DW. Treatment choice for agoraphobic women: exposure or cognitive-behaviour therapy? *Br J Clin Psychol*. 1997;36(Pt 3):409-20.
 53. Van Balkom AJ, Bakker A, Spinhoven P, Blaauw BM, Smeenk S, Ruesink B. A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185(8):510-6.
 54. De Ruiter C, Ryken H, Garssen B, Kraaimaat F. Breathing retraining, exposure and a combination of both, in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther*. 1989;27(6):647-55.
 55. Öst L, Westling BE. Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behav Res Ther*. 1994;33(2):145-58.
 56. Corominas A, Guerrero T, Vallejo J. Residual symptoms and comorbidity in panic disorder. *Eur Psychiatry*. 2002;17:399-406.
 57. Brown TA, Barlow DH. Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: clinical predictors and alternative strategies for assessment. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63(5):754-65.
 58. Hofmann SG, Spiegel DA. Panic control treatment and its applications. *J Psychother Pract Res*. 1999;8(1):3-11.
 59. Spiegel DA, Bruce TJ. Benzodiazepines and exposure-based cognitive behavior therapies for panic disorder: conclusions from combined treatment trials. *Am J Psychiatry*. 1997;154:773-81.