3

Novos modelos para o pânico

Fyer et al. (1999) apontam trabalhos de diversos teóricos da Psicologia que vêm propondo uma variedade de hipóteses cognitivas, de condicionamento e de personalidade para o quadro clínico observado no Transtorno do Pânico. Dentre esses novos modelos estão o Princípio do “Medo do Medo” e o Condicionamento Interoceptivo; A Teoria da Má Interpretação Catastrófica, e a Sensibilidade à Ansiedade.

3.1

Princípio do “medo do medo” e condicionamento interoceptivo

O medo patológico pode ser definido por seus estímulos desencadeadores, mas alguns estudiosos, como Goldstein & Chambless (1978), acreditam que ele pode por si só ser um objeto intencional da ansiedade. Essa idéia, segundo McNally (1999) também já foi proposta por Freud, que acreditava que nos casos de agorafobia o que o paciente temia era a possibilidade de não conseguir escapar diante da ocorrência de um ataque de pânico. A agorafobia seria uma espécie de “segunda neurose”, induzida pela primeira (ataque de pânico) que foi vivenciada como traumática, e que a partir dela, qualquer situação de ansiedade (mesmo moderada) seria interpretada como um sinal de que um ataque de pânico realmente estaria por vir.

Calcados nesse conceito, Goldstein & Chambless (1978) popularizaram a idéia de que a agorafobia é melhor definida como um medo do próprio medo, do que como o medo de lugares públicos ou abertos e sugeriram que esse “medo do medo” pode ser desenvolvido através de processos parecidos com o Condicionamento Interoceptivo; um tipo de condicionamento que ocorre quando se considera como estímulo condicionado as sensações corporais internas (Razran, 1961; citado em McNally, 1999).

O Condicionamento Interoceptivo como base explicativa do Pânico, parte da idéia de que o estímulo presente no momento do ataque, passa a ser

estabelecido como um estímulo condicionado, em que o organismo aprende relações preditivas entre os acontecimentos. Para McNally (1999), isso quer dizer que pessoas com agorafobia carregam crenças sobre as consequências catastróficas das sensações corporais do medo em adição ao aparecimento das sensações das respostas condicionadas. No caso do medo da ansiedade, a própria sensação fisiológica interna se torna o estímulo condicionado para a poderosa resposta do ataque de pânico. O primeiro ataque é sempre visto como um estímulo incondicionado, mas as sensações corporais associadas a ele acabam sendo identificadas tanto como um estímulo condicionado como uma resposta condicionada.

3.2

Má interpretação catastrófica

Expandindo o constructo do “medo do medo”, um grupo de pesquisadores, entre eles Clark (1986), citado em McNally (1999), postulou que o ataque de pânico é resultado de uma má interpretação catastrófica das sensações corporais, onde, por exemplo, a sensação de tontura pode ser interpretada como um sinal de que a pessoa irá desmaiar ou que palpitações podem ser interpretadas como preditoras de um ataque cardíaco.

Essas interpretações erradas pioram os sintomas de ansiedade e intensificam as sensações corporais, que sobrecarregadas, resultam no ataque de pânico. Embora essa má interpretação possa surgir da ansiedade em si, ela também está associada a outras emoções (como a raiva), ou à nenhuma (como a ingestão de cafeína). No entanto, nenhuma sensação corporal desencadeará o pânico, a menos que seja precursora de um perigo iminente (McNally, 1999).

3.3

Sensibilidade à Ansiedade

As pessoas variam bastante com relação ao incômodo que sentem em relação à ansiedade. Enquanto a grande maioria considera a ansiedade simplesmente desagradável, outras a vêem com pavor, chegando a acreditar que

uma normal aceleração do coração significa um infarto iminente (McNally, 2002). O conceito de SA, apoiado nos conceitos de “medo do medo” e da má interpretação catastrófica, denota essa diferença individual, se referindo ao medo dos sintomas da ansiedade baseados na crença de que as sensações físicas possam estar relacionadas a conseqüências somáticas, psicológicas e sociais catastróficas (Reiss, 1987; 1991; Reiss & Mc Nally, 1985).

Ou seja, uma pessoa com um alto índice de SA deverá apresentar uma maior propensão a interpretar sintomas como palpitações, tonturas, náusea e sudorese, como sinais de um processo altamente patológico, em oposição a uma outra pessoa que é menos sensível aos sintomas de ansiedade. Por estar fortemente associada a pensamentos catastróficos, a SA tem grande importância etiológica na manutenção do medo, da ansiedade e dos transtornos a ela relacionados, em particular, o Transtorno do Pânico, visto que o ataque de pânico é resultado da má interpretação catastrófica de certas sensações corporais como preditoras de um desastre iminente (Reiss, 1987; 1991; Reiss & Mc Nally, 1985).

Isso que dizer que, quando alguém, por diversos motivos, experimenta uma sensação de ansiedade do tipo “coração acelerado”, ela pode, catastroficamente, interpretar essas sensações, acreditando que palpitações normais induzidas pelo estresse podem ser um sinal de que a pessoa irá morrer, ficar maluca ou perder o controle da sua atividade mental. Tal pensamento faz com que as palpitações tornem-se mais fortes, convencendo o indivíduo cada vez mais que uma catástrofe realmente está por vir. Isso intensifica ainda mais as sensações de ansiedade, e, como em um ciclo vicioso, culmina em um ataque de pânico (Donnell & Mc Nally, 1989; Holloway & Mc Nally, 1987; Schimidt et al., 1997; Asmundson et al., 1994; Reiss, 1991; Reiss & Mc Nally 1985; Mc Nally, 1994a).