

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
MESTRADO

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA
TRANSTORNO DE PÂNICO: AVALIAÇÃO DE EFEITO DO PROTOCOLO
PADRÃO E DO ACRÉSCIMO DE SESSÕES DE REFORÇO COM TÉCNICAS
COGNITIVAS NAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (*COPING*)**

ANA CRISTINA WESNER VIANA

Porto alegre

2012

ANA CRISTINA WESNER VIANA

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA
TRANSTORNO DE PÂNICO: AVALIAÇÃO DE EFEITO DO PROTOCOLO
PADRÃO E DO ACRÉSCIMO DE SESSÕES DE REFORÇO COM TÉCNICAS
COGNITIVAS NAS ESTRATÉGIAS DE ENFRETAMENTO (*COPING*)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

Orientadora: Profa Dra Elizeth Heldt

Porto Alegre

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Wesner Viana, Ana Cristina

Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno de pânico: avaliação de efeito do protocolo padrão e do acréscimo de sessões de reforço com técnicas cognitivas nas estratégias de enfrentamento (coping) / Ana Cristina Wesner Viana. -- 2012.
114 f.

Orientadora: Elizeth Heldt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Transtorno de Pânico. 2. Terapia cognitivo-comportamental em grupo. 3. Qualidade de vida. 4. Resiliência. 5. Coping. I. Heldt, Elizeth, orient.
II. Título.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dr^a Elizeth Heldt, um exemplo a ser seguido, pela profissional competente e afetuosa, que me ensinou a combinar assistência e pesquisa com conhecimento, disponibilidade, dedicação, incentivo e amizade.

Ao grupo de pesquisa do PROTAN, em especial à Dr^a Gisele Manfro, à Dr^a Carolina Blaya e ao Dr. Giovanni Salum pelo acolhimento e pelas contribuições.

Às colegas Juliana Gomes e Tatiana Detzel por terem participado dessa pesquisa com muita dedicação, comprometimento, carinho e amizade.

Aos estatísticos Ceres de Oliveira e Luciano Guimarães pela colaboração e paciência.

À Graziela Zottis pela cumplicidade, confiança e carinho.

À Roberta Rigatti pelo apoio.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), local onde tive a oportunidade de desenvolver a pesquisa.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), instituição de ensino onde realizei a minha especialização e o meu mestrado e onde me apaixonei pela Psiquiatria.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina – Psiquiatria pelo convívio e oportunidade.

Às secretárias Cátia Silva e Cláudia Grabinski por auxiliarem com as questões administrativas.

Ao Centro de Pesquisa Clínica do HCPA por ser um ambiente acolhedor no recebimento dos pacientes. Em especial aos secretários Andrea Rambo e Cleber Daniel Ferrari pela recepção.

A Unidade Básica de Saúde Santa Cecília e sua equipe por tornarem possível a realização de novos grupos de Terapia Cognitivo-Comportamental e por contribuírem com pesquisas futuras.

Aos professores da Escola de Enfermagem da UFRGS pela motivação e pelo companheirismo.

A Fundação de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do HCPA e ao Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

Aos meus pais, irmão e cunhada, por cada palavra de incentivo e principalmente por estarem sempre presentes em minha vida.

Ao meu esposo, meu maior incentivador, por ter acreditado em mim e por estar ao meu lado nessa caminhada expressando dedicação e amor.

Aos meus filhos, pelo estímulo, compreensão e amor incondicional.

Aos pacientes que tornaram possível esse trabalho com a sua colaboração.

A Deus, por tornar tudo isso possível.

“Quando a gente acha que tem todas as respostas,
vem a vida e muda todas as perguntas”

Emily Paul

RESUMO

O transtorno de pânico (TP) é uma condição crônica e recorrente que prejudica a qualidade de vida e o funcionamento psicossocial dos pacientes. O tratamento com medicamentos e a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem evidências comprovadas de eficácia. Entretanto, a recaída é frequente e a falha nas estratégias de enfrentamento (*coping*), ao lidar com eventos estressores, tem sido apontada como um gatilho deste desfecho. O protocolo de 12 sessões de TCC em grupo (TCCG), atualmente utilizado, é específico para sintomas do TP. Estudos que avaliam os efeitos de intervenções com técnicas cognitivas de estratégias de *coping* ainda não foram testados. Pretende-se, neste estudo, verificar se a TCCG padrão modifica as estratégias de *coping* dos pacientes com TP comparados a um grupo sem transtorno mental (artigo 1) e avaliar o efeito ao acréscimo de quatro sessões de reforço com técnicas cognitivas de estratégias de *coping* após a TCCG (artigo 2). Trata-se de um ensaio clínico com pacientes (n=48) que participaram das 12 sessões de TCCG para TP de 2006 a 2009, chamados novamente em 2010 e sorteados para o grupo de intervenção (4 sessões de reforço) ou para o grupo controle (2 reuniões educativas). A gravidade dos sintomas foi mensurada pelas escalas: Impressão Clínica Global (CGI), Escala de Gravidade do TP (PDSS), Inventário do Pânico, Hamilton-Ansiedade (HAM-A) e Inventário de Depressão de Beck (BDI). Para identificar as estratégias de *coping* e a resiliência foram aplicados o Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC) e a Escala de Resiliência, respectivamente. A qualidade de vida (QV) foi avaliada pela WHOQOL-bref. Para o primeiro objetivo de avaliar a mudança das estratégias de *coping*, os instrumentos foram aplicados antes e após a TCCG e o grupo sem transtorno mental (n=75) respondeu o IEC. Para verificar o efeito das sessões de reforço, os instrumentos foram aplicados antes da intervenção e após o término (1, 6 e 12 meses) por avaliadores independentes. A TCCG padrão foi efetiva na redução dos sintomas do TP em todas as medidas de desfecho. No artigo 1, foi observado que os pacientes diminuíram significativamente o uso da estratégia de *coping* de confronto ($p=0,039$) e de fuga e esquiva ($p=0,026$) quando comparada com o início do tratamento. Porém, a fuga e esquiva após a TCCG não foi mais significativamente diferente ($p=0,146$) que o grupo sem transtorno mental. Também foi encontrado que o uso de estratégias mais adaptativas estava correlacionado à diminuição da ansiedade antecipatória e dos ataques de pânico. No Artigo 2, os resultados do efeito das quatro sessões de reforço demonstraram melhora significativa dos sintomas do TP, da

ansiedade e de depressão em ambos os grupos, considerando desfecho tempo. Ocorreu aumento significativo no domínio de relações sociais da QV no grupo de intervenção, considerando a interação tempo*grupo, independentemente da melhora dos sintomas. Entretanto, não houve diferença significativa nas estratégias de *coping* e nos demais domínios da QV. As mudanças nos níveis de resiliência foram dependentes dos sintomas do TP, ansiedade e depressão, isto é, quanto menor a intensidade dos sintomas, maior foram os níveis de resiliência. Concluindo, as técnicas da TCCG padrão podem modificar as estratégias de *coping*, porém com exceção da fuga e esquiva, as estratégias continuam diferentes do grupo sem transtorno mental. A resposta ao acréscimo de sessões de reforço com técnicas específicas de *coping* melhora o domínio das relações sociais da QV ao longo do tempo, independentemente da diminuição dos sintomas. Por outro lado, o aumento dos níveis de resiliência foi dependente da melhora da intensidade dos sintomas do TP, ansiedade e depressão e a melhora destes sintomas foi significativa, porém não foi diferente entre os grupos intervenção e controle. A hipótese é que este resultado pode estar relacionado a fatores terapêuticos do formato de grupo tanto das sessões de intervenção quanto do controle. Portanto, estudos que investiguem a adição de técnicas cognitivas de *coping* durante a TCCG padrão e o efeito de fatores terapêuticos do formato de grupo ainda precisam ser realizados.

Palavras-chave: Transtorno de pânico, resiliência, qualidade de vida, *coping*, terapia cognitivo-comportamental em grupo, sessões de reforço.

ABSTRACT

Panic disorder (PD) is a chronic and recurrent condition that impairs patients' quality of life and psychosocial functioning. Treatment with medication and cognitive-behavioral therapy (CBT) has confirmatory evidence of efficacy. Nonetheless, relapse is frequent and failure on coping strategies, when dealing with stressful events, has been suggested as being the trigger of this outcome. The protocol of 12 cognitive-behavioral group therapy (CBGT) sessions, as currently used, is specific for PD symptoms. Studies assessing the effects of interventions with cognitive techniques of coping strategies have not been tested yet. The present study aims to verify if the standard CBGT changes PD patients' coping strategies, when compared to the ones used by the group of individuals without mental disorders (Article 1), and to evaluate the effect of adding 4 booster sessions with cognitive techniques of coping strategies after CBGT (Article 2). This study is a controlled clinical trial with patients (n=48) who participated in the 12 CBGT sessions for PD from 2006 to 2009, who were assessed again in 2010 and assigned either for the intervention group (4 booster sessions) or the control group (2 educational sessions). Symptoms severity was measured by the following scales: Clinical Global Impression (CGI), PD Severity Scale (PDSS), Panic Inventory, Hamilton-Anxiety (HAM-A), and Beck Depression Inventory (BDI). To identify coping strategies and resilience, Coping Strategies Inventory (CSI) and Resilience Scale were applied. Quality of life (QoL) was assessed by WHOQoL-bref. For the first objective of assessing the change on coping strategies, the instruments were applied before and after CBGT, while the group of individuals without mental disorders (n=75) answered CSI. To analyze the impact of booster sessions, the instruments were applied before the intervention and after it was concluded (1, 6, and 12 months) by independent interviewers. Standard CBGT was effective in reducing PD symptoms in all outcome measures. In the Article 1, it was observed that the patients reduced significantly the use of confrontive ($p=0.039$) and escape and avoidance ($p=0.026$) coping strategies in comparison to the treatment onset. However, the escape and avoidance strategy after CBGT was not more significantly different ($p=0.146$) than the strategy used by the control group without mental disorders. It was also observed that the use of more adaptive strategies correlated to the reduction of anticipatory anxiety and panic attacks. In the Article 2, the results of the effect of 4 booster sessions showed significant improvement of

PD, anxiety and depression symptoms in both groups, considering the outcome time. A significant increase on social relations domain of QoL was observed in the intervention group, considering interaction time*group, regardless of symptom improvement. However, there was no significant difference on coping strategies and other domains of QoL. Changes on resilience levels depended on PD, anxiety, and depression symptoms, that is, the smaller the symptoms intensity the higher the resilience levels were. In conclusion, standard CBGT techniques might change coping strategies, but, except for escape and avoidance ones, other strategies are still different from the ones used by the group without mental disorders. The response to adding booster sessions with specific coping techniques improves the social relations domain of QoL over time, regardless of the reduction of symptoms. On the other hand, the increase of resilience levels depended on the improvement of PD, anxiety, and depression symptoms intensity. The improvement of these symptoms was significant, but not different for intervention and control groups. The hypothesis is that this result may be related to therapeutic factors of the group therapy both in intervention and control sessions. Therefore, research investigating the addition of cognitive coping techniques during standard CBGT and the effect of therapeutic factors of group therapy is yet to be carried out.

Keywords: Panic disorder, resilience, quality of life, coping, cognitive-behavioral group therapy, booster sessions.

LISTA DE FIGURAS

- | | | |
|-----------------|--|----|
| Figure 1 | Flow diagram of subjects enrolled. | 64 |
| Figure 2 | Resilience correlation between group's intervention and control considering PD (PDSS), anxiety (HAM-A) and depression (BDI) symptoms severity. | 69 |

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Table 1	Socio-demographic characteristics and the comparison between patients and control group.	46
Table 2	Comparison of symptoms severity measures and coping strategies before and after CBGT.	47
Table 3	Results of patient's coping strategies compared with control group before and after CBGT.	48
Table 4	Correlation between coping strategies at the end of CBGT with changes in severity symptoms and presence of panic attack.	49

ARTIGO 2

Table 1	Socio-demographic and clinical characteristics: comparison between intervention and control group.	65
Table 2	Symptoms severity outcome measures across the study period.	66
Table 3	Resilience and coping strategies results during the booster sessions and 12 months of follow-up.	67
Table 4	Quality of life results during the booster sessions and 12 months of follow-up.	68

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA	Associação Psiquiátrica Americana
BDI	Beck Depression Inventory
BZD	Benzodiazepínico
CSI	Coping Strategies Inventory
CGI	Impressão Clínica Global
DSM -IV	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – IV Edição
HAM-A	Hamilton-Ansiedade
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IMAO	Inibidor da Monoaminoxidase
IEC	Inventário de Estratégias de Coping
ISRS	Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina
MINI	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
PD	Panic Disorder
PDSS	Panic Disorder Severity Scale
PROTAN	Programa de Transtornos de Ansiedade
QV	Qualidade de Vida
QoL	Quality of Life
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCA	Antidepressivos Tricíclicos
TP	Transtorno de Pânico
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCCG	Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 INTRODUÇÃO	15
2.1 Terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico	17
2.2 Técnicas cognitivas para enfrentamento de eventos estressores	20
2.2.1 Estratégias de Enfrentamento - <i>Coping</i>	20
2.2.2 Resiliência	24
2.3 Sessões de reforço no tratamento para transtorno de pânico	26
REFERÊNCIAS	28
3 OBJETIVOS	32
3.1 Objetivo Geral	32
3.2 Objetivos Específicos	32
4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	33
5 ARTIGOS	34
5.1 Artigo 1	34
5.2 Artigo 2	50
6 DIVULGAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS	70
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES	71
ANEXO A Instrumentos de coleta de dados	73
ANEXO B Carta de aprovação do projeto	90
APÊNDICE A Manual de Sessões de Reforço	91
APÊNDICE B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	114

1 APRESENTAÇÃO

O Transtorno de Pânico (TP) tende a ser crônico (KESSLER *et al.*, 2006) e a presença de sintomas reduz a qualidade de vida (CARRERA *et al.*, 2006; HELDT *et al.*, 2006a) e o funcionamento psicossocial dos pacientes (CARPINIELLO *et al.*, 2002).

Um estudo prévio em nosso meio avaliou a resposta de um protocolo de 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para TP (HELDT *et al.*, 2003). Os resultados demonstraram que o protocolo de TCCG foi eficiente como um próximo passo para pacientes considerados resistentes à medicação, e a melhora também se manteve ao longo do tempo (HELDT, *et al.*, 2006b). Entretanto, a presença de sintomas residuais de ansiedade e a ocorrência de eventos estressores de vida recentes foram fatores preditores de recaída do TP após dois anos de TCCG (HELDT *et al.*, 2011). Como recomendação, o estudo apontou para a possibilidade de adicionar no protocolo atual novas estratégias de enfrentamento (*coping*) a situações estressoras.

Dessa forma, considerando a relevância clínica e a viabilidade para o prosseguimento da linha de pesquisa, o presente estudo pretende verificar o impacto da TCCG nas estratégias de *coping* de estresse (artigo 1) e avaliar o efeito de sessões de reforço com técnicas cognitivas de estratégias de *coping* para pacientes que realizaram há mais de 1 ano, o protocolo padrão de 12 sessões de TCCG (artigo 2).

2 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques súbitos de ansiedade, espontâneos e recorrentes, que seguem, por pelo menos um mês, pela preocupação persistente em relação a ter um novo ataque (ansiedade antecipatória), por suas consequências, e por uma significativa alteração comportamental em função dos ataques. Esse transtorno é frequentemente complicado por evitação fóbica de locais ou de situações em que previamente ocorreu um ataque de pânico ou de onde é difícil escapar ou obter ajuda no caso de ocorrer um novo ataque (APA, 2000).

O TP geralmente manifesta-se no final da adolescência ou no início da vida adulta, quando definições e escolhas de vida se processam e, devido à doença, podem ser afetados (KESSLER *et al.*, 2006). Está associado a um alto custo social, uma vez que os portadores apresentam diminuição da produtividade e ocupam frequentemente serviços de saúde pública, como: emergências, consultas médicas e exames (MENDLOWICZ; STEIN, 2000). Estudos de base populacional indicam prevalência do TP em 3,5% da população ao longo da vida e está associado à alta morbidade (KESSLER *et al.*, 2006).

Alterações neurobiológicas e psicossociais têm sido descritas na gênese e na manutenção dos sintomas do TP (MANFRO *et al.*, 1996; HINO; TAKEUCHI; YAMANOUCHI, 2002). Estudos sugerem que o TP, no adulto, pode ser a manifestação de uma vulnerabilidade constitucional subjacente ou diátese para ansiedade a qual é herdada geneticamente e se expressa de forma variável ao longo da vida (POLLACK; SMOLLER, 1995). Outras evidências relacionadas à etiologia do TP são as alterações dos sistemas noradrenérgico, serotoninérgico, gabaérgico e de quimiorreceptores (GRAEFF, 1997).

Existem também estudos que relacionam circunstâncias estressoras com o primeiro ataque de pânico (FARAVELLI; PALLANTI, 1989; MANFRO *et al.*, 1996; MOITRA *et al.*, 2011), com a maior gravidade dos sintomas e com o neuroticismo (LTEIF; MAVISSAKALIAN, 1995) e déficits de processamento emocional no enfrentamento destes eventos estressores (BAKER *et al.*, 2004). Eventos de vida negativos, como perda ou doença grave de pessoa significativa, doença ou grande perigo para a própria pessoa, separações ou conflitos domésticos intensos e flutuações endócrinas, são relatados como condições precipitadoras do TP (LTEIF; MAVISSAKALIAN, 1995; BAKER *et al.*, 2004; Klauke *et al.*, 2010). Embora a maioria dos pacientes identifique um fator precipitante relacionado ao início da doença, o TP persiste mesmo após o desaparecimento deste estressor, evidenciando-se, assim, uma doença de curso crônico (KESSLER *et al.*, 2006).

A terapia farmacológica tem sido usada como primeira escolha no tratamento, sendo eficaz no alívio dos sintomas do TP (POLLACK, 2005). Entretanto, estudos demonstram que de 30 a 48% dos pacientes continuam a apresentar ataques de pânico e que 53% seguem agorafóbicos, apesar do tratamento farmacológico (POLLACK; MARZOL, 2000). Estudos de seguimento em longo prazo demonstram, ainda que 50 a 80% dos pacientes continuam apresentando sintomas ansiosos (KATSCHNIG; AMERING, 1998), causando sofrimento e prejuízos na qualidade de vida (HELDT *et al.*, 2006a; DAVIDOFF *et al.*, 2012).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o TP também tem sido apontada como primeira escolha entre as terapias devido as evidências de boa resposta em curto (HELDT *et al.*, 2003) e longo prazo (HELDT *et al.*, 2006b), principalmente nos sintomas residuais (OTTO; DEVENEY, 2005). Estudos comprovam que a TCC, além de prevenir recaídas, também prolonga o intervalo entre as crises (OTTO; WHITTAL, 1995) e, em

longo prazo, apontam para uma eficácia da TCC para o TP de 87% um ano depois e 75 a 81% dois anos após o tratamento (GOULD; OTTO; POLLACK, 1995; OTTO; WHITTAL, 1995). Contudo, alguns pacientes, ainda são refratários a diferentes modalidades de tratamentos e de combinações dos mesmos (MITTE, 2005).

A TCC em grupo (TCCG) possui vantagens inerentes ao formato, pois proporciona a possibilidade de compartilhar problemas e informações, bem como, criar um ambiente propício ao treino de habilidades no enfrentamento da ansiedade (HELDT *et al.*, 2008), além de ser custo-efetiva (OTTO; POLLACK; MAKI, 2000).

2.1 Terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico

O modelo cognitivo-comportamental tem como foco principal o papel do medo, dos sintomas físicos associados à ansiedade, das cognições catastróficas e da conduta evitativa na gênese e na manutenção do TP (OTTO; WHITTAL, 1995; OTTO; DECKERBACH, 1998; MANFRO *et al.*, 2008). O tratamento pode ser definido como a necessidade de eliminar padrões de funcionamento desadaptado, isto é, o medo das sensações físicas, as evitações e as “estratégias de segurança” (desvios para não enfrentar o medo, como: carregar ansiolíticos, leques, sentar perto de saídas, etc.).

A TCC caracteriza-se por ser breve (de 12 a 20 sessões estruturadas), ter objetivos claros a serem atingidos, ser prática (apresenta tarefas e torna ativo o papel tanto do paciente quanto do terapeuta) e abrangente (pode ser individual ou em grupo). A TCC pode ser incluída em qualquer momento do tratamento, principalmente para prevenir a cronicidade da doença, uma vez que os psicofármacos não tratam o núcleo do medo mantido sob o pânico (POLLACK; SMOLLER, 1995; OTTO *et al.*, 1996).

A TCC para TP com ou sem agorafobia é composta por quatro elementos: psicoeducação, técnicas para enfrentamento da ansiedade; reestruturação cognitiva; exposição interoceptiva, naturalística e ao vivo, para a conduta evitativa (OTTO; DECKERBACH, 1998; HELDT *et al.*, 2003; MANFRO *et al.*, 2008).

A TCCG utilizada no Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN) do ambulatório do Hospital de clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi adaptada com base no manual de Otto e Deckerbach (1998) com 12 sessões ao longo de quatro meses. Os procedimentos de cada sessão foram publicados previamente (HELDT *et al.*, 2008) e, basicamente, as técnicas utilizadas ao longo das sessões são as seguintes:

Técnicas para enfrentamento da ansiedade

- **Respiração diafragmática:** orienta-se o paciente de que a respiração deve partir do diafragma, inspirando pelas narinas uma quantidade suficiente de ar e expirando pela boca. Os movimentos devem ser pausados para facilitar a desaceleração da respiração, contando-se até três para cada fase: inspiração, pausa, expiração e pausa para nova inspiração. Devem-se utilizar os músculos do abdômen, sem movimentar o tórax (empurrando o abdômen para fora, enquanto inspira e o contraindo para dentro, enquanto expira). Para que o paciente aprenda essa nova forma de respirar, recomenda-se que esse a pratique várias vezes na ausência de sintomas de ansiedade, estando sentado ou deitado, a fim de observar a movimentação abdominal e se concentrando na contagem dos movimentos.
- **Relaxamento muscular:** é um exercício que envolve a prática de tensão e relaxamento progressivo dos principais grupos musculares do corpo. Inicialmente, orienta-se ao paciente a postura confortável para a prática do exercício. Posteriormente, que feche os olhos e focalize a sensação de tensão, que deve

iniciar nos pés, passando pelas pernas, pelos quadris, pelo abdômen, pelas mãos, pelos braços, pelos ombros e pelo pescoço até chegar à face. Mantém-se essa tensão por um período de 5 a 10 segundos e, então, relaxam-se todos os músculos ao mesmo tempo. Deve-se induzir a descoberta das sensações de conforto que surgem após o relaxamento. O paciente pode repetir várias vezes o exercício, até que se sinta completamente relaxado, inclusive, mentalmente, pensando em algo agradável e respirando lentamente. Após um ou dois minutos, pode-se abrir os olhos e alongar os músculos, movendo-os lentamente.

Técnicas Cognitivas

- Reestruturação cognitiva: inicia-se pela identificação e pelo registro de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais. Subsequentemente é feita uma análise dos “erros de lógica” inerente às interpretações catastróficas. Para isso, é importante que o paciente considere tais pensamentos como meras hipóteses, e não como fatos. A forma mais usual de corrigir esses erros de lógica é o chamado questionamento socrático. Nessa técnica, o paciente, juntamente com o terapeuta, faz um exame das evidências que apóiam o seu pensamento e das evidências que são contrárias, a fim de descobrir formas alternativas de interpretar suas sensações físicas. Após a análise das probabilidades, elaboram-se novas alternativas, que são chamadas de “lembretes” (por exemplo: “estou tendo um ataque que não mata, nem enlouquece” ou, ainda, “é um ataque que passa em pouco tempo”).

Técnicas Comportamentais

- Exposições: chama-se de exposição interoceptiva a simulação das sensações físicas para provocar sintomas semelhantes aos encontrados durante o ataque de pânico, como: aumento da frequência cardíaca, tontura, dispneia, etc. O objetivo da

exposição interoceptiva é aprender a reduzir a reação automática de medo das sensações físicas e a corrigir as interpretações distorcidas a elas associadas. Na exposição ao vivo, os pacientes começam pela elaboração de uma lista hierarquizada das situações evitadas. O enfrentamento inicia pelas situações com menor grau ansiedade, aumentando-se o grau de dificuldade no transcorrer das sessões.

2.2 Técnicas cognitivas para enfrentamento de eventos estressores

Resultados dos estudos de TCCG para o TP sugerem que estratégias específicas para modificar estilos de enfrentamento desadaptados poderiam ser acrescentadas ao protocolo padrão para prevenir a recaída do TP (HELDT *et al.*, 2011). Por exemplo, estratégias de *coping*, promoção da resiliência e técnicas de solução de problemas poderiam ser adicionadas em algum momento do protocolo ou em sessões de reforço.

2.2.1 Estratégias de Enfrentamento - *Coping*

As estratégias de *coping*, são definidas como: “esforços cognitivos e comportamentais constantemente alteráveis para controlar (vencer, tolerar ou reduzir) demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos da pessoa” (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O evento é avaliado por um processo cognitivo onde é identificado o que está em jogo (avaliação primária) e quais são os recursos e as opções de enfrentamento que estão disponíveis (avaliação secundária).

As estratégias de *coping* apresentam duas funções principais: a regulação das emoções ou do sofrimento (enfrentamento focalizado na emoção) e a gestão do problema que está causando sofrimento (enfrentamento focalizado no problema). A avaliação da situação determina o processo de enfrentamento. Por exemplo, em uma situação ameaçadora ou prejudicial, haverá o emprego de emoção. Quando a situação é avaliada como um potencial de mudança pela ação, gestão ou alteração da relação do indivíduo com a fonte de estresse, o enfrentamento é focado no problema (FOLKMAN *et al.*, 1986).

Outra forma de modificar o significado de um evento e a sua importância é dando a ele uma nova meta de resolução, estabelecendo novas definições e condições para atingir um resultado positivo. Assim, a reavaliação e os processos cognitivos de enfrentamento podem prevenir ou reduzir sentimentos de desamparo e, possivelmente, estimular sentimentos de desafio e de esperança (FOLKMAN, 1984).

Contudo, pouca atenção é dada a forma como a ansiedade ou outras emoções podem aumentar e diminuir os processos de enfrentamento ou mudanças no ambiente que podem mediar essas alterações. Processos de avaliação primária e secundária operam de forma interdependente. Por exemplo, se recursos de enfrentamento são adequados para lidar com uma ameaça, o grau de ameaça será diminuído. Por outro lado, um evento que a princípio pareça inofensivo, pode se tornar uma ameaça, se os recursos de enfrentamento forem insuficientes para combater as demandas ambientais ou para superar constrangimentos pessoais. Assim, as emoções são produtos de como as pessoas avaliam, interpretam os eventos e o ambiente. São, portanto, de importante valor diagnóstico, porque revelam como as pessoas pensam e gerenciam o que é importante no seu contexto particular. Quando a pessoa sente-se no controle, eleva a intensidade de emoções positivas; quando o controle não é percebido ou não existe, eleva a intensidade de emoções negativas (LAZARUS, 1985).

Diversos estudos baseados na teoria do estresse e enfrentamento já foram realizados (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004). Em doenças clínicas como HIV positivo e em lesado medular ensaios randomizados com intervenções em grupo, embasado na teoria do enfrentamento, demonstrou aumento significativo na autoeficácia e na diminuição da ansiedade e de sintomas depressivos (CHESNEY *et al.*, 2003), porém, as estratégias de *coping* não alteraram significativamente quando comparado com o grupo controle (KENNEDY *et al.*, 2003). Em outro estudo com mulheres dependentes químicas observou-se aumento das estratégias de *coping* focalizadas no problema, como a de apoio social, associada com a diminuição de uso de substâncias; e a de fuga e esquiva, associada com o consumo de substâncias (KUPER; GALLOP; GREENFIELD, 2010).

No entanto, considerando que as experiências de vida negativas são inevitáveis para qualquer indivíduo, sobressai a questão dos níveis de exposição e dos limites individuais de cada um. Assim, a visão subjetiva de um indivíduo a determinada situação, ou seja, sua percepção, interpretação e sentido atribuído ao evento estressor é que o classificará ou não como condição de estresse. Por essa razão, um evento pode ser enfrentado como perigo por um indivíduo e para outro, ser apenas um desafio (YUNES; SZYMANSKI, 2001).

De acordo com Folkman e colaboradores (1986), as estratégias de *coping* são divididas em oito fatores:

- Confronto: caracterizado por esforços agressivos para alterar a situação, sugerindo um grau de hostilidade e risco;
- Afastamento: caracterizado por esforços para recusar a pensar, tentar esquecer ou criar uma perspectiva positiva sobre a situação;
- Autocontrole: caracterizado por esforços para regular os próprios sentimentos e ações;

- Suporte social: caracterizado pela busca de informações, suporte tangível e apoio emocional;
- Aceitação de responsabilidade: descreve o reconhecimento do próprio papel no problema;
- Fuga e esquiva: é caracterizado por comportamento e por esforços para escapar ou para evitar uma situação através de outras ações como: comer, beber, fumar, usar substâncias psicoativas e medicamentos, ou evitando contato social;
- Resolução de problemas: é caracterizado por esforços para alterar a situação juntamente com uma abordagem analítica para resolver o problema;
- Reavaliação positiva: é caracterizado por esforços para criar um significado positivo concentrando-se no crescimento pessoal e manifestando um tom religioso.

O instrumento para avaliar estas estratégias de *coping* é o Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC) de Lazarus e Folkman (1984) adaptado para o português por Savoia, Santana e Mejias (1996). Trata-se de um questionário que contém 66 itens, englobando ações e pensamentos que as pessoas utilizam para lidar com as demandas internas ou externas de um evento estressante específico, além de questões “distrativas” que não são pontuadas na escala de conversão. Todas as questões são pontuadas pela escala de Likert, variando de 0 a 3, sendo, 0: não usei essa estratégia, 1: usei um pouco, 2: usei bastante, 3: usei em grande quantidade.

Um estudo que utilizou o IEC identificou que os portadores de TP usam estratégias de enfrentamento menos efetivas e adaptadas quando comparado a um grupo controle de indivíduos sem transtorno psiquiátrico (SAVOIA; BERNIK, 2004). Contudo, estudos com intervenções psicossociais que avaliam medidas de enfrentamento e eventos estressores para pacientes com TP ainda são escassos.

Na presente pesquisa, foi avaliado se a TCCG padrão para o TP modifica as estratégias de *coping*. Para verificar essa variável, os pacientes foram orientados a preencher o IEC pensando em uma situação relacionada ao TP como: ataque, ansiedade antecipatória, agorafobia. Os resultados estão apresentados no primeiro artigo.

2.2.2 Resiliência

Uma das formas de superar crises e obstáculos é desenvolver mecanismos que protejam o indivíduo contra os riscos psicológicos relacionados às adversidades. Nesse sentido, destaca-se a resiliência que vem sendo foco de pesquisa nos últimos tempos e é percebida como um processo, ou seja, não é vista apenas como superação de adversidades, mas também como a forma que o indivíduo consegue superar e o que ocorre em consequência disso (GROTBERG, 2005).

A resiliência é compreendida como competência à adaptação individual para ultrapassar com sucesso o estresse e as adversidades. Está relacionada à vulnerabilidade e aos fatores de proteção, através dos quais há uma mudança na resposta do indivíduo frente a uma situação de risco em um sentido adaptativo. A habilidade de resistir a crises pode ser treinada e estimulada através da redução do impacto do risco, a redução de reações negativas, a visibilidade de novas oportunidades e manutenção da autoestima e da autoeficácia (RUTTER, 1987).

Neste sentido, técnicas cognitivas e comportamentais podem ser eficazes para promoção da resiliência (PADESKY; MOONEY, 2012) e estudos que avaliam a eficácia de intervenções para promoção da resiliência comprovam a resposta positiva. Por exemplo, os resultados de um ensaio controlado demonstrou aumento significativo da capacidade de

resiliência de adolescentes com pais dependentes de uso de álcool após a TCC em grupo (HYUN; NAM; KIM., 2010). Em outro ensaio clínico randomizado sobre a eficácia de um manual de autoajuda para promover a resiliência em pacientes com diagnóstico de depressão, o grupo de intervenção apresentou um aumento significativo dos níveis de resiliência em relação ao grupo controle (SONGPRAKUN; MCCANN, 2012).

O processo de resiliência apresenta seis domínios, sendo quatro de influência e dois transacionais (KUMPFER, 1999). Os quatro domínios de influência são: o estressor agudo ou desafio, o contexto ambiental, características individuais e o resultado. Os domínios transacionais são de confluência entre o ambiente e o indivíduo, o indivíduo e a escolha dos resultados, como por exemplo:

- a. Fatores de estresses ou desafios ativam o processo de resiliência e criam um desequilíbrio ou uma interrupção na homeostase do indivíduo;
- b. O contexto ambiental que se refere ao equilíbrio e interação dos fatores de risco e proteção disponíveis no ambiente externo como: família, comunidade, escola, são suscetível a mudanças de acordo com a idade, cultura, localização geográfica e período histórico;
- c. A confluência entre o indivíduo e o ambiente: o indivíduo percebe, interpreta e supera desafios e dificuldades, constituindo um fator de proteção;
- d. As características individuais internas, incluindo competências cognitivas, comportamentais, sociais, físicas, afetivas/emocionais e espirituais ou pontos fortes necessários para ser bem sucedido em diferentes áreas do desenvolvimento;
- e. Processo de resiliência a curto e longo prazo inclui enfrentamento do estresse aprendido através da exposição gradual, a escolha por ações e por atitudes que ajudem a recuperar o equilíbrio;

- f. Os resultados positivos ou adaptação de sucesso no desenvolvimento aumentam a probabilidade de resiliência em outras situações e reintegração após interrupção do estresse.

Portanto, a resiliência pode ser vista como o resultado da interação entre aspectos individuais, contexto social, quantidade e qualidade dos acontecimentos no decorrer da vida e os chamados fatores de proteção encontrados na família e no meio social (LINDSTRÖM, 2001).

O instrumento usado para mensurar os níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos importantes é a Escala de Resiliência (WAGNILD; YOUNG, 1993). A escala é autoaplicada e foi adaptada para o português (PESCE *et al.*, 2005). É composta por 25 itens, descritos de forma afirmativa, com resposta tipo Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala variam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência.

2.3 Sessões de reforço no tratamento para transtorno de pânico

Considerando que até o momento tem sido utilizado o protocolo padrão de TCCG para TP e que outras técnicas poderiam modificar a resposta à terapia, a proposta do presente estudo é testar quatro sessões semanais estruturadas com duração de 1 hora e 30 minutos, abordando técnicas de estratégias de *coping*, como solução de problemas e promoção da resiliência.

As sessões de reforço foram estruturadas com base no modelo da TCCG (HELDT *et al.*, 2008): agenda da sessão; ligação com a sessão anterior por meio da revisão das

tarefas; combinação de novas tarefas; síntese das principais pontos examinados e avaliação da sessão pelo paciente. Elaborou-se um manual (APÊNDICE A) com as quatro sessões para ser distribuído para os pacientes que haviam realizado a TCCG há pelo menos 1 ano.

Na primeira sessão, foi revisado o modelo cognitivo do TP (ciclo do medo) e praticado novamente as técnicas para enfrentar ansiedade: respiração diafragmática e relaxamento muscular. Na segunda sessão, foi utilizada a técnica de solução de problemas para estimular novas alternativas de pensamentos e de ações numa determinada situação, corrigindo respostas habituais e inapropriadas. Na terceira sessão, o tema foi a resiliência, os fatores de riscos e de proteção com mecanismos para promover a resiliência. Na quarta e última sessão, identificam-se os eventos estressores e seus efeitos, a necessidade de adaptação, os níveis de tolerância e as novas alternativas de enfrentar as situações adversas.

Ao final, realiza-se um resumo de todas as sessões onde são reforçados os benefícios da prática das técnicas para enfrentar a ansiedade, o reconhecimento de pensamentos automáticos e a influência dos pensamentos nas emoções e comportamentos. Salienta-se a importância de reconhecer habilidades e dificuldades para enfrentar situações estressantes.

A resposta ao protocolo de reforço para os pacientes com TP que realizaram a TCCG foi objetivo da presente pesquisa. Os instrumentos utilizados para coleta dos dados e mensuração de desfechos (ANEXO A), bem como os resultados estão apresentados no segundo artigo desta dissertação.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (DSM-IV-TR). 4. Ed. Rev. Washington, 2000.
- BAKER, R. *et al.* Emotional processing and panic. **Behav Res Ther**, v. 42, n. 11, p. 1271-1287, 2004.
- CARPINIELLO, B. *et al.* Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. **Eur Psychiatry**, v. 17, n. 7, p. 394-8, 2002.
- CARRERA, M. *et al.* Quality of life in early phases of panic disorder: Predictive factors. **J Affect Disord**, v. 94, n. 1, p. 127-34, 2006.
- CHESNEY, M. A. *et al.* Coping effectiveness training for men living with HIV: results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. **Psychosom Med**, v. 65, n. 6, p. 1038-46, 2003.
- DAVIDOFF, J. *et al.* Quality of life in panic disorder: looking beyond symptom remission. **Qual Life Res**, v. 21, n. 6, p. 45-59, 2012.
- FARAVELLI, C.; PALLANTI, S. Recent life events and panic disorder. **Am J Psychiatry**, v. 146, n. 5, p. 622-6, 1989.
- FOLKMAN, S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. **J Pers Soc Psychol**, v. 46, n. 4, p. 839-52, 1984.
- FOLKMAN, S. *et al.* Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. **J Pers Soc Psychol**, v. 50, n. 5, p. 992-1003, 1986.
- FOLKMAN, S.; MOSKOWITZ, J. T. Coping: pitfalls and promise. **Annu Rev Psychol**, v. 55, p. 745-74, 2004.
- GOULD, R. A.; OTTO, M. W.; POLLACK, M. H. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. **Clin Psychol Rev**, v. 15, n. 8, p. 819-44, 1995.
- GRAEFF, F. G. **Ansiedade**. In: GRAEFF, F. G.; BRANDÃO, M. L. Neurobiologia das doenças mentais. São Paulo: Lemos, 1997.
- GROTBERG, E. H. **Novas tendências em resiliência**. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. São Paulo: Artmed. 2005, pp. 15 - 22.
- HELDT, E. *et al.* Quality of life and treatment outcome in panic disorder: cognitive behavior group therapy effects in patients refractory to medication treatment. **Psychother Psychosom**, v. 75, n. 3, p. 183-6, 2006a.

_____. One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: Outcome and predictors of remission. **Behav Res Ther**, v. 44, n. 5, p. 657-65, 2006b.

_____. Predictors of relapse in the second follow-up year post cognitive-behavior therapy for panic disorder. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 33, n. 1, p. 23-9, 2011.

_____. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. **Psychother Psychosom**, v. 72, n. 1, p. 43-8, 2003 Jan-Feb 2003.

_____. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para os transtornos de ansiedade**. In: CORDIOLI, A.V. (Org). *Psicoterapias; abordagens atuais*. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. pp. 317-37.

HINO, T.; TAKEUCHI, T.; YAMANOUCHI, N. A 1-year follow-up study of coping in patients with panic disorder. **Compr Psychiatry**, v. 43, n. 4, p. 279-84, 2002.

HYUN, M. S.; NAM, K. A.; KIM, M. A. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral therapy for at-risk Korean male adolescents. **Arch Psychiatr Nurs**, v. 24, n. 3, p. 202-11, 2010.

KATSCHNIG, H.; AMERING, M. The long-term course of panic disorder and its predictors. **J Clin Psychopharmacol**, v. 18, n. 6 Suppl 2, p. 6S-11S, 1998.

KENNEDY, P. *et al.* Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. **Br J Clin Psychol**, v. 42, n. 1, p. 41-52, 2003.

KESSLER, R. C. *et al.* The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry**, v. 63, n. 4, p. 415-24, 2006.

KLAUKE *et al.* Life events in panic disorder—an update on ‘‘candidate stressors’’. *Depression and Anxiety*, v. 27, p. 716–30, 2010.

KUMPFER, L. K. **Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework**. In: GLANTZ, M. D.; JOHNSON, J. L. *Resilience and development: Positive life adaptations*. New York: Academic/Plenum. 1999, pp. 179 -224.

KUPER, L. E.; GALLOP, R.; GREENFIELD, S. F. Changes in coping moderate substance abuse outcomes differentially across behavioral treatment modality. **Am J Addict**, v. 19, n. 6, p. 543-9, 2010.

LAZARUS, R. S. The psychology of stress and coping. **Issues Ment Health Nurs**, v. 7, n. 1-4, p. 399-418, 1985.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: Springer.1984, pp. 141 - 180.

LINDSTRÖM, B. O significado de resiliência. **Adolesc Latinoam**, v. 2, n. 3, p.133-137, 2001.

LTEIF, G. N.; MAVISSAKALIAN, M. R. Life events and panic disorder/ agoraphobia. **Compr Psychiatry**, v. 36, n. 2, p. 118-122, 1995.

MANFRO, G. G. et al. Cognitive-behavioral therapy in panic disorder. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 30, Suppl 2, p. S81-7, 2008.

_____. Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder. **J Affect Disord**, v. 41, n. 2, p. 135-9, 1996.

MENDLOWICZ, M. V.; STEIN, M. B. Quality of life in individuals with anxiety disorders. **Am J Psychiatry**, v. 157, n. 5, p. 669-82, 2000.

MITTE, K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. **J Affect Disord**, v. 88, n. 1, p. 27-45, 2005.

MOITRA, E. et al. Impact of stressful life events on the course of panic disorder in adults. **J Affect Disord** v. 134, n. 1-3, p. 373-76, 2011.

OTTO, M.W.; DECKERBACH, T. **Cognitive-behavioral therapy and treatment of panic disorder: efficacy and strategies**. In: ROSENBAUM, J. F.; POLLACK, M. H. *Panic disorder and its treatment*. New York: Marcel Dekker, 1998.

OTTO, M. W.; DEVENEY, C. Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. **J Clin Psychiatry**, v. 66, Suppl 4, p. 28-32, 2005.

OTTO, M. W. et al. **Stopping anxiety medication: panic control therapy for benzodiazepine discontinuation (therapist Guide)**. San Antonio: Psychological Corporation, 1996.

OTTO, M. W.; POLLACK, M. H.; MAKI, K. M. Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. **J Consult Clin Psychol**, v. 68, n. 4, p. 556-63, 2000.

OTTO, M. W.; WHITTAL, M. L. Cognitive-behavior therapy and the longitudinal course of panic disorder. **Psychiatr Clin North Am**, v. 18, n. 4, p. 803-20, 1995.

PADESKY, C. A.; MOONEY, K. A. Strengths-Based Cognitive-Behavioural Therapy: A Four-Step Model to Build Resilience. **Clin Psychol Psychother**, v.19, n. 4, p. 283-90, 2012.

PESCE, R. P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n.XX, p. 436 - 48, 2005.

POLLACK, M. H. The pharmacotherapy of panic disorder. **J Clin Psychiatry**, v. 66, Suppl 4, p. 23-7, 2005.

POLLACK, M. H.; MARZOL, P. C. Panic: course, complications and treatment of panic disorder. **J Psychopharmacol**, v. 14, n. 2 Suppl 1, p. S25-30, 2000.

POLLACK, M. H.; SMOLLER, J. W. The longitudinal course and outcome of panic disorder. **Psychiatr Clin North Am**, v. 18, n. 4, p. 785-801, 1995.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **Am J Orthopsychiatry**, v. 57, n. 3, p. 316-31, 1987.

SAVOIA, M. G.; BERNIK, M. Adverse life events and coping skills in panic disorder. **Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo**, v. 59, n. 6, p. 337-40, 2004.

SAVOIA, M. G.; SANTANA, P. R.; MEJIAS, N. P. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicol USP**. v.7, n. 2, p. 183 - 201, 1996.

SONGPRAKUN, W.; MCCANN, T. V. Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial. **BMC Psychiatry**, on line, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/12>. Acesso em maio 2012

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. **J Nurs Meas**, v. 1, n. 2, p. 165-78, 1993.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. **Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas**. In: TAVARES, J. O. Resiliência e Educação. São Paulo: Cortez. 2001, pp. 13 - 42.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar o efeito do acréscimo de sessões de reforço com técnicas cognitivas de estratégias de *coping* e de resiliência para pacientes com TP após Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG).

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o impacto da TCCG nas mudanças de estratégias de *coping* .
- Verificar o efeito de sessões de reforço nas estratégias de *coping*, de resiliência e na qualidade de vida dos pacientes com TP.

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96) e foi previamente aprovado pela Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº100136 – ANEXO B).

Todos os pacientes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

5 ARTIGOS

5.1 Artigo 1

EFFECT OF COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP THERAPY FOR PANIC DISORDER IN CHANGING COPING STRATEGIES[#]

Ana Cristina Wesner^{1,2}, Juliana Braga Gomes^{1,2}, Tatiana Detzel^{1,2},
Carolina Blaya^{1,3}, Gisele Gus Manfro^{1,2}, Elizeth Heldt^{1,2*}

¹Anxiety Disorders Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brazil.

² Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brazil.

³ Medical Clinic: Psychiatry, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, RS, Brazil

*Corresponding author:

Elizeth Heldt

Department of Psychiatry – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – Room 400N.

90035-903 - Porto Alegre – RS – Brazil.

e-mail: eliz.h@globo.com

Conflict of interest: Nothing to declare.

Acknowledgment:

This study was partially funded by Fundação de Incentivo a Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA) and CAPES scholarship to doctorate (JBG) and master (ACW, TD) degree.

Artigo elaborado conforme as normas da revista Comprehensive Psychiatry

Abstract

Background: Cognitive-Behavioral Group Therapy (CBGT) is an efficient treatment for Panic Disorder (PD), however its role on enhancing patients' skills to deal with stressful events is not well established. The aim of this study was to evaluate the effect of CBGT for PD patients in changing coping strategies compared to a group of individuals without mental disorders.

Methods: Forty-eight PD patients who completed 12 CBGT sessions were compared to 75 individuals without mental disorders in relation to coping as evaluated by the Coping Strategies Inventory (CSI). Severity of PD was measured before and after CBGT by Clinical Global Impression, Hamilton Anxiety, and Panic Inventory.

Results: Treatment was effective in reducing PD severity in all outcome measures, and patients used significantly fewer confrontation and escape and avoidance strategies after CBGT. The use of more adaptive coping strategies was related to a decrease in panic attacks and anticipatory anxiety. Compared to the control group, patients showed the same significant difference in the use of strategies, except for escape and avoidance that was no longer different post treatment.

Conclusions: Despite the change observed after the CBGT, patients' coping strategies were still different from the ones used by the control group. The current CBGT protocol was used for specific PD symptoms and other cognitive tools should be included to change maladaptive coping strategies.

Keywords: Panic Disorder, Cognitive-behavior therapy, Coping.

1. Introduction

Panic Disorder (PD) is considered a chronic condition characterized by periods of remissions and relapses [1], that impairs quality of life [2] and psychosocial functioning [3]. These relapses are usually associated to the presence of life event stressors [4]. Despite consistent evidence of efficacy of pharmacological [5] and cognitive-behavioral therapies (CBT) for PD [6, 7], many patients remain symptomatic [1, 4].

It is known that many neurobiological and psychosocial alterations are involved in the genesis and maintenance of PD symptoms [8, 9]. The coping strategies may have a mediating role between stress and PD symptoms. For example, studies have shown an association between negative life events with more severe PD symptoms, on one side, and neuroticism [10] and deficits of emotional processing, on the other, in coping with these stressful events [11].

The term coping is defined as “constantly changing cognitive and behavior efforts to manage (win, tolerate, or reduce) specific external and/ or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” [12]. It is a process that occurs between the individual and the environment, in a dynamic and bidirectional relationship, managing the stressful situation through evaluation with cognitive and behavior resources [12]. Therefore, a specific choice of coping strategy depends on the cognitive appraisal process, where the meaning and importance of adverse or stressful circumstances is identified: e.g., loss, damages and threats. These strategies have two functions: problem-centered coping - when the situation causing stress are evaluated as easy to change; and emotion-focused coping - if an assessment that nothing can be done to modify the conditions of harm, threat or environmental challenge [13].

A study found that the number of reported stressful life events in panic patients did not differ of group control. However, in response to stressful situations, patients used more often ineffective coping strategies as comparison to controls [14]. Anxiety symptoms may start as negative adaptations to stressful life events as a result of a failure in using effective coping skills and this symptoms is a predictor for relapse of PD [4].

The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) for PD was established in our setting [15, 16]. However, how the cognitive and behavior techniques work on coping strategies has not been evaluated yet. The aim of this study was to identify the effect of CBGT for PD patients on coping strategies, comparing baseline with post-treatment and also comparing with a group of individuals without mental disorders.

2. Methods

2.1 Participants

The sample consisted of 48 patients with diagnosis of PD with or without agoraphobia, according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR) criteria, who completed a 12-week trial of CBGT from 2006 to 2009. A control group with 75 individuals without psychiatric disorders was included. The study was approved by Ethics and Research Committee of Hospital de Clínicas at Porto Alegre, Brazil (protocol number 100136). Patients and control individuals signed an informed consent form.

Inclusion criteria to participate in the CBGT were age from 18 to 65 years-old, residual symptoms of PD, as panic attacks, anticipatory anxiety, phobic avoidance, despite being on a stable dose of medications for at least 4 months. Exclusion criteria were

psychotic symptoms, severe major depression symptoms, significant clinical disease, and disabling chronic disease over the last six months.

All patients underwent pharmacotherapy before starting group treatment. At the time of referral for CBGT, 35(73%) were on selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), 5(10%) tricyclic antidepressant (TCA), 26(54%) benzodiazepines, and 23(48%) used more than one type of medication.

Psychiatric comorbidity (Axis I) was common: 43(90%) had agoraphobia; 25(52%) had mood disorders (current and past depression or dysthymia) and 25(52%) had other anxiety disorders (generalized anxiety disorder, social anxiety disorder or obsessive-compulsive disorder). Sixteen (33%) patients met criteria for more than one comorbid disorder, excluding agoraphobia.

2.2 Instruments

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) – Brazilian version [17] was applied by trained psychiatrists to confirm the PD diagnosis and establish comorbidity diagnoses [18]. MINI was also used to verify the absence of mental disease in control group. At study entry, a semi-structured interview was completed by the clinicians running the group to assess socio-demographic data and clinical characteristics.

PD severity and treatment response were evaluated using the following scales: Panic Inventory (PI) [15], Hamilton Anxiety (HAM-A) [19], and Clinical Global Impression (CGI) [20]. The PI is an instrument that classifies panic attacks as spontaneous, situational, complete or incomplete. It also assesses their intensity, duration, frequency, as well as severity of agoraphobia and anticipatory anxiety (scores from 0 to 10). The CGI determines the global severity of the PD, considering the intensity and

frequency of panic attacks, degree of anticipatory anxiety, level of phobic avoidance and familial or occupational function. Scores vary from 1 (normal, no illness) to 7 (very ill). All these scales were also administered at the baseline and after completing CGBT (using a one-month period as the frame of reference for ratings). Such assessments were performed by clinicians who did not participate in the group or knew the results of the baseline ratings. Beck Depression Inventory (BDI) was used to evaluate depressive symptoms [21].

Coping Strategies Inventory (CSI), created by Folkman & Lazarus [22], was applied before and after CBGT and one time in control group. CSI is a questionnaire to identify coping strategies with 66 items, including thoughts and actions that people use to deal with internal or external demands of a specific stressful event. This scale evaluates eight different factors classified as: (a) problem-focused strategy: confrontation (aggressiveness, hostility and risk to change the situation), social support (information, support and emotional basis), problem solving, and positive reappraisal (creating a positive meaning, with focus on personal growth); (b) emotion-focused strategy: distancing (detachment and minimization of the situation), acceptance of responsibility (recognizing their role in the problem), escape and avoidance (efforts to escape or avoid the situation), and (c) both: self-control (regulation of one's own feelings and actions). Each patient was oriented to think about a recent situation related to PD (avoidance, anticipatory anxiety, panic attacks, and agoraphobia) in order to complete the CSI.

2.3 Intervention

Manual-based CBGT of 12 sessions [23] occurred during four months and was performed by the same therapist and co-therapists with previous experience with CBT [15]. Patients were treated in one of seven groups (with a mean of 7 patients per group).

The treatment emphasized psychoeducation and cognitive restructuring, including exposure to physical sensations of fear generating anxiety and panic (interoceptive exposure), as well as gradual exposure to agoraphobic situations. Initial sessions introduced the cognitive-behavioral model for PD and therapy objectives, followed by training diaphragmatic breathing and muscle relaxation skills. Intermediate sessions aimed at identifying and correcting automatic thoughts and physical sensations through interoceptive exposure. Final sessions included gradual in vivo exposures and management of relapse prevention, using tools learned during sessions [15, 16].

2.4 Data analysis

Data are presented as mean (standard deviation) and count (percent). Kolmogorov-Smirnov test was used to evaluate normal distribution. Student's T test for dependent samples and McNemar test were used to evaluate symptoms severity and changes in coping during treatment. The within-group treatment Effect Size was calculated using Cohen's formula ($ES = \frac{M1 - M2}{\sqrt{SD1^2 + SD2^2 - 2 \times r \times SD1 \times SD2}}$). Univariate Analysis of Variance was used and adjusted for education to compare coping strategies in patients and control group. Symptomatic change (Δ of PD severity) and coping strategies post CBTG were measured by Spearman correlation. Statistical analysis was completed using SPSS Program version 18.0. The selected significance level was $\alpha = .05$.

3 Results

Socio-demographic characteristics are described in Table 1. A significant difference was found related to education level ($p=.040$), with the patients presenting lower level of

education than the participants in the control group. Treatment was effective in reducing PD symptoms severity in all outcome measures, with a large effect size (Table 2).

In order to identify the changes in coping strategies between patients and the control group, the CSI was compared before and after CBGT. Patients presented a significant decrease in the use of confrontation and escape and avoidance strategies after treatment with a small effect size (Table 2). When compared to the control group (adjusted for education), PD patients used significantly fewer coping strategies, as acceptance of responsibility, problem solving, positive reappraisal and self-control, but more escape and avoidance strategy before the treatment. After CBGT, escape and avoidance strategy did not differ between patients and the control group (Table 3).

Considering the changes in PD symptoms, a significant correlation was found between patients with decreased anticipatory anxiety and those who used more positive reappraisal and acceptance of responsibility ($r=.289$; $r=.309$, respectively). Another significant correlation was found by patients without panic attacks that began to use fewer coping strategies such confrontation ($p=.002$), acceptance of responsibility ($p=.039$), and escape and avoidance ($p=.017$). Regarding depressive symptoms, a significant negative correlation ($r=-.335$) was found with the use of social support strategy (Table 4). No other correlation was found between coping strategies and changes of PD symptoms after CBGT.

4 Discussion

Results showed a significant improvement of PD symptoms after treatment and a modification in confrontation and escape and avoidance strategies, which are considered maladaptive strategies. It is possible that the reduced use of those strategies might be

related to CBT techniques [15]. For example, confrontation strategy can be demonstrated by the belief that someone is responsible for your problem and by the use of resources considered risky to cope with situations. Probably cognitive techniques change catastrophic thoughts and dysfunctional beliefs, leading to a correction of distorted interpretations [7] and, subsequently, ability to cope with stressful situations [24]. In addition, the use of escape and avoidance strategy decreased after CBGT, and patients did not differentiate from the control group in this measure. Furthermore, patients without panic attacks used this strategy less frequently, after CBGT. In fact, behavioral techniques as in vivo exposure instructions target to cope with avoided situations and was applied during the CBGT sessions [2, 15].

Moreover, with CBGT techniques, feared situations are seen as a challenge. Under these new conditions, positive emotions predominate, facilitating the use of problem-focused coping strategy [12]. In addition, reduction of anticipatory anxiety was correlated to the use of more adaptive strategies, such as positive reappraisal and acceptance of responsibility, confirming the effect of CBGT in changing coping strategies. Despite the change observed after the therapy, patients' coping strategies are still different from the ones used by the control group, what is in line with previous studies [14].

Indeed, CBGT protocol used in this study focuses on techniques for PD symptoms, like cognitive restructuring, interoceptive exposure, and in vivo exposure [16]. However, no cognitive techniques for resilience and problem solving were included. Recent studies show that resilience processes or competencies have a mediating effect for coping adversity events [24]. Availability and variability of coping strategies are related to personal experiences and resources, as well as cognitive development. That is, when one learns to deal with problems as they arise, it is possible to develop adaptive flexibility while promoting resilience [25].

Considering the high prevalence of depression in the sample, it is noteworthy the role of depressive symptoms in the interpretation of adverse situations, in the selection of coping strategies, and in the real perception of their effectiveness [26]. In this study, a reduction of depression symptoms was significant after CBGT and it is consistent with a recent study [27]. Besides, patients started to use significantly fewer social support strategies and, probably, this finding could be related with cognitive restructuring.

Some limitations of this study must be considered. The use of a self-administered questionnaire might be limited in terms of comprehension and self-recognition. There was a difference in the education level between the patients' group and control group that was controlled by statistical analysis. In addition, the questionnaire was applied only once to controls. Moreover, it's necessary to consider the CBGT response in short-term. Also, further studies with long term follow up are needed [28].

Coping strategies could be developed through psychosocial interventions [29]. Since CBGT resulted in changes in maladaptive coping styles, problem-solving techniques and resilience should be added to the current protocol in order to test its efficacy.

References

- [1]. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(4):415-24.
- [2]. Heldt E, Blaya C, Isolan L, Kipper L, Teruchkin B, Otto MW, et al. Quality of life and treatment outcome in panic disorder: cognitive behavior group therapy effects in patients refractory to medication treatment. *Psychother Psychosom*. 2006;75(3):183-6.
- [3]. Carpiniello B, Baita A, Carta MG, Sitzia R, Macciardi AM, Murgia S, et al. Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *Eur Psychiatry*. 2002;17(7):394-8.

- [4]. Heldt E, Kipper L, Blaya C, Salum GA, Hirakata VN, Otto MW, et al. Predictors of relapse in the second follow-up year post cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(1):23-9.
- [5]. Choy Y, Peselow ED, Case BG, Pressman MA, Luff JA, Laje G, et al. Three-year medication prophylaxis in panic disorder: to continue or discontinue? A naturalistic study. *Compr Psychiatry.* 2007;48(5):419-25.
- [6]. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord.* 2005; 88(1):27-45.
- [7]. Otto MW, Deveney C. Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *J Clin Psychiatry.* 2005;66 Suppl 4:28-32.
- [8]. Hino T, Takeuchi T, Yamanouchi N. A 1-year follow-up study of coping in patients with panic disorder. *Compr Psychiatry.* 2002;43(4):279-84.
- [9]. Manfro GG, Otto MW, McArdle ET, Worthington JJ, Rosenbaum JF, Pollack MH. Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder. *J Affect Disord.* 1996;41(2):135-9.
- [10]. Lteif GN, Mavissakalian MR. Life events and panic disorder/agoraphobia. *Compr Psychiatry.* 1995;36(2):118-22.
- [11]. Baker R, Holloway J, Thomas PW, Thomas S, Owens M. Emotional processing and panic. *Behav Res Ther.* 2004;42(11):1271-87.
- [12]. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav.* 1980 Sep;21(3):219-39.
- [13]. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol.* 1984;46(4):839-52.
- [14]. Savoia MG, Bernik M. Adverse life events and coping skills in panic disorder. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.* 2004;59(6):337-40.
- [15]. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Maltz S, Isolan L, et al. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom.* 2003;72(1):43-8.
- [16]. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW. One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behav Res Ther.* 2006;44(5):657-65.
- [17]. Amorim P. Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-15.
- [18]. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33.
- [19]. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50-5.
- [20]. Guy W. *Clinical Global Impressions (CGI)* Rockville, NIMH; 1976.

- [21]. Gorenstein C, Andrade L, Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R. Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. *J Clin Psychol.* 1999;55(5):553-62.
- [22]. Savoia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicol USP.* 1996;7(2):183-201.
- [23]. Otto MW, Deckerbach T. Cognitive-behavioral therapy and treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *Panic disorder and its treatment.* 1998.
- [24]. Folkman S. Questions, answers, issues, and next steps in stress and coping research. *European Psychologist.* 2009;14(1):72-7.
- [25]. Leipold B, WG. Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist.* 2009;14(1):40-50.
- [26]. Zeidner M, Saklofske D. Adaptive and maladaptive coping. Zeidner ME, N. (Eds.). New York: Wiley; 1996. 505- 31 p.
- [27]. Emmrich A, Beesdo-Baum K, Gloster AT, Knappe S, Höfler M, Arolt V, et al. Depression does not affect the treatment outcome of CBT for panic and agoraphobia: results from a multicenter randomized trial. *Psychother Psychosom.* 2012;81(3):161-72.
- [28]. Cosci F. The psychological development of panic disorder: implications for neurobiology and treatment. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34 Suppl 1:9-19.
- [29]. Taylor SE, Stanton AL. Coping resources, coping processes, and mental health. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007;3:377-401.

Table 1
Socio-demographic characteristics and the comparison between patients and control group.

Variables	CBGT n=48	Control Group n=75	p
Gender			
Female	36 (75)	57 (76)	>.999
Age	38.8±11.1	38.5±9.7	.870
Marital status			
Single	12 (25)	30 (40)	.262
Married/ with partner	30 (62)	35 (47)	
Separated/Divorced	4 (8)	8 (11)	
/ Widow/widower	2 (4)	2 (3)	
Education Level			
Elementary	14 (29)	6 (8)	.040
High School	16 (33)	32 (43)	
College	18 (37)	38 (49)	

CBGT: Cognitive-behavioral group therapy

Continuity variables were presented by means and standard deviation (SD).

Categorical variables were presented by frequency and percent.

T test and Fisher's Test were used.

p < .05

Table 2
Comparison of symptoms severity measures and coping strategies before and after CBGT in the TP patient (n=48).

	CBGT		p	ES***
	Before	After		
Clinical Global Impression (CGI)*	4.3(0.8)	2.7(1.1)	<.001	1.53
Panic attack**	36(75%)	19(40%)	.001	--
Agoraphobia*	7.9(2,7)	4.5(3.2)	.001	1.21
Anticipatory anxiety*	8.6(1.4)	5.2(2.8)	<.001	1.27
Hamilton anxiety (HAM-A)*	29.6(8.5)	18,1(9.5)	<.001	1.42
Beck Depression Inventory (BDI)*	20.5(10.5)	12.9(10.9)	<.001	.83
Problem-focused*				
Confrontation	5.6(3.5)	4.5(3.3)	.039	.30
Social Support	10.4(4.0)	9.5(4.1)	.184	--
Problem Solving	5.2(2.6)	5.8(2.9)	.194	--
Positive Reappraisal	12.4 (5.3)	11.8(5.6)	.537	--
Emotion-focused*				
Acceptance of Responsibility	9.9(4.0)	9.0(4.6)	.220	--
Distancing	6.5(3.4)	6.4(3.8)	.813	--
Escape and Avoidance	4.2(1.7)	3.5(1.9)	.026	.33
Problem and emotion focused*				
Self-control	6.9(2.8)	6.4(2.9)	.253	--

CBGT: Cognitive-behavioral group therapy

* Continuity variables were presented by means and standard deviation (SD). T test for dependent samples was used.

** Categorical variables were presented by frequency and percent. McNemar Test was used.

*** Effect Size (Cohen's formula)

p < .05

Table 3
Results of patients' coping strategies compared to the control group before and after CBGT.

Coping Strategies	Control Group (n=75)			CBGT (n=48)							
	mean	CI 95%		Before	CI 95%		P*	After	CI 95%		P**
Problem-focused											
Confrontation	5.2	4.4	6.0	5.6	4.7	6.5	.535	4.5	3.7	5.4	.213
Social Support	10.1	9.1	11.0	10.4	9.3	11.4	.650	9.5	8.4	10.5	.419
Problem Solving	7.2	6.5	7.9	5.2	4.5	5.9	<.001	5.8	5.1	6.6	.002
Positive Reappraisal	15.1	13.8	16.5	12.4	10.9	13.8	.007	11.7	10.2	13.2	.003
Emotion-focused											
Acceptance of Responsibility	11.3	10.3	12.3	9.8	8.8	10.9	.039	9.0	7.9	10.1	.001
Distancing	6.7	5.9	7.6	6.5	5.6	7.5	.757	6.4	5.4	7.3	.682
Escape and Avoidance	2.9	2.4	3.3	4.3	3.8	4.7	<.001	3.5	3.0	4.0	.146
Problem and emotion focused											
Self-control	7.9	7.2	8.5	6.9	6.1	7.6	.049	6.4	5.7	7.2	.006

CBGT: Cognitive-behavioral group therapy

Continuity variables were presented by means and 95% Confidence Interval (CI 95%).

Univariate Analysis of Variance was used and adjusted for education.

* Comparison between coping strategies before CBGT and control group.

** Comparison between coping strategies after CBGT and control group.

p < .05

Table 4

Correlation between coping strategies at the end of CBGT with changes in severity symptoms and presence of panic attack.

Coping Strategies	Δ Severity Symptoms*					Panic attack** Mean (SD)	
	HAM-A	CGI	Agoraphobia	Anticipatory anxiety	BDI	Without	With
Problem-focused*							
Confrontation	.058	-.233	.005	.083	.036	3.4(2.5)[#]	6.2(3.5)[#]
Social Support	.132	.146	.147	.176	-.335[#]	9.2(4.1)	10.0(3.9)
Problem Solving	.128	-.049	-.037	.135	.212	5.8(2.9)	6.5(2.6)
Positive Reappraisal	.268	.233	.126	.289[#]	.083	11.1(5.0)	12.8(6.2)
Emotion-focused*							
Acceptance of Responsibility	.203	-.066	.202	.309[#]	-.022	7.9(4.6)[#]	10.6(3.9)[#]
Distancing	.154	.046	.033	.233	-.034	5.7(3.9)	7.3(3.4)
Escape and Avoidance	-.069	-.174	-.068	.096	-.127	2.9(1.9)[#]	4.2(1.4)[#]
Problem and emotion focused							
Self-control	.203	.132	-.035	.237	.078	6.0(2.7)	7.0(3.0)

Note: HAM-A- Hamilton anxiety; CGI - Clinical Global Impression; BDI - Beck Depression Inventory. Δ = post minus pre CBGT.

* Spearman's correlations

** T test for independent samples was used.

[#] $p < .05$

5.2 Artigo 2

BOOSTER SESSIONS AFTER COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP THERAPY FOR PANIC DISORDER: IMPACT ON RESILIENCE, COPING AND QUALITY OF LIFE*

Ana Cristina Wesner, RN, MS^{1,2}; Juliana Braga Gomes, PS, MS^{1,2};

Tatiana Detzel, PS^{1,2}; Luciano S.P. Guimarães³ and Elizeth Heldt, RN, PhD^{1,2}

¹ Anxiety Disorders Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brazil

² Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry. Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil.

³ Research Group and Graduate Program of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brazil

Corresponding author:

Elizeth Heldt

Department of Psychiatry – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – Room 400N. 90035-903 - Porto Alegre – RS – Brazil.

e-mail address: eliz.h@globo.com

Acknowledgment:

This study was partially funded by Fundação de Incentivo a Pesquisa and Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA) and CAPES scholarship to doctorate (JBG) and master (ACW, TD) degree.

* Artigo formatado de acordo com as normas da Behavioral and Cognitive Psychotherapy

Abstract

Introduction: Panic Disorder (PD) tends to chronicity and one of the risk factors is the use of maladaptive coping strategies to deal with stressful events. **Objective:** To evaluate the impact to booster sessions with cognitive techniques of coping strategies on resilience and on quality of life (QoL) of patients who received standard cognitive-behavioral group therapy (CBGT) for PD. **Methods:** A controlled clinical trial with 44 patients with PD (intervention= 20 and control= 24) who previously completed the 12-week CBGT protocol. PD, anxiety, and depression severity symptoms were assessed at baseline and 1, 6 and 12 months after the booster sessions. Coping strategies, resilience and QoL were assessed by Coping Strategies Inventory (CSI), Resilience Scale and WHOQOL-BREF, respectively. **Results:** Considering the outcome 'time,' a significant improvement of PD and depression symptoms was observed in both groups. A significant increase in QoL domain of social relations for the intervention group was found, considering a time*group interaction. There was no significant difference on coping and other QoL domains. Changes on resilience were dependent on the symptoms intensity, and the correlations were negative. **Conclusions:** The improvement of PD and depression symptoms for both groups may be related to the therapeutic factors of the group sessions format. Therefore, booster sessions with groups after CBGT may benefit patients with PD regardless the use of specific cognitive techniques.

Keywords: Panic Disorder, resilience, quality of life, coping, cognitive-behavioral therapy

INTRODUCTION

Panic Disorder (PD) is characterized by the presence of anxiety sudden attacks, accompanied by physical and affective symptoms, fear of having another attack and avoidance of sites and situations where the panic attacks have occurred (American Psychiatric Association, 2002). Although most patients have identified a precipitating factor related to the disease onset (Faravelli and Pallanti, 1989; Lteif and Mavissakalian, 1995; Manfro, Otto, Mcardle, Worthington, Rosenbaum and Pollack, 1996; Moitra, Dyck, Beard, Bjornsson, Sirava, Weisberg and Keller, 2011), PD persists even after the disappearance of this stressor, what suggests a disease with chronic course, associated to a high morbidity and negative impact on quality of life (QoL) (Kessler, Chiu, Jin, Ruscio, Shear and Walters, 2006).

Despite the evidence of the pharmacological treatment efficacy (Pollack, 2005) and cognitive-behavioral therapy (CBT) for PD (Pollack, 2005; Otto and Deckerbach, 1998), it is not yet possible to fully explain the adjustment of treatments to the factors that may influence treatment outcome (Otto and Deckerbach, 1998; Pollack, 2005) and on the disease's chronicity (Kessler et al., 2006).

A hypothesis is related to the maladaptive coping strategies to deal with stressful events as triggers both to appearance (Manfro et al., 1996) and maintenance of symptoms (Faravelli and Pallanti, 1989; Moira et al., 2011) or relapse of PD (Hino, Takeuchi and Yamanouchi, 2002). Besides, a study showed that patients with PD use less adaptive and effective coping strategies compared to the control group with individuals without mental disease (Savoia and Bernik, 2004).

More recently resilience, known as an individual competence and adaptation to overcome stressful events and life adversities, is considered as an important coping strategy (Leopold and Greve, 2009). That is, without eliminating the problem turns it into

strategies and abilities to resignify the adverse situation. Indeed resilience and other coping strategies can be learnt through psychosocial interventions (Hyun, Nam and Kim, 2010; Songprakun and McCann, 2012), especially with cognitive techniques (Padesky and Mooney, 2012). However, the changes and the use of coping strategies are also related to previous experiences and personal resources (Taylor and Stanton, 2007). For example, studies carried out with clinical patients demonstrated that psychosocial intervention for stress management has a positive effect in relation to depressive and anxiety symptoms, but the change in coping strategies not always occurs (Kennedy, Duff, Evans, and Beedie, 2003; Kuper, Gallop, and Greenfield, 2010).

The intervention assessed and with evidence of efficacy for PD in our setting is the CBT in group (CBGT). The response evaluation to a 12-session CBGT protocol presented an size effect moderate to large, in different outcomes after an acute treatment (Heldt, Manfro, Kipper, Blaya, Maltz, Isolan, Hirakata and Otto, 2003) and in the 1 year follow-up (Heldt, Manfro, Kipper, Blaya, Isolan and Otto, 2006a). The assessed protocol was specific for PD symptoms and focused on cognitive restructuring, abdominal breathing and muscle relaxation, interoceptive and *in vivo* exposures (Heldt et al., 2003; Heldt et al., 2006). However, in the 2-year follow-up, a presence of residual symptoms of anxiety and - occurrence of recent stressful life events were predicting factors of PD relapse after two years receiving CBGT (Heldt, Kipper, Blaya, Salum, Hirakata, Otto and Manfro, 2011).The study concluded that specific strategies to change maladaptive coping styles may be added to standard CBGT or booster sessions inclusion should be considered and to prevent relapse of PD (Heldt et al., 2011).

The present study aims to evaluate the impact of adding booster sessions with cognitive techniques of coping and resilience strategies to standard CBGT as a next step for the treatment of PD.

METHOD

Participants

Patients from Anxiety Disorders Program (PROTAN) of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) who received 12 CBGT for PD sessions from the period of 2006 to 2009 were invited to participate in the trial. Participants were allocated to intervention group (4 booster sessions) or control group (2 educational sessions) using a draw system. Booster and educational sessions were carried out in September and October 2010, and the follow-up assessments were conducted until October 2011. The study was approved by the Research Ethics Committee of HCPA (n° 100136) and all patients provided written informed consent.

Inclusion criteria for CBGT were presented in other study (Heldt et al., 2006a). In the present study, inclusion criteria were: to have participated in the CBGT protocol between 2006 to 2009, to meet the criteria for PD diagnosis with or without agoraphobia when interviewing for MINI, Exclusion criteria were: psychotic symptoms, with significant clinical disease or disabling chronic disease in the last 6 months were excluded from the trial (Figure 1).

Measures

PD severity and treatment response were assessed by Panic Disorder Severity Scale (PDSS) (Shear, Brown, Barlow, Money, Sholomskas, Woods, Gorman and Papp, 1997), a 7-item instrument to rate overall severity of PD considering the intensity and frequency of panic attacks, degree of anticipatory and sensitivity anxiety, level of phobic avoidance, social and professional impairment. Hamilton-anxiety (HAM-A) (HAMILTON, 1959) and Beck Depression Inventory (BDI) (Gorestein and Andrade, 1998) were used to assess anxiety and depressive symptoms, respectively. The scales were applied at baseline, 1, 6,

and 12 months in both groups, by independent interviewers blind to the intervention condition.

Coping strategies, resilience and quality of life were measured by validated self-report scales as mentioned above. Coping Strategies Inventory (CSI) (Savoia, Santana, and Mejias, 1996) was used to identify thoughts and actions that people use to deal with internal or external demands of a specific stressful event. This scale with 66 items assesses 8 different factors classified as: (a) problem-focused strategy: confrontation (aggressiveness, hostility, and risk to change the situation), social support (information, support, and emotional basis), problem solving, and positive reappraisal (creating a positive meaning, with focus on personal growth); (b) emotion-focused strategy: distancing (detachment and minimization of the situation), acceptance of responsibility (recognizing their role in the problem), escape and avoidance (efforts to escape or avoid the situation), and (c) both: self-control (regulation of one's own feelings and actions).

QoL was assessed by the World Health Organization Quality of Life Instrument - Short Version (WHOQOL-Bref) (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos and Pinzon, 2000). It consists of 26 questions, 2 of which are about general QoL and the remaining 24 cover the domains of the original instrument: physical, psychological, social relations and environment domains. The scale provides scores from 1-100 in each domain, with higher scores associated with better QoL.

Resilience Scale is an instrument used to measure levels of positive psychosocial adaptation facing major life events (Pesce, Assis, Avanci, Santos, and Malaquias, 2005). It has 25 items described positively with Likert response ranging from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). The scale scores range from 25 to 175 points, with higher values indicating a high resilience.

Intervention

Patients in the intervention group received 4 weekly booster sessions, with 90 minutes each, involving psychoeducation and coping techniques as problems solving and resilience strategies. In the first session, psychoeducation about PD and coping techniques for anxiety (breathing and relaxation) were presented. In the next sessions, techniques for problems solving (Saffi, Savoia, and Lutufu Neto, 2008) and resilience strategies through causal analysis, emotional regulation, impulse control, optimism, empathy and self-efficacy (Pesce et al., 2005).

Patients in the control group received two sessions about healthy life habits: physical activities and its benefits; healthy eating and sleep hygiene; leisure and personal care. Sessions had 90 minute each and an interval of 1 month.

Statistical analysis

Categorical variables were as absolute and relative frequency (percent). Quantitative variables with symmetric distribution were represented by mean standard deviation (SD). Group's comparison for socio-demographic variables was performed using t-test and Fisher's exact test. Generalized Estimating Equations (GEE) analysis (Liang and Zeger, 1986; Zeger and Liang, 1986) was used for groups comparison to verify the booster sessions impact within 12 months. When considered significant, factors were compared using Bonferroni post-hoc analysis. Adjusted GEE was again used with PDSS, HAM-A, and BDI to check if the significant changes were mediated by the symptoms. Effect size (ES) was measured using Cohen's d. Analyses were performed by SPSS software version 18.0 and results were considered significant when $p < 0.05$.

RESULTS

The sample had a total of 44 subjects, with 20(45%) being for the intervention group and 24(55%) for the control group. No significant differences among the socio-demographic characteristics of intervention and control groups were found (Table 1). As for the clinical characteristics, control group used antidepressants significantly more than the intervention group ($p=0.046$). Time between CBGT and booster sessions varied from 1 to 4 years and there was no difference between the groups regarding post CBGT ($p=0.385$).

In relation to symptoms severity after the booster sessions, a significant improvement over time was found for the following variables: PD (PDSS) [$(p_{\text{time*group}}=0.398$; $p_{\text{group}}=0.145$; $p_{\text{time}<}0.001$)], anxiety (HAM-A) [$(p_{\text{time*group}}=0.272$; $p_{\text{group}}=0.189$; $p_{\text{time}<}0.001$)] and depression (BDI) [$(p_{\text{time*group}}=0.488$; $p_{\text{group}}=0.057$; $p_{\text{time}<}0.018$)], with large size effect. A significant difference on interaction or between the intervention and control groups was not found (Table 2).

The impact of intervention regarding coping and resilience strategies were measured over time and are presented in Table 3. Significant changes on coping strategies were not observed, but a significant increase of resilience was found and this difference occurred on the interaction [$(p_{\text{time*group}}=0.039)$], highlighting the mean on the first month from mean on the 12th month for the control group.

QoL assessed with WHOQOL-Bref was significantly higher on social relations domain [$(p_{\text{time*group}}<0.001)$] for the group intervention after 6 months of booster sessions (Table 4).

Considering the hypothesis that the change of resilience and QoL could be mediated by the severity of PD, anxiety and depression symptoms an adjusted analysis was performed for these symptoms. It was found that resilience is not as significant for HAM-A ($p_{\text{time*group}}=0.194$), BDI ($p_{\text{time*group}}=0.134$) and PDSS ($p_{\text{time*group}}=0.099$), confirming

that the symptoms are mediators of resilience levels. In order to find the effect direction, a correlation test was performed and a negative correlation was identified among the higher levels of resilience with less intensity of symptoms. Results are presented in Scatter-plot graphs (Figure 2).

The social relations domain of QoL remained significant after the adjustment for anxiety ($p_{\text{time*group}} < 0.001$), depression ($p_{\text{time*group}} = 0.022$) and PD symptoms ($p_{\text{time*group}} = 0.032$), demonstrating that the change on QoL in this domain was not mediated by the presence of symptoms after the booster sessions.

DISCUSSION

The results of the present study demonstrated that adding booster sessions, regardless the type of intervention, significantly improves PD severity, anxiety and depression symptoms. However, the impact on resilience which was significant on the control group after the first month was not observed over time. In the present study, it was found that resilience levels are dependent on symptoms and this finding is in line with a recent study that demonstrated a positive association between resilience and psychological well-being and negative association with anxiety and depression symptoms (Haddadi and Besharat, 2010).

Regarding the coping strategies, significant changes were not found and this finding was also reported in studies with clinical patients that used a brief intervention based on the coping theory (Kennedy, Duff, Evans and Beedie, 2003). In another brief intervention study with HIV⁺ patients, besides changes on coping not being found, there was reduction on anxiety and depressive symptoms compared to control group, and patients who underwent maintenance sessions for 1 year, a significant increase of self-efficacy on coping was reported (Chesney, Chambers, Taylor, Johnson, and Folkman, 2003). In our

study, an increase of resilience levels was observed over time on the intervention group, unlikely to what happened to the control group, even if not significant. Indeed, resilience may be developed through new abilities to perceive, interpret, and overcome challenges and difficulties (Grotberg, 2005).

The social relations domain of QoL for the intervention group was significantly higher after the 6th month and was stable on the assessment of 12 months of follow-up. However, the change on social relations domain was not associated with the improvement on PD severity or anxiety and depression symptoms. Considering that improvement of symptoms occurred in both groups, our hypothesis is that the change on resilience on the intervention group, even not being significant, may have positive effects on social relations during the follow-up period (Grotberg, 2005).

A significant improvement on PD , anxiety and depressive symptoms on the control group who received 2 sessions with lectures about healthy life habits may be related to the therapeutic factors from the group sessions format. Previous studies demonstrated that the group format is associated with clinically significant improvement for patients with anxiety and depression (Oei and Free, 1995; Oei, Llabut and Devilly, 1999). Regardless of the action taken between the control and the intervention group, it is known that in the group interaction the exchange of experiences occur, generating therapeutic factors as universality, altruism, reducing stigma and isolation (Schmalisch, Bratiotis and Muroff, 2010).

Other non-specific factors from the CBGT technique, as therapeutic alliance and cohesion, may produce equivalent improvements on the outcomes (Oei and Browne, 2006; Yalom and Leszcz, 2006). Besides, both activities may promote changes that stimulate positive psychological states as socialization, sharing of information and catharsis (Woody and Adessky, 2002; Yalom and Leszcz, 2006).

Also it is important to highlight the role of hope, that is, the patient who participates in the research related his/her disorder seeks for help, and despite the intervention being made, he/she expresses emotions and cognitions related to hope that may influence the clinical improvement (Snyder, Ilardi, Cheavens, Michael, Yamhure, and Sympton, 2000).

Some limitations of this study must be considered, as the small sample size and the use of self-administered instruments, which may be limited due to lack of understanding and self-knowledge. Applying the same instruments in a short period of time might have caused systematized answers. Besides, in the present study a brief intervention was carried out, and this could have hindered the coping strategies to present significant changes. Yet, the results with large size effects, but not significant, might suggest the need for further research with higher power.

The use of a group format to perform booster sessions and life habits sessions may have influenced the results of this study. Thus, for patients who previously received CBGT for PD, the benefit of maintaining the gains with booster sessions may be promoted with groups, regardless of the use of techniques that demands a trained specialist, as a viable possibility to be developed in health primary care. Besides, more efficacy studies of specific resilience techniques added to standard CBGT must be carried out.

References

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- AMORIN, P. (2000). International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (Vol. 22, pp. 106 - 115).
- CHESNEY, M. A., CHAMBERS, D. B., TAYLOR, J. M., JOHNSON, L. M. and FOLKMAN, S. (2003). Coping effectiveness training for men living with HIV: results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. *Psychosom Med*, 65(6), 1038-1046.
- FARAVELLI, C., and PALLANTI, S. (1989). Recent life events and panic disorder. *Am J Psychiatry*, 146(5), 622-626.
- FLECK, M. P., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., and PINZON, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "Whoqol-bref", *Revista de Saúde Pública* (Vol. 32, pp. 178 -183).
- GORESTEIN, C., and ANDRADE, L. (1998). Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica* (Vol. 25, pp. 245 -250).
- GROTBORG, E. H. (2005). Novas tendências em resiliência. In A. Melillo and E. N. S. Ojeda (Eds), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp. 15 - 22). São Paulo: Artmed.
- HADDADI, P., and BESHARAT, M. A. (2010). Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5(0), 639-642.
- HAMILTON, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32(1), 50-55.
- HELDT, E., MANFRO, G. G., KIPPER, L., BLAYA, C., MALTZ, S., ISOLAN, L., HIRAKATA, V. N., and OTTO, M. W. (2003). Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom*, 72(1), 43-48.
- HELDT, E., GUS MANFRO, G., KIPPER, L., BLAYA, C., ISOLAN, L., and OTTO, M. W. (2006). One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: Outcome and predictors of remission. *Behav Res Ther*, 44(5), 657-665.
- HELDT, E., KIPPER, L., BLAYA, C., SALUM, G. A., HIRAKATA, V. N., OTTO, M. W., and MANFRO, G. G. (2011). Predictors of relapse in the second follow-up year post cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Rev Bras Psiquiatr*, 33(1), 23-29.
- HINO, T., TAKEUCHI, T., and YAMANOUCHI, N. (2002). A 1-year follow-up study of coping in patients with panic disorder. *Compr Psychiatry*, 43(4), 279-284.
- HYUN, M. S., NAM, K. A., and KIM, M. A. (2010). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral therapy for at-risk Korean male adolescents. *Arch Psychiatr Nurs*, 24(3), 202-211.
- KENNEDY, P., DUFF, J., EVANS, M., and BEEDIE, A. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *Br J Clin Psychol*, 42(Pt 1), 41-52.
- KESSLER, R. C., CHIU, W. T., JIN, R., RUSCIO, A. M., SHEAR, K., and WALTERS, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in

- the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 63(4), 415-424.
- KUPER, L. E., GALLOP, R., and GREENFIELD, S. F. (2010). Changes in coping moderate substance abuse outcomes differentially across behavioral treatment modality. *Am J Addict*, 19(6), 543-549.
- LEOPOLD, B., and GREVE, W. (2009). Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist* (Vol. 14, pp. 40 - 50): European Psychologist.
- LIANG, K.-Y., and ZEGER, S. L. (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear models (Vol. 73, pp. 13 - 22): *Biometrika*.
- LTEIF, G. N., and MAVISSAKALIAN, M. R. (1995). Life events and panic disorder/agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 36(2), 118-122.
- MANFRO, G. G., OTTO, M. W., MCARDLE, E. T., WORTHINGTON III, J. J., ROSENBAUM, J. F., and POLLACK, M. H. (1996). Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 41(2), 135-139.
- MOITRA, E., DYCK, I., BEARD, C., BJORNSSON, A. S., SIBRAVA, N. J., WEISBERG, R. B., and KELLER, M. B. (2011). Impact of stressful life events on the course of panic disorder in adults. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 373-376.
- OEI, T. P. S., and BROWNE, A. (2006). Components of Group Processes: Have they contributed to the outcome of mood and anxiety disorder patients in a group cognitive-behaviour therapy program? *American Journal Psychotherapy*, 60(1), 53 - 70.
- OEI, T. P. S., and FREE, M. L. (1995). Do cognitive-behavior therapies validate cognitive models of mood disorders - A review of the empirical evidence. *International Journal of Psychology*, 30(2), 145 - 179.
- OEI, T. P. S., LLAMAS, M., and DEVILLY, G. J. (1999). The efficacy and cognitive processes of cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27(1), 63 - 88.
- OTTO, M., and DECKERBACH. (1998). Cognitive-behavioral therapy and treatment of panic disorder: efficacy and strategies. In J. F. Rosenbaum and M. H. Pollack (Eds), *Panic disorder and its treatment*. New York: Marcel Dekker.
- PADESKY, C. A., and MOONEY, K. A. (2012). Strengths-Based Cognitive-Behavioural Therapy: A Four-Step Model to Build Resilience. *Clin Psychol Psychother*. PESCE, R. P., ASSIS, S. G., AVANCI, J. Q., SANTOS, N. C., and MALAQUIAS, J. V., CARVALHAES, RAQUEL. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Caderno de Saúde Pública* (Vol. 21, pp. 436 - 448). Rio de Janeiro.
- POLLACK, M. H. (2005). The pharmacotherapy of panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 66 Suppl 4, 23-27.
- SAFFI, F., SAVOIA, M., and LUTUFO NETO, F. (2008). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental. In Cordioli e cols (Ed), *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.
- SAVOIA, M. G., and BERNIK, M. (2004). Adverse life events and coping skills in panic disorder. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*, 59(6), 337-340.
- SAVOIA, M. G., SANTANA, P. R., and MEJIAS, N. P. (1996). Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP* (Vol. 7, pp. 183 - 201).

- SCHMALISCH, C. S., BRATIOTIS, C., and MUROFF, J. (2010). Processes in Group Cognitive and Behavioral Treatment for Hoarding. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(4), 414-425.
- SHEAR, M. K., BROWN, T. A., BARLOW, D. H., MONEY, R., SHOLOMSKAS, D. E., WOODS, S. W., GORMAN, J. M., and PAPP, L. A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *Am J Psychiatry, 154*(11), 1571-1575.
- SNYDER, C. R., ILARDI, S. S., CHEAVENS, J., MICHAEL, S. T., YAMHURE, L., and SYMPSON, S. (2000). The Role of Hope in Cognitive-Behavior Therapies. *Cognitive Therapy and Research, 24*(6), 747 - 762.
- SONGPRAKUN, W., and MCCANN, T. V. (2012). Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry, 12*, 12.
- TAYLOR, S. E., and STANTON, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annu Rev Clin Psychol, 3*, 377-401.
- WOODY, S. R., and ADESSKY, R. S. (2002). Therapeutic alliance, group cohesion and homework compliance during cognitive behavioural group treatment of social phobia. (Vol. 33, pp. 5 - 27): *Behaviour Therapy*.
- YALOM, I. D., and LESZCZ, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- ZEGER, S. L., and LIANG, K. Y. (1986). Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. *Biometrics, 42*(1), 121-130.

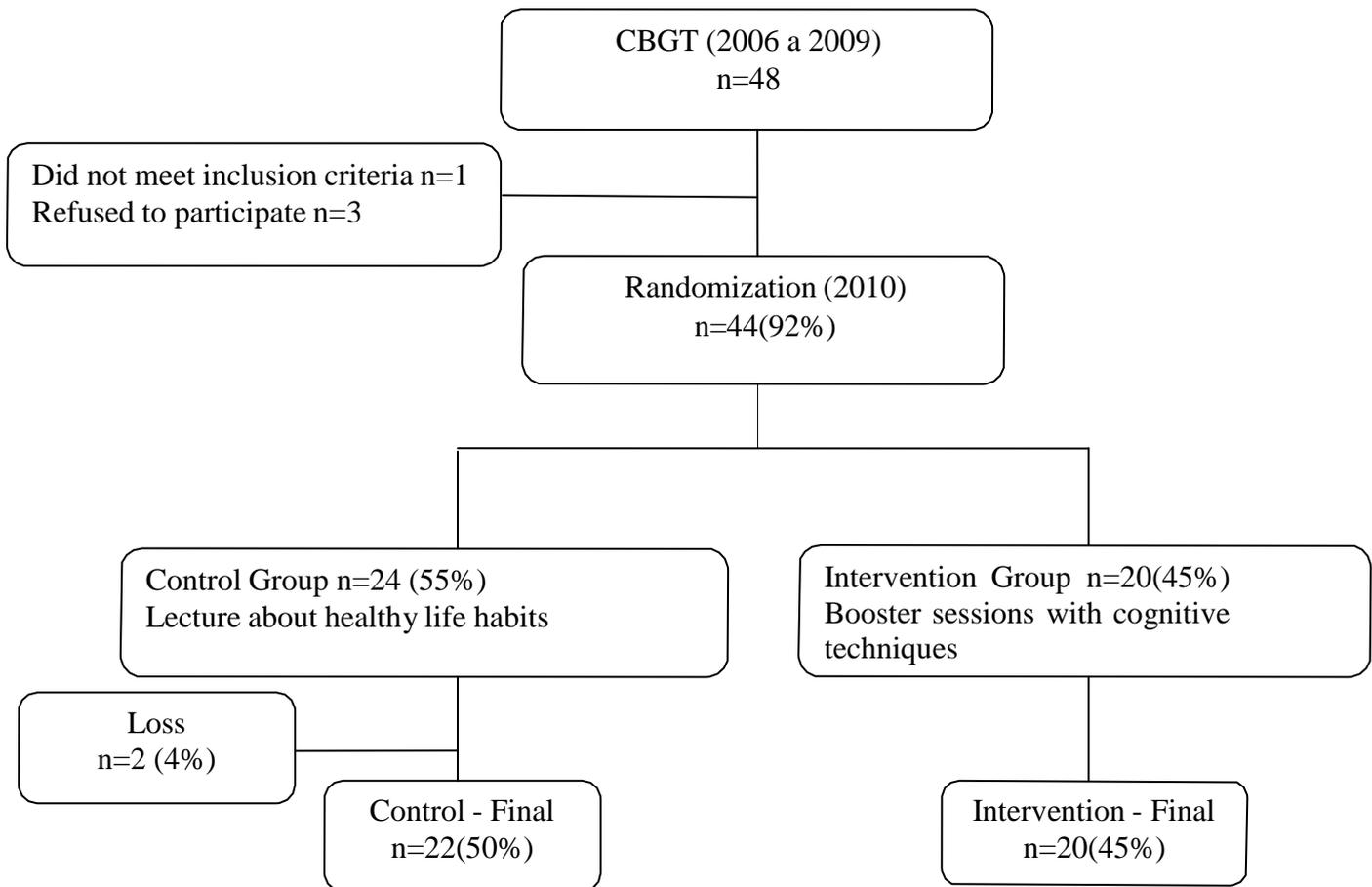


Figure 1 Flow diagram of subjects enrolled.

Table 1 Socio-demographic and clinical characteristics: comparison between intervention and control group.

Variables*	Intervention n= 20(45%)	Control Group n= 24(55%)	p
Socio-demographic			
Gender			
Female	15(75)	19(79)	<0.999
Age	44.3(11)	38.0(10.7)	0.064
Education (years)	12.1(3.3)	12.3(3.8)	0.826
Marital status			
Single	5(25)	9(37)	
Married/ with partner	11(55)	13(54)	0.614
Separated/Divorced	3(15)	2(8)	
Widow/widower	1(5)	--	
Clinical			
Comorbidities			
Mood disorders**	16(80)	19(79)	0.290
Anxiety disorders***	14(58)	15(75)	0.132
Medication			
Antidepressant	9 (45)	18(75)	0.042
Benzodiazepines	10(50)	13(54)	0.511
Psychotherapy			
Current	2 (10)	3 (12.5)	0.589
Past CBGT (months)	36.1(15.5)	32(15.4)	0.385

* Continuity variables were presented by means and standard deviation (SD). T test was used. Categorical variables were presented by frequency and percent. Fisher's Test was used.

p <0.05

**Mood disorders: current and past depression or dysthymia

***Anxiety disorders: generalized anxiety disorder, social anxiety disorder or obsessive-compulsive disorder.

CBGT – Cognitive-behavior group therapy

Table 2 Symptoms severity outcome measures across the study period.

Measures	Group	GEE time effect				ES	CI95%	
		Baseline Mean(SD)	1 month Mean(SD)	6 months Mean(SD)	12 months Mean(SD)			
PDSS	Control	11.9(1.53)	10.4(1.59)	11.8(1.84)	10(1.40)	4.8	3.6	5.9
	Intervention	16.6(1.34)	13.7(1.41)	12.3(1.60)	11.6(1.48)			
	General	14.2(1.02) ^a	12.0(1.06) ^b	12.0(1.22) ^{ab}	10.7(1.02) ^b			
Anxiety (HAM-A)	Control	24.5(2.39)	18.9(1.94)	18.4(2.68)	20.4(2.32)	3.5	2.5	4.4
	Intervention	27.1(2.15)	22.8(2.37)	24(2.58)	23.3(2.42)			
	General	25.7(1.61) ^a	19.8(1.53) ^b	21.2(1.86) ^{ab}	21.8(1.68) ^b			
Depression (BDI)	Control	16.2(1.97)	13.7(1.82)	15.9(2.66)	13(2.41)	4.0	2.9	5.0
	Intervention	23.6(2.89)	21.9(2.67)	19.5(2.85)	18.2(3.06)			
	General	19.8(1.75) ^a	17.7(1.61) ^{ab}	17.6(1.95) ^{ab}	15.5(1.95) ^b			

Abbreviations: **CI95%**, 95% Confidence Interval; **GEE**, Generalized Estimating Equations; **PDSS**, Panic Disorder Severity Scale; **HAM-A**, Hamilton Anxiety; **BDI**, Beck Depression Inventory.

Different letters (a.b) indicate statistical significant results at 0.05 level of significant in sequential Bonferroni multiple comparison adjustment.

ES- Effect size (Cohen's formula) between baseline and the 12-month assessment.

Table 3 Resilience and coping strategies results during the booster sessions and 12 months of follow-up.

Measures	Group	GEE time effect				ES	CI95%	
		Baseline Mean(SD)	1 month Mean(SD)	6 months Mean(SD)	12 months Mean(SD)			
Resilience								
	Control	105.9(4.91)#	116.1(3.96)*	107.3(6.22)#*	99.8(7.68)#	0.4	-0.2	1.0
	Intervention	108(5.67)#*	107.5(5.86)#*	111.5(5.48)#*	115.2(5.08)#*			
Coping strategies								
Confrontive	Control	4.7(0.57)	4.1(0.64)	4.3(0.58)	4.3(0.63)	1.4	0.7	2.0
	Intervention	4.7(0.68)	4.6(0.68)	5.1(0.80)	3.8(0.64)			
Distancing	Control	5.8(0.76)	6.2(0.57)	5.1(0.70)	5.2(0.80)	2.9	2.0	3.7
	Intervention	6.4(0.62)	6.8(0.63)	7.2(0.74)	5.8(0.61)			
Social Support	Control	8.5(0.78)	8.5(0.81)	8.3(0.81)	7.9(0.87)	1.8	1.1	2.4
	Intervention	8.4(1.01)	8.2(1.09)	7.4(0.99)	6.9(1.02)			
Acceptance Responsibility	Control	8.1(0.90)	9(0.69)	7.4(0.83)	7.6(0.86)	3.1	2.2	3.9
	Intervention	10.1(0.91)	9.8(0.88)	9.3(0.83)	9.4(1.03)			
Escape and Avoidance	Control	3.4(0.36)	3.2(0.30)	3.3(0.35)	3.4(0.41)	1.8	1.1	2.5
	Intervention	3.8(0.36)	3.6(0.42)	3.3(0.41)	3.2(0.40)			
Problem Solving	Control	4.5(0.52)	4.6(0.45)	4.5(0.56)	5.1(0.62)	0.8	0.1	1.4
	Intervention	4.6(0.68)	4.9(0.69)	5(0.82)	4.8(0.58)			
Positive Reappraisal	Control	10.5(1.22)	10.6(0.96)	10.4(1.18)	10.8(1.14)	0.7	0.0	1.3
	Intervention	10.1(1.19)	9.8(1.12)	10.2(1.45)	11.2(1.23)			
Self-control	Control	4.9(0.51)	5.9(0.56)	5.8(0.59)	6.2(0.64)	3.7	2.7	4.6
	Intervention	6.3(0.70)	6(0.65)	7.1(0.68)	6.1(0.70)			

GEE- Generalized Estimating Equations

ES- Effect size (Cohen's formula) for the higher and lower mean observed between time and group

Different symbols (#*) indicate statistical significant results at 0.05 level of significant in sequential Bonferroni multiple comparison adjustment.

Table 4 Quality of life results during the booster sessions and 12 months of follow-up.

Domains	Group	GEE time effect				ES	CI95%	
		Baseline Mean(SD)	1 month Mean(SD)	6 month Mean(SD)	12 month Mean(SD)			
Physical	control	48.1(4.17)	51.5(4.2)	47.6(4.51)	49.0(4.21)	0.6	0.0	1.2
	intervention	43.4(3.84)	40.3(3.71)	44.6(4.51)	47.8(3.46)			
Psychological	control	51.0(3.53)	54.6(3.34)	51.3(3.97)	49.2(4.57)	0.6	0.0	1.2
	intervention	44.0(4.25)	44.6(3.81)	48.1(4.51)	49.4(3.67)			
Social Relations	control	58.0(3.84)##*	55.7(3.23)##*	49.2(5.48)##*	51.3(5.72)##*	0.7	0.1	1.3
	intervention	44.6(4.2)#	49.3(4.31)##*	55.3(4.97)*	54.4(4.22)##*			
Environment	control	61.9(3.04)	61.9(2.75)	56.5(4.81)	58.0(5.83)	0.5	-0.1	1.1
	intervention	61.5(4.29)	59.0(4.47)	60.0(4.83)	67.5(3.97)			
General QoL	control	57.2(4.10)	64.5(3.73)	54.1(5.69)	51.0(6.29)	0.6	0.0	1.2
	intervention	51.8(4.78)	51.8(5.25)	52.5(5.49)	55.0(4.63)			

GEE- Generalized Estimating Equations

ES- Effect size (Cohen's formula) for the higher and lower mean observed between time and group

Different symbols (##*) indicate statistical significant results at 0.05 level of significant in sequential Bonferroni multiple comparison adjustment.

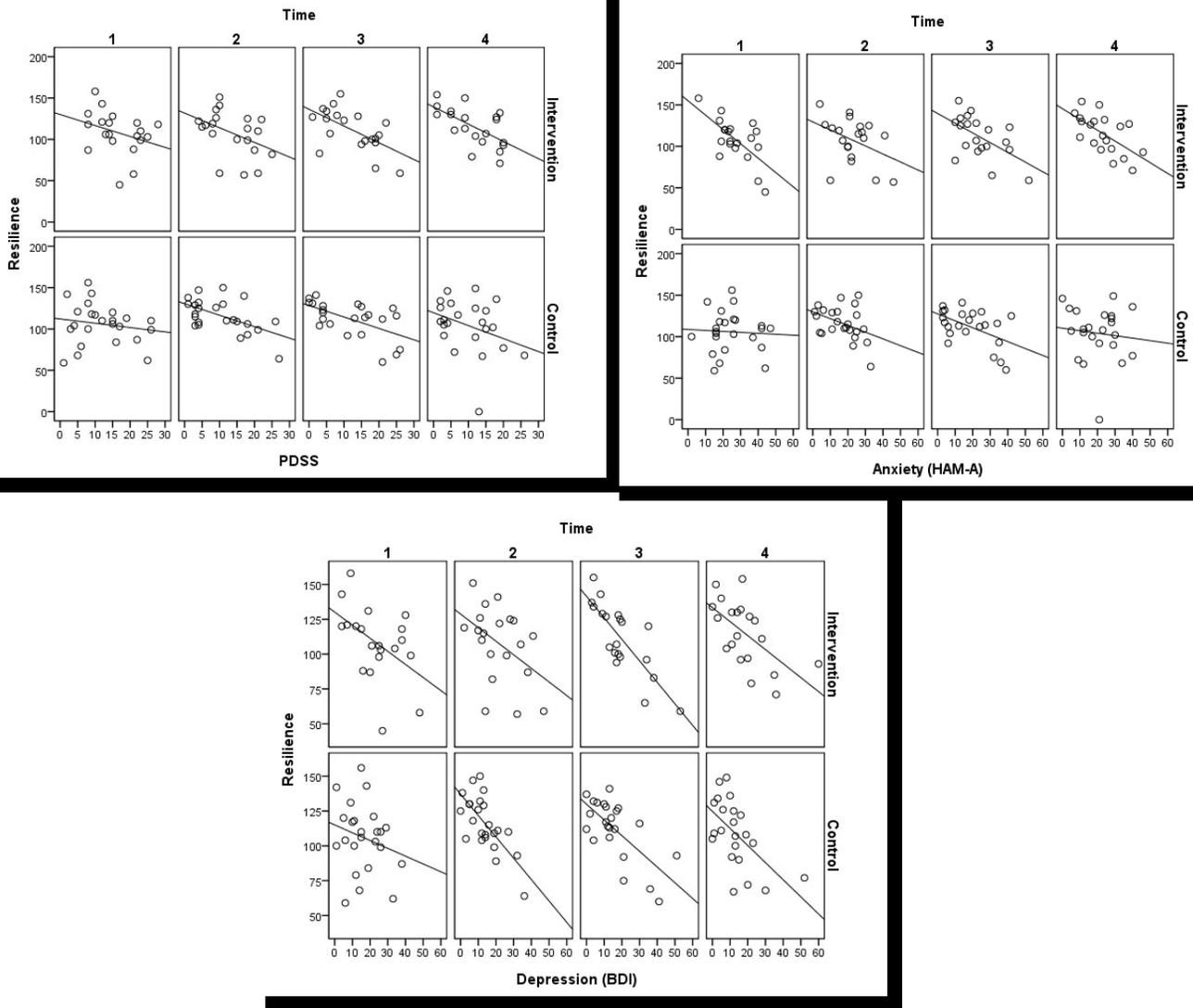


Figure 2 Resilience correlation between group’s intervention and control considering PD (PDSS), anxiety (HAM-A) and depression (BDI) symptoms severity.

6 DIVULGAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS

Pôster em 2010

O impacto da terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico no uso de estratégias de enfrentamento (coping)

- 21ª Semana de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Tema livre oral em 2010

Impacto da terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico no uso de estratégias de enfrentamento (coping)

- 30ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Premiado com Menção Honrosa

Pôster em 2011

Impact of cognitive-behavior therapy for panic disorder to change coping strategies

- 15th World Congress of Psychiatry – Buenos Aires – Argentina
- VII Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas – Florianópolis – SC

Associação entre gravidade do transtorno de pânico e capacidade de resiliência

- 31ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- 7º Congresso Brasileiro de Cérebro, Comportamento e Emoções – Gramado – RS

Qualidade de Vida e estratégias de enfrentamento no transtorno de pânico

- 7º Congresso Brasileiro de Cérebro, Comportamento e Emoções – Gramado RS

Pôster em 2012

Resiliência e qualidade de vida no transtorno de pânico: seguimento de 1 ano após sessões de reforço

- 32ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

A falha nas estratégias de (*coping*), ao lidar com eventos estressores, tem sido apontada como um fator de recaída no TP e intervenções psicossociais com impacto em processos cognitivos de enfrentamento de situações adversas ainda não foram investigadas. No presente estudo, verificou-se que a TCCG padrão pode modificar estratégias de (*coping*) desadaptadas, principalmente em pacientes que melhoraram da ansiedade antecipatória e dos ataques de pânico. Contudo, os pacientes continuam a utilizar estratégias menos adaptadas após a TCCG quando comparados ao grupo controle sem transtorno mental.

Considerando que a TCCG padrão é específica para os sintomas do TP, foi proposto o acréscimo de sessões de reforço com técnicas cognitivas específicas de coping para pacientes tratados previamente com TCCG. Os resultados demonstraram que houve melhora dos sintomas do TP, da ansiedade e da depressão, porém, não foram significativamente diferentes entre o grupo que recebeu a intervenção e o grupo controle. A resposta encontrada em relação às estratégias de (*coping*) foi um aumento dos níveis de resiliência que foi dependente da diminuição da intensidade dos sintomas. Por outro lado, a melhora identificada no domínio das relações sociais da QV no grupo intervenção não esteve correlacionada à melhora dos sintomas.

Assim, como a melhora significativa da intensidade dos sintomas após as sessões de reforço não foi diferente entre os grupos intervenção e controle, este resultado pode estar relacionado a fatores terapêuticos do formato de grupo.

Portanto, o benefício para manutenção dos ganhos da TCCG com sessões de reforço pode ser promovido por meio de grupos, independente da utilização de técnicas que demande

especialista. Estudos que investiguem a adição de técnicas cognitivas estratégias de (*coping*) e técnicas específicas de resiliência durante a TCCG padrão e o efeito de fatores terapêuticos do formato de grupo ainda precisam ser realizados.

ANEXO A – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS



PROJETOS: Avaliação de resposta a sessões de reforço com estratégias de enfrentamento para prevenir a recaída no transtorno de pânico

PESQUISADORAS: Mestranda Ana Cristina Wesner Viana
Dr^a. Elizeth Heldt

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Ambulatório do HCPA - PROTAN

PROTOCOLO DE PESQUISA

PACIENTE

NOME COMPLETO:

ENDEREÇO

CEP _____ CIDADE: _____
BAIRRO _____

TELEFONE CASA: (____) _____ TELEFONE COMERCIAL: (____) _____
CELULAR: (____) _____ TELEFONE P/ RECADOS (____) _____

E-MAIL: _____

Você checa seus e-mails frequentemente (a cada semana, p.ex.)? (1) Sim; (2) Não

DATA DA PRIMEIRA ENTREVISTA: __/__/____(entrada no estudo)

DATA DA ÚLTIMA ENTREVISTA: __/__/____

Dados Demográficos - atualizar				
1. Nome:		2. Sexo: Masculino(1); Feminino(2)		
3. Data de Nascimento: /_ /		4. Idade: _____ anos		
5. Nível Educacional				
(1) Fundamental Incompleto		(2) Fundamental Completo		(3) Médio Incompleto
(4) Médio Completo		(5) Superior Incompleto		(6) Superior Completo
(7) Pós-graduação		(8) Outros (Especificar: _____)		
6. Anos completos de estudo (desprezar repetências): anos				
Perfil Sócio-Econômico - atualizar				
10. Procedência:				
(1) POA		(2) G. POA		(3) Interior
(4) Outros estados		(5) Estrangeiro		
11. Situação Conjugal atual				
(1) Solteiro		(2) Casado/Marital		(3) Separado ou Divorciado
(4) Viúvo				
12. Com quem vive atualmente				
(1) Sozinho		(2) c/ pais		(3) c/ cônjuge
(4) c/ filhos		(5) c/ família		
(6) Instituição		(7) Outro (Especificar: _____)		
13. Ocupação				
(1) Estudante		(2) Empregado		(3) Com ocupação
(4) Desempregado		(5) Do lar		(6) Auxílio doença
(7) Aposentadoria p/ Invalidez		(8) Aposentadoria por tempo de serviço		
(9) Outro (Especificar: _____)				
14. Renda individual: _____ salários mínimos (R\$ _____)				
15. Renda familiar: _____ salários mínimos (R\$ _____)				
16. Classe Sócio-Econômica (IBGE)				
(1) Classe A: 35 ou + pontos		(2) Classe B: 21-34 ponto		(3) Classe C: 10-20 pontos
(1) Classe D: 5-9 pontos		(2) Classe E: 0-4 pontos		(3) Classe C: 10-20 pontos

Item	Não tem	1	2	3	4	5	6 ou +
TV	0	2	4	6	8	10	12
Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Banheiro	0	2	4	6	8	10	12
Carro	0	4	8	12	16	16	16
Empregada	0	6	12	18	24	24	24
Telefone	0	5	5	5	5	5	5
Geladeira	0	2	2	2	2	2	2

Instrução do chefe da família	<i>Pontos</i>
Analfabeto/ Ensino fundamental incompleto	0
Ensino fundamental completo	1
Ensino médio incompleto	3
Ensino médio completo/ Ensino superior incompleto	5
Ensino superior completo	10

Registro das Medicções		Psicoterapias	
Baseline			
Dose:		Tipo:	
4ª Sessão / Controle			
Dose:		Tipo:	
1 ano			
Dose:		Tipo:	
1 ano		Uso de Estratégia de <i>Coping</i>	
		1= Sim; 2= Não; 3= Não sabe	
Tipo de Estratégia?			

Resultados do M.I.N.I.	
<i>Circule a letra correspondente quando há transtorno relacionado</i>	
A	EDM – atual (2 últimas semanas)
A'	EDM – passado
B	Distímia – atual (2 últimos anos)
C	Risco de Suicídio – atual (último mês)
D	Episódio (Hipo)maníaco – vida inteira +atual (último mês)
E	Transtorno do Pânico – vida inteira +atual (último mês)
F	Agorafobia (atual)
G	Fobia Social
H	Transtorno Obsessivo Compulsivo – atual (último mês)
I	Transtorno de Estresse Pós-Traumático – atual (último mês)
J	Síndrome Psicótica – vida inteira + atual
M	Anorexia Nervosa – atual (últimos três meses)
N	Bulimia Nervosa (últimos três meses)
O	Transtorno de Ansiedade Generalizada – atual (últimos 6 meses)

INVENTÁRIO DO PÂNICO

Data: _____ **Prontuário:** _____

Nome: _____

ESCORES **HAM- A:** _____ **ICG:** _____

INVENTÁRIO PÂNICO

	Espontâneas	Situacionais
Completa (4 ou + sint.)		
Incompleta (- de 4 sint.)		

Duração média das crises(min): _____

Intensidade média das crises (0-10): _____

Agorafobia (0-10): _____

Ansiedade Antecipatória(0-10): _____

Medicação: _____

Dose: _____

Efeitos Adversos: _____

Plano: _____

ESCALA HAMILTON DE ANSIEDADE

Com escore padronizado

ESCORE PADRONIZADO MÁXIMO = Qualquer sintoma máximo OU $\geq 50\%$ dos sintomas fortes FORTE = Qualquer sintomas forte OU $\geq 50\%$ dos sintomas médios MÉDIO = Qualquer sintoma médio OU $\geq 50\%$ dos sintomas leves LEVE = Qualquer sintomas leve	Ausente	Leve	Médio	Forte	Máximo
	0	1	2	3	4
HUMOR ANSIOSO - () inquietude, () temor do pior, () apreensão quanto ao futuro ou presente, () irritabilidade					
TENSÃO - () sensação de tensão, () fadigabilidade, () tremores, () choro fácil, () incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto					
MEDO - () de escuro, () de desconhecidos, () de multidão, () de ser abandonado, () de animais grandes, () de trânsito					
INSÔNIA - () dificuldade de adormecer, () sonhos penosos, () sono interrompido, () sono insatisfatório, () fadiga ao acordar, () pesadelos, () terrores noturnos					
DIFICULDADES INTELECTUAIS - () dificuldade de concentração, () distúrbios de memória					
HUMOR DEPRESSIVO - () perda de interesse, () humor variável, () indiferença às atividades de rotina, () despertar precoce, () depressão					
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES) - () dores e lassidão muscular, () rigidez muscular, () mioclonias, () ranger de dentes, () voz insegura					
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS) - () visão turva, () ondas de calor ou frio, () sensação de fraqueza, () sensação de picada, () zumbidos					
SINTOMAS CARDIOVASCULARES - () taquicardia, () palpitações, () dores pré-cordiais, () batidas, () pulsações arteriais, () sensação de desmaio					
SINTOMAS RESPIRATÓRIOS - () sensação de opressão, () dispnéia, () constrição torácica, () suspiro, () bolo faríngeo					
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS - () dificuldade de engolir, () aerofagia, () dispepsia, () dor pré ou pós-prandial, () queimações, () empanzinamento, () náuseas, () vômitos, () cólicas diarreias, () constipação, () perda de peso					
SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS - () micções frequentes, () urgência de micção, () frigidez, () amenorréia, () ejaculação precoce, () ausência de ereção, () impotência					
SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO - () secura na boca, () ruborização, () palidez, () tendência à sudação, () vertigens, () cefaléia de tensão					
COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA - <u>Geral</u> : () tenso, () pouco à vontade, () agitação das mãos, () dos dedos, () tiques, () inquietação, () respiração suspirosa. <u>Fisiológico</u> : () eructações, () taquicardia em repouso, () ritmo respiratório > 20 mpm					
TOTAL					

CGI – Impressão Clínica Global

CGI	Intensidade dos Sintomas	Nível de Ansiedade	Nível de Evitação	Nível de Funcionamento	Adicionais
1 Ausente	(1) Nenhuma	(1) Nenhuma	(1) Nenhum	(1) Nenhum Sem dificuldades	(1) Nenhum
2 Limítrofe	(2) Limítrofe Nenhuma à Leve ≤ 1 x ao mês	(2) Limítrofe Nenhuma à Leve Ansiedade Antecipatória Infrequente (sem outros medos)	(2) Limítrofe Nenhum	(2) Limítrofe Sem efeito no funcionamento; angústia em relação aos sintomas	(2) Limítrofe Sem SPA para auto- medicação
3 Leve	(3) Leve ≤ 1 x semana > 1 x ao mês	(3) Leve Ansiedade Antecipatória Infrequente Medos Leves	(3) Leve Apenas atividades infrequentes; sem consequências	(3) Leve Sem efeito significativo Leve preocupação e angústia em relação aos sintomas	(3) Leve Sem drogas para auto-medicação
4 Moderado	(4) Moderado > 1 x semana	(4) Moderado > 1 x semana	(4) Moderado > 1 x semana Algumas atividades sociais necessárias são evitadas	(4) Moderado Sem diminuição significativa no desempenho de papéis. Faz algum esforço para manter o desempenho normal	(4) Moderado Pode se auto-medicar
5 Grave	(5) Grave Quase diariamente Gravidade significativa	(5) Grave Quase diariamente	(5) Grave Algumas atividades sociais necessárias e desejadas são evitadas	(5) Grave Prejuízo no desempenho de papéis necessários. Pode necessitar de assistência	(5) Grave Alguma desadaptação familiar
6 Muito Grave	(6) Muito grave Diariamente com pequena mudança de intensidade	(6) Muito grave Diariamente	(6) Muito grave Evita diariamente. Não pode fazer muitas atividades necessárias e desejadas	(6) Muito Grave Prejuízo grave no desempenho de papéis necessários (largou emprego, foi demitido, p.ex.)	(6) Muito Grave Relacionamentos pessoais podem estar extremamente desadaptados
7 Extremamente Grave	(7) Extremamente Grave Incapacitante	(7) Extremamente Grave Incapacitante	(7) Extremamente Grave Não sai de casa ou está hospitalizado devido ao TP ou evitações incapacitantes	(7) Extremamente Grave Prejuízo total no desempenho de papéis	(7) Extremamente Grave Entre os pacientes extremamente doentes

Registro dos itens da CGI ao longo do estudo (Registre o número correspondente acima em cada semana do estudo: baseline, semana 4, 6 meses e 1 ano.

CGI	Intensidade dos Sintomas	Nível de Ansiedade	Nível de Evitação	Nível de Funcionamento	Adicionais
Bas.					
4 sem					
1 ano					

PDSS

1 – FREQUÊNCIA DOS ATAQUES DE PÂNICO, incluindo ataques de pânico com sintomas limitados (APSE).

Comece explicando ao paciente que definimos ataques de pânico como uma sensação de medo ou apreensão de início súbito com elevação rápida de intensidade, atingindo geralmente um pico em menos de 10 minutos. Esta sensação está associada com sensações físicas desconfortáveis como taquicardia ou palpitações, falta de ar, calafrios, tontura, sudorese e tremores. Com frequência há pensamentos perturbadores e catastróficos como medo de perder o controle, ter um ataque cardíaco ou de morrer.

Um episódio de pânico completo tem que ter ao menos 4 dos sintomas. Um ataques de pânico com sintomas limitados é semelhante ao ataque completo, porém tem menos de 4 sintomas. Com base nessas definições, por favor me diga:

Q. No último mês, quantos **ataques de pânico completos você teve**, do tipo com 4 ou mais sintomas? E só com ataques de pânico com sintomas limitados, aquele com menos de 4 sintomas? Em média você teve mais do que um episódio de sintomas limitados/dia? *(Calcule as frequências semanais dividindo o n° total de ataques de pânico completos pelo intervalo de tempo da avaliação pelo n° de semanas no intervalo de tempo da avaliação).*

0 = Sem ataques de pânico completos ou limitados.

1 = **Leve**, inferior à média de 1 ataque de pânico completo semanal e não mais que um ataque de sintomas limitados por dia.

2 = **Moderado**, um ou dois ataques de pânico completos semanais e/ou múltiplos episódios de sintomas limitados/dia.

3 = **Severo**, mais de 2 ataques completos por semana, mas não mais que um por dia em média.

4 = **Extremo**, ataques completos ocorrendo mais que uma vez ao dia, na maior parte dos dias.

2 – AFLIÇÃO DURANTE OS ATAQUES DE PÂNICO, inclusive ataques de pânico com sintomas limitados.

(Este item gradua o grau médio de aflição e desconforto que o paciente vivencia durante ataques de pânico no intervalo de tempo determinado. Ataques de pânico com sintomas limitados deveriam ser graduados apenas se eles causam mais aflição que ataques completos de pânico. Tenha certeza de distinguir entre a aflição DURANTE o ataque de pânico e medo antecipatório de que um ataque de pânico aconteça).

Q. No último mês, quando você teve um ataque de pânico ou ataque de sintomas **parciais quanta aflição ele causou em você?** Agora eu estou lhe perguntando sobre a **aflição que você sentiu durante o AP propriamente dito.**

O quão **preocupado ou temerário você sentiu-se durante os ataques?** Você foi capaz de permanecer fazendo o que estava realizando quando o AP aconteceu? Você se desconcentrou? Se você necessitou interromper o que estava fazendo, foi capaz de permanecer na situação onde o ataque ocorreu ou você necessitou sair?

0 = **Sem pânico** ou APSL ou ausência de aflição durante o AP.

1 = **Leve** prejuízo, mas capaz de continuar as atividades com pouca ou nenhuma interferência.

2 = **Aflição moderada**, porém ainda manejável, capaz de continuar atividade e/ou manter concentração, mas com dificuldade.

3 = **Severo**, importante prejuízo e interferência, desconcentrou-se e/ou necessitou parar a atividade, entretanto capaz de permanecer no local ou na situação.

4 = **Extremo**, aflição severa e incapacitante, necessita parar as atividades, deixará a situação se possível, entretanto permanece incapaz para concentrar-se e com grande prejuízo.

3 – GRAVIDADE DA ANSIEDADE ANTECIPATÓRIA (medo relacionado ao pânico, apreensão ou preocupação).

(Ansiedade antecipatória pode ser relacionada ao significado dos ataques ao invés de ter um ataque de pânico, então pode haver considerável ansiedade a cerca de ter um ataque mesmo se a aflição durante o ataque não for intensa. Lembre-se que algumas vezes o paciente não se preocupa a respeito de quando o próximo ataque irá ocorrer, mas, ao invés disso preocupa-se sobre o significado dos AP para seu/sua saúde física e mental).

Q: No último mês, em média, o **quanto você se preocupou**, sentiu-se amedrontado ou apreensivo a respeito de quando o **próximo AP iria acontecer ou sobre o que o AP poderia significar a respeito de sua integridade física e mental?** Eu estou perguntando sobre períodos onde você não estava realmente tendo um AP. Qual era a intensidade da ansiedade? Com que frequência você tem essas preocupações ou medos? A ansiedade chegou a ponto de interferir na sua vida? **SE SIM**, quanto interferiu?

0 = **Nenhuma preocupação** sobre o pânico.

1 = **Leve**, há um medo ocasional, preocupação ou apreensão em relação ao pânico.

2 = **Moderado**, frequentemente preocupado, temerário ou apreensivo, mas tem períodos sem ansiedade. Há uma notável alteração no estilo de vida, mas a ansiedade é ainda controlável e o funcionamento global não está prejudicado.

3 = **Severo**, preocupado com o medo, apreensão ou preocupação sobre o pânico, interferência substancial na concentração e/ou na capacidade para funcionar efetivamente.

4 = **Extremo**, ansiedade quase constante e incapacitante, incapaz de **desempenhar** tarefas importantes devido ao medo, preocupação ou apreensão sobre o pânico.

4. MEDO /EVITAÇÃO AGORAFÓBICA

Q: No último mês, **existiram** locais onde você sentiu-se com medo ou que você evitou porque imaginou que se tivesse um AP, seria difícil conseguir auxílio ou sair com facilidade? Situações como utilizar transporte público, dirigir um carro, estar em túnel ou ponte, indo ao cinema, para o supermercado ou Shopping ou estando em outros locais com multidões? Algum outro local? Você teve medo de estar em casa sozinho ou completamente só em outros locais? Com que frequência você vem sentindo medo dessas situações? Qual a intensidade do medo? Você evita alguma dessas situações? Estando com uma companhia de confiança com você tem diferença? Havia coisas que você faria acompanhado e não sozinho? Quanto o medo e a evitação afeta sua vida? Você necessitou alterar seu estilo de vida para acomodar seus medos?

0 = **Nenhum**, sem medo ou evitação.

1 = **Leve**, medo/evitação ocasional, mas com frequência suportaria ou confrontaria a situação. Há pouca ou nenhuma modificação no estilo de vida.

2 = **Moderado**, medo/evitação notável, porém ainda manejável, evita situações temidas, mas confronta com companhia. Há alguma alteração no estilo de vida, mas no geral o funcionamento não está prejudicado.

3 = **Severo**, evitções extremas, modificações substanciais no estilo de vida são necessárias para acomodar a fobia, tornando difícil manejar atividades usuais.

4 = Medos e evitções **extremas e perversivos**, modificação extensa no estilo de vida é necessária, tanto que tarefas importantes não são realizadas.

5. SENSações LIGADAS AO PÂNICO MEDO/EVITAÇÃO

Q: Algumas vezes pessoas com TP experimentam sensações físicas que podem assemelhar-se ao pânico e fazem com que elas se sintam assustadas ou incomodadas. No último mês, você evitou fazer algo porque pensou que isso poderia causar este tipo de sensação física desconfortável? Por exemplo, coisas que provoquem taquicardia, como exercícios vigorosos ou caminhadas? Jogos? Trabalhar no quintal? O que me diz sobre eventos esportivos excitantes, filmes assustadores ou uma discussão? Atividade sexual ou orgasmo? Você temeu ou evitou sensações em sua pele como calor ou tremor? Sensações de tontura ou falta de ar? Você evitou alguma comida, bebida ou outra substância porque poderia lhe trazer alguma sensação física, como café, álcool ou medicamentos como comprimidos para gripe? O quanto à evitação das situações ou atividades como essas afetaram sua vida? Você necessitou mudar seu estilo de vida para adaptar-se aos medos?

0 = **Sem medo** ou evitação de situações ou atividades que provoquem sensações físicas incômodas (afritivas).

1 = **Leve**, medo e/ou evitação ocasional, mas geralmente confrontaria ou desafiaria com pouco desconforto atividades e situações que provoquem sensações físicas. Há pouca modificação do estilo de vida.

2 = **Moderado**, evitação evidente, mas ainda manejável, há definida, mas limitada modificação no estilo de vida, tal que o funcionamento geral não é prejudicado.

3 = **Severo**, extrema evitação causa modificação substancial do estilo de vida ou interfere no funcionamento.

4 = Evitação **extrema, perversiva e incapacitante**. Extensa modificação no estilo de vida é necessária tal que importantes tarefas ou atividades não são realizadas.

6. PREJUÍZO/INTERFERÊNCIA NO FUNCIONAMENTO LABORAL DEVIDO AO TP

(Nota para os entrevistadores: Este item foca no trabalho. Se a pessoa não está trabalhando, pergunte sobre a escola e se não tiver escola em turno integral, pergunte sobre responsabilidades do lar).

Q: No último mês, considerando todos os sintomas, os ataques de pânico, episódios de sintomas limitados, ansiedade antecipatória e sintomas fóbicos, quanto seu TP interferiu na sua capacidade para realizar seu trabalho em casa? Os sintomas afetaram a qualidade de seu trabalho? Você era capaz de organizar as coisas tão rápido e efetivamente como de costume? Você percebeu coisas que você não estava fazendo por causa de sua ansiedade, ou coisas que você não poderia fazer tão bem? Você evitou ou solicitou assistência para fazer as coisas? Alguém mais notou uma alteração em seu desempenho? Há alguma revisão de desempenho ou advertência sobre seu desempenho no trabalho? Algum comentário de colegas ou de membros da família sobre seu trabalho?

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

INSTRUÇÕES: Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE!** Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

0 Não me sinto triste

1 Me sinto triste

2 Estou sempre triste e não consigo sair disto

3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar

0 Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro

1 Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro

2 Acho que nada tenho a esperar

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

0 Não me sinto um fracasso

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum

2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes

2 Não encontro um prazer real em mais nada

3 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo

0 Não me sinto especialmente culpado(a)

1 Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo

2 Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo

3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo

0 Não acho que esteja sendo punido(a)

1 Acho que posso ser punido(a)

2 Creio que vou ser punido(a)

3 Acho que estou sendo punido(a)

0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo(a)

1 Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a)

2 Estou enojado(a) de mim

3 Eu me odeio

0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros

1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece

0 Não tenho quaisquer idéias de me matar

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria

2 Gostaria de me matar

3 Eu me mataria se tivesse a oportunidade

0 Não choro mais que o habitual

1 Choro mais agora do que costumava

2 Agora, choro o tempo todo

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

0 Não sou mais irritado(a) do que sempre estou

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava

2 Agora, eu me sinto irritado(a) o tempo todo

3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar

0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas

1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar

2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas

3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

0 Tomo decisões tão bem quanto antes

1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava

2 Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes

3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões

0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes

1 Estou preocupado(a) em estar parecendo velho(a) ou sem atrativo

2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo

3 Acredito que pareço feio(a)

0 Posso trabalhar tão bem quanto antes

1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa

2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa

3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho

0 Consigo dormir tão bem como o habitual

1 Não durmo tão bem como costumava

2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual

1 Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava

2 Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa

3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

0 Meu apetite não está pior do que o habitual

1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser

2 Meu apetite é muito pior agora

3 Absolutamente não tenho mais apetite

0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente

1 Perdi mais do que 2 quilos e meio

2 Perdi mais do que 5 quilos

3 Perdi mais do que 7 quilos

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: ()Sim ()Não

0 Não estou mais preocupado(a) com a minha saúde do que o habitual

1 Estou preocupado(a) com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa

3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo

1 Estou menos interessado em sexo do que costumava

2 Estou muito menos interessado por sexo agora

3 Perdi completamente o interesse por sexo

Subtotal da página 1 _____

Subtotal da página 2 _____

SCORE TOTAL _____

INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada o que você fez na situação.

- 0 não usei essa estratégia
 1 usei um pouco
 2 usei bastante
 3 usei em grande quantidade

Situação relacionada ao
transtorno de pânico.

1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar. A melhor coisa que poderia fazer era esperar. O tempo é o melhor remédio	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação	0	1	2	3
9. Critiquei-me, repreendi-me.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a sentir	0	1	2	3
20. Inspirou-me a fazer algo criativo	0	1	2	3
21. Procurei a situação desagradável	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui	0	1	2	3
27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente, ou seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças	0	1	2	3

37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral	0	1	2	3
41. Não deixei me impressionar, recusava-me a pensar muito sobre essa situação	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação	0	1	2	3
44. Minimizei a situação recusando-me a me preocupar seriamente com ela	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa (s)	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	0	1	2	3
50. Recusei a acreditar que aquilo estava acontecendo	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como me senti	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma	0	1	2	3
57. Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam	0	1	2	3
60. Rezei	0	1	2	3
61. Preparei-me para o pior	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo (a) que as coisas poderiam ter sido piores	0	1	2	3
66. Corri, ou fiz exercícios	0	1	2	3

Adaptado por Savoia *et al.* (1976) do original de Folkman & Lazarus (1985).

WHOQOL - breve

INSTRUÇÕES: Esse questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, de sua saúde e de outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas àquela que lhe parecer mais apropriada. Essa, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando **o que você acha de sua vida**, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parecer a melhor resposta.

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito Boa
1	Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas **nas últimas duas semanas**.

		Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas **nessas últimas duas semanas**.

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida **nas últimas duas semanas**.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas **nas últimas duas semanas**.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas **crenças pessoais**, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

		Nunca	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
27	Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?	1	2	3	4	5
28	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
29	Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?	1	2	3	4	5
30	Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?	1	2	3	4	5

Escala de Resiliência

Marque no que você discorda ou concorda nas seguintes afirmações:

	Discordo			Nem concordo nem discordo	Concordo		
	Total mente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Total mente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7

11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou em uma situação difícil, eu normalmente acho uma saída	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100136 **Versão do Projeto:** 13/05/2010 **Versão do TCLE:** 13/05/2010

Pesquisadores:

ANA CRISTINA WESNER VIANA

GISELE GUS MANFRO

ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT

Título: AVALIAÇÃO DE RESPOSTA A SESSÕES DE REFORÇO COM ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA PREVENIR A RECAÍDA NO TRANSTORNO DE PÂNICO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 20 de maio de 2010.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

APENDICE A

MANUAL DE SESSÕES DE REFORÇO

Transtorno de Pânico

Elizeth Heldt

Ana Cristina Wesner



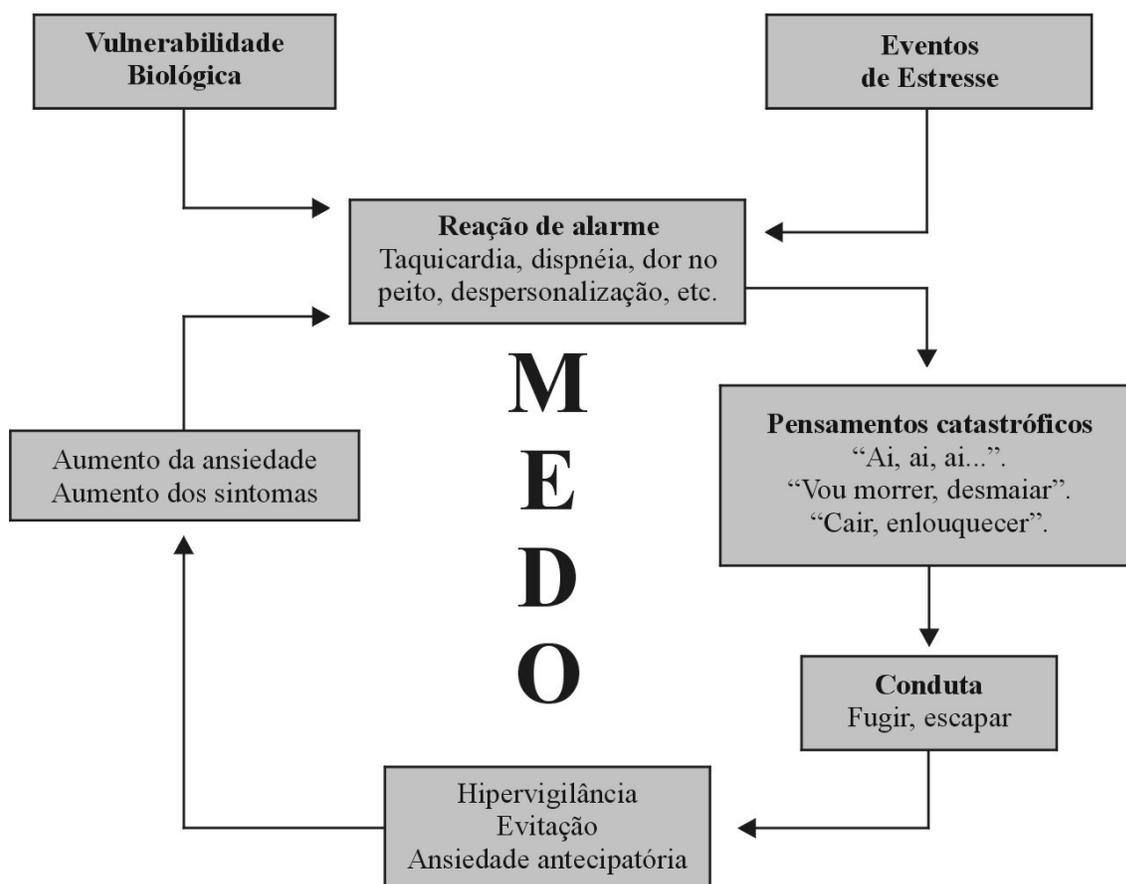
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Psiquiatria

Sessão 1

Agenda da sessão:

- ★ Apresentação
- ★ Revisão sobre Transtorno de Pânico e Modelo Cognitivo do Medo
- ★ Revisão das técnicas para enfrentar ansiedade: relaxamento e respiração
- ★ Tarefa de casa
- ★ Resumo da sessão

MODELO COGNITIVO - O ciclo do medo



TÉCNICAS PARA ENFRENTAR A ANSIEDADE

Como o estresse afeta o corpo

As suas reações ao estresse são em parte determinadas pela sensibilidade do seu sistema nervoso simpático (SNS). Esse sistema produz a reação de “luta ou fuga” em resposta ao estresse e excitação, elevando a sua pulsação, respiração, tensão muscular e circulação sanguínea - preparando-o para ação. É um processo totalmente normal. Se você sente muito estresse na sua vida, seu SNS pode estar sempre pronto para reagir, colocando-o em estado constante de tensão. Deste modo, você tende a reagir a um pequeno estresse do mesmo modo que reagiria a uma emergência real. Se você tem muitas reações (luta ou fuga) que diminuem as suas reservas de energia, essas podem levar ao esgotamento. Porém, você **pode** quebrar este ciclo. Aqui está uma maneira!

Aprendendo a relaxar

Com os seguintes exercícios de relaxamento, você pode diminuir sua respiração, as batidas do coração e até a pressão sanguínea! Você pode fazer o seu corpo se sentir igualzinho a quando você está quase pegando no sono, ou quando você está em profundo relaxamento.

Passo 1: Focalização e Respiração Abdominal

Ficar em um lugar tranquilo, onde você gosta de ficar sozinho. Você pode escolher focalizar em sua própria respiração ou em uma parte do seu corpo. O que quer que seja que você esteja focalizando, foque toda sua atenção e inspire e expire lenta e profundamente (respiração abdominal) por 1 a 2 minutos. Enquanto está fazendo os exercícios, tente não deixar que outros pensamentos ou sentimentos venham na mente. Se eles aparecerem, volte sua atenção para sua respiração. No final de seus exercícios, você provavelmente se sentirá mais tranquilo e calmo.

Passo 2: Relaxamento Muscular Progressivo:

- Deite de costas ou sente numa posição confortável. Deixe seus braços repousarem ao lado do corpo, com as palmas das mãos para baixo, em uma superfície próxima. Você pode colocar uma música instrumental em volume baixo. Este tipo de música pode acalmar sua pulsação, as batidas do coração e a pressão sanguínea, e diminuir seu nível de estresse. Sons da natureza como ondas do oceano e da chuva caindo, também podem ser relaxantes.
- Para facilitar a concentração, convém fechar os olhos e focalizar na sensação de tensão que deve iniciar pelos pés, pernas, quadris, abdômen, mãos e braços, ombros, pescoço, boca, olhos, nariz, testa e cabeça. Manter essa tensão por 5 a 10 segundos e então “soltar” todos os músculos ao mesmo tempo.
- Se você sentir que uma parte tensa do corpo permanece tensa, repita 2 vezes a tensão e relaxamento neste local.
- Finalmente, agite as mãos e imagine qualquer tensão saindo pelas pontas dos seus dedos.

Você aprendeu duas formas diferentes de relaxar para se sentir mais calmo e tranquilo. Tente fazer cada exercício pelo menos uma vez. Então, encontre a combinação que melhor funcione para você. Faça o exercício que mais gostou de 20 a 30 minutos.

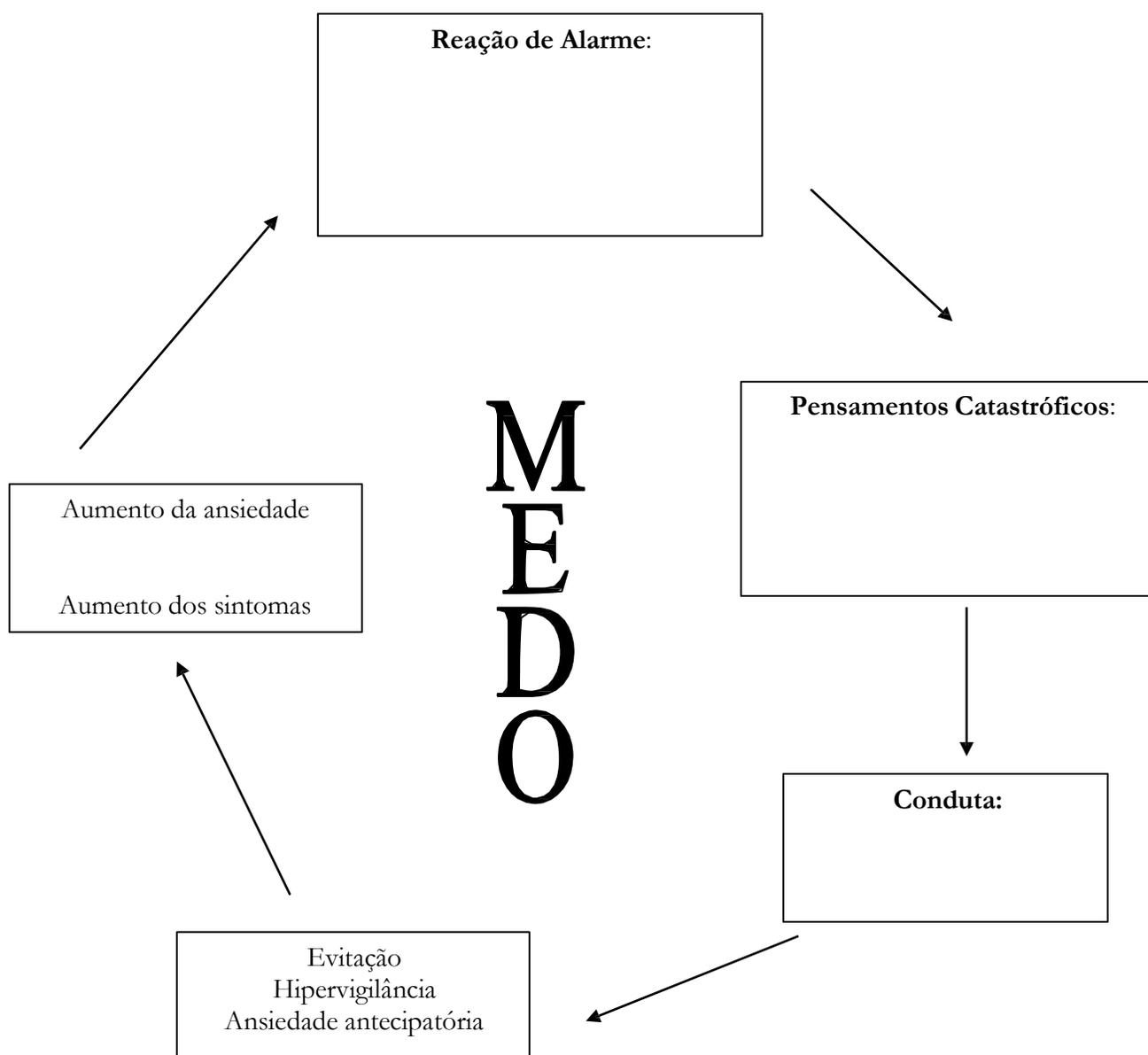


Você poderá se exercitar diariamente.

Sua habilidade de relaxar e de enfrentar o estresse irá melhorar muito!

**TAREFA DE CASA:**

1. Preencha o seu “ciclo do medo”:



2. Praticar o relaxamento e respiração por 10 minutos, três vezes ao dia, durante toda a semana. Escreva no manual como foi. Além disso, registre uma situação em que sentiu ansiedade e as suas reações corporais (com as pistas ou sinais) e o que pensou durante a mesma.

Sessão 2

Agenda da sessão:

- ★ Revisão da tarefa de casa
- ★ Identificar pensamentos automáticos e armadilhas do pensamento
- ★ Pensamentos de enfrentamento
- ★ Encontrar solução para os problemas
- ★ Tarefa de casa
- ★ Resumo da sessão

Escutando seus Pensamentos



No que você está pensando agora?

Talvez seja difícil de dizer o que está passando pela sua cabeça...

Os nossos pensamentos automáticos seguidamente fornecem pistas das coisas ruins que esperamos que pudessem acontecer nas situações que tememos ou com as quais nos preocupamos. Prestar atenção nos pensamentos automáticos ajuda a reduzir a ansiedade.

Como?

Uma vez que você identifique quais são os seus pensamentos automáticos, você pode começar a desafiá-los e a juntar evidências para ver se estão corretos ou não.

*** Pergunte-se:**

- Eu sei com certeza que isto acontecerá?
- O que mais pode acontecer na situação, diferente do que eu pensei primeiro?
- O que aconteceu antes?
- Quantas vezes isso aconteceu antes?
- Será que estou caindo numa armadilha de pensamento?

Armadilhas do Pensamento

O Generalizador

Se acontecer uma vez, vai acontecer sempre deste jeito.

Ex: Se eu fiquei não consegui lidar com o problema, será sempre assim.

O Catastrofizador

Sempre pensar que algo pior irá acontecer.

Ex: Não vou conseguir resolver a situação, vou passar mal e tudo estará perdido.

O Evitativo

Evitar ou ficar longe de situações ou coisas que pense serem assustadoras, antes de tentar verificar se realmente é perigoso ou assustador como imagina.

Ex: Não vou ir trabalhar, pois se for vou discutir e será horrível ...

O Vidente (“adivinha”)

Ler a mente das pessoas, ou seja, tirar conclusões precipitadamente que alguém está pensando coisas ruins a respeito de você.

Ex: Eu sei que os meus colegas me acharão ridículo quando perceberem que não sei lidar com a situação.

O Exigente

Exige de si mesmo as coisas com rigor e exagero.

Ex: Eu **devo** sempre resolver os problemas e não posso sentir medo ou ansiedade.

O problema todo é que os pensamentos que nós temos em diferentes situações podem afetar o que sentimos e como nos comportamos nas mesmas.

Você consegue pensar em dois exemplos?

Situação	Pensamentos	Emoções/ Comportamento
(1)		
(2)		

Você percebeu se os seus pensamentos tinham alguma coisa a ver com o que você estava sentindo? Possivelmente os seus pensamentos fizeram você agir de forma diferente e influenciaram o resultado final da situação.

Pensamentos de Enfrentamento

São pensamentos alternativos que podem ajudar você a enfrentar a situação a qual você se encontra, reduzindo a sua ansiedade, seu medo e sua preocupação.

Exemplos:

- * Eu vou tentar deste jeito e ver o que acontece, talvez não seja tão ruim quanto eu penso.
- * Qual é o problema? Coisas assim acontecem para todo mundo de vez em quando.
- * Eu não sou perfeito, eu não conheço ninguém que seja.
- * Eu já estive nessa situação antes, e eu sobrevivi, mesmo não tendo gostado muito da situação, eu sobrevivi – então posso fazer de novo.
- * Já que eu não posso prever o futuro, eu devo esperar e ver o que acontece ao invés de chegar a conclusões precipitadas.

Que tipo de pensamento de enfrentamento parece funcionar melhor para você quando você sente ansiedade, medo ou preocupação?

Pensamentos de enfrentamento	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	



Luz, câmera e ação!

Agora você sabe como perceber as suas reações corporais e como identificar os seus pensamentos numa determinada situação (e talvez a levantar alguns novos pensamentos que o ajudem).

Bom, é hora de parar de ler e começar a agir.

Pense, você é bom em solucionar problemas?

O que você faria se, por exemplo, tivesse discutido com um familiar ou um colega de trabalho?

Vamos aprender agora os passos de solução de problemas.

Solução de Problemas:

1. Primeiro, faça uma lista de coisas que você pode fazer frente à situação – Não as julgue agora! Você está apenas listando.
2. Ok, agora você pode julgá-las. Classifique-as de 1 a 10. Um indica que essa possibilidade provavelmente não solucionará o problema, não poderá nem ser feita, ou ainda piorará ainda mais as coisas. Dez indica que é uma ótima idéia, que provavelmente solucionará o problema, não demorará muito para ser feita, e não afetará o outro.
3. Agora vamos testar a melhor idéia, em outras palavras, faça-a!
4. Ela funcionou? Não? Tente a segunda melhor.
5. Repita os passos 3 e 4 até o problema ser resolvido.

Resolver o que fazer quando você está ansioso, preocupado ou com medo é um tipo de solução de problemas.

**Tarefa de Casa:**

1. Na próxima semana, escreva abaixo duas situações em que você sentiu ansiedade, preocupação ou medo. Registre os pensamentos que você teve nessas situações. Lembre de praticar o seu relaxamento.

Situação 1
Pensamentos que tive
Pensamentos de enfrentamento/ação
Situação 2
Pensamentos que tive
Pensamentos de enfrentamento/ação

2. Escolha um problema atual e aplique os passos da solução de problemas.

Situação:		
Passo 1: lista de opções para enfrentar a situação	Passo 2: nota de 1 a 10	Passo 3 : teste a melhor idéia
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		
h)		
i)		
j)		

Sessão 3

Agenda da sessão:

- ★ Revisão da tarefa de casa
 - ★ Compreendendo a Resiliência
 - ★ Dicas para melhorar a capacidade de resiliência
 - ★ Tarefa de casa
-

Resiliência

A resiliência pode ser compreendida como a capacidade humana de enfrentar mudanças e situações adversas ao longo da vida de forma positiva e, em alguns casos, de acordo com as circunstâncias, ressignificar tal situação, não simplesmente eliminando o problema, mas transformando-o em estratégias e habilidades para lidar com situações mais difíceis, ou seja, fatores de risco.

Os fatores de risco relacionam-se a todos os eventos negativos que ocorrem ao longo da vida que, quando presentes, aumentam a probabilidade de você apresentar problemas físicos, sociais e/ou emocionais.

Alguns mecanismos atuam como proteção para situação de risco, diminuindo a probabilidade de conseqüências negativas e reduzindo a sua gravidade. São processos dinâmicos relacionados à maneira como você lida com situações de mudanças e transições.

Os processos que possibilitam um “final feliz” em uma trajetória de risco são:

Condições Individuais – habilidades ou características pessoais, como a auto-estima positiva e o temperamento maleável, controle, habilidades pró-sociais, habilidade para lidar com as próprias emoções, entre outros.

Condições Familiares – características da família, estabilidade, flexibilidade, adaptabilidade, qualidade das interações e um sistema de apoio.

Condições relacionadas ao apoio/suporte do meio ambiente – o suporte ou apoio oferecido fora do círculo familiar, como por exemplo, um grupo de amigos, igrejas e outras instituições.

Mas como desenvolver mecanismos de proteção? Segue algumas dicas:

- Presença de relações interpessoais positivas e bom relacionamento familiar;
- Otimismo e auto-estima positiva. Bom humor é fundamental...
- Busca de autonomia;
- Mente aberta e receptiva a mudanças;
- Capacidade para reconhecer e expressar seus sentimentos;
- Habilidade para fazer amigos e capacidade de espelhar-se de modo positivo em outra pessoa;
- Flexibilidade;
- Capacidade para estabelecer objetivos e metas;
- Apoio familiar;
- Participação em diferentes atividades como: educativas, de trabalho, sociais e outros.
- Autoconfiança e crença na própria eficácia;
- Autoconhecimento, reflexão sobre si e da natureza dos fatos que apresentam significados pessoais;
- Habilidade para avaliações cognitivas, ter habilidade para resolução de problemas, aprender com a prática, refletir sobre as situações comuns ou estressoras.
- Ter cuidado com as armadilhas cognitivas.

Armadilhas do Pensamento

- ***Catastrofização:*** predizer o futuro negativamente, sem levar em consideração outros resultados mais prováveis.
 - ***Estou tão ansioso que não vou conseguir pegar o ônibus. Vai dar tudo errado.***

- **Emocionalização:** pensar que algo deve ser verdadeiro porque você sente (na verdade acredita), desconsiderando evidências contrárias.
 - *Sinto, logo vai acontecer.*
 - *Eu acho que trabalho bem, mas eu sinto que sou um fracasso.*
- **Filtro Mental (visão em Túnel):** prestar atenção em um pequeno detalhe, ao invés de ver o quadro por inteiro
 - *Ontem eu não consegui sair de casa sozinho (foi a única vez em um mês), estou cada vez pior.*
- **Hipergeneralização:** chegar a uma conclusão negativa abrangente que extrapola a situação em questão
 - *Eu não consigo entrar no shopping perto de casa, então não vou conseguir entrar em nenhum outro.*
 - *Se eu tive um ataque quando sai sozinho, nunca mais vou poder sair sem alguém comigo.*
- **Leitura Mental:** acreditar que sabe o que os outros estão pensando, falhando em considerar outras possibilidades prováveis
 - *Quando passei mal no ônibus, as pessoas me olhavam achando que eu estava drogada.*
- **Magnificação/Minimização:** ao fazer uma avaliação de si mesmo, de outra pessoa, ou de uma situação, sem razão maximiza aspecto negativo e/ou minimiza o positivo.
 - *Ter conseguido ficar no cinema até o final do filme não foi nada demais, qualquer um consegue.*
- **Personalização:** acreditar que os outros estão comportando-se de determinada forma por sua causa, sem considerar outras explicações mais plausíveis para o comportamento.
 - *Ela foi indiferente comigo porque eu fiz alguma coisa errada.*
- **Externalização:** o contrário da personalização. Tudo foi os outros.
 - *Não adianta eu tentar, minha esposa nunca vai mudar.*



Medidas para Aumentar a Resiliência

1. Desenvolver um comprometimento com a mudança.
2. Manter o foco na resiliência, não apenas no problema.
3. Desenvolver uma imagem de uma possibilidade a ser construída.
4. Identificar evidências de resiliência em eventos cotidianos.
5. Identificar a sua volta fontes de pessoas resilientes.
6. Criar experimentos comportamentais que testam o modelo de resiliência.
7. Uso do humor para modificar a perspectiva.
8. Celebrar as resiliências criadas e descobertas.



Tarefa de Casa

Escolha duas situações que atualmente tem gerado estresse. Pode ser de relacionamento em casa ou no trabalho. Identifique a armadilha cognitiva. Como você faria para melhorar a resiliência em relação à situação específica?

Situação 1:	
Armadilha do Pensamento	Medida de resiliência

Situação 2:	
Armadilha do Pensamento	Medida de resiliência

Sessão 4

Agenda da sessão:

- ★ Revisão da tarefa de casa
- ★ Lidando com os eventos estressores
- ★ Finalizando

Eventos estressores

Qualquer mudança na vida gera certo nível de estresse, e seus efeitos no desempenho podem ser positivos à medida que o estresse aumenta o desempenho melhora. Por outro lado, aumentos excessivos podem ameaçar o bem estar emocional do indivíduo. Os eventos vitais constituem exigências de adaptação à vida dos indivíduos. O impacto dos eventos da vida varia de pessoa para pessoa, e até no mesmo indivíduo, conforme o período de vida em que o estresse ocorre.

Os estressores podem ser encontrados no local de trabalho (as pressões de tempo, os conflitos inter e intrapessoais), ou estar ligados a assuntos pessoais (as preocupações financeiras, os problemas com os filhos, os problemas conjugais, as preocupações de saúde) e do meio ambiente (o local onde reside). Entretanto, deve-se ressaltar que as pessoas têm diferentes níveis de tolerância a situações estressantes. Algumas são perturbadas pela mais leve mudança ou emergência, outras são afetadas apenas por estressores de maior magnitude ou quando a exposição a eles é muito prolongada. No entanto, que pequenos eventos do dia-a-dia (microestressores) podem agir de maneira cumulativa e transformar-se em grandes fontes de estresse.



Pare e pense!

Identifique os eventos vitais que são mais difíceis de lidar:

- a) Trabalho: mudança de trabalho, dificuldade com a chefia, perda de emprego, reconhecimento profissional;
- b) Perda de suporte social: morte de alguém da família, morte de um amigo, morte de um cônjuge;
- c) Família: doença na família, separação, casamento, gravidez, nascimento na família;
- d) Mudanças no ambiente: mudança na escola, mudança de casa, mudança do número de pessoas morando na casa;
- e) Dificuldades pessoais: problemas de saúde, mudanças de hábitos pessoais, mudanças de atividades sociais, mudanças recreativas, mudanças de atividades religiosas, acidentes, dificuldades sexuais, aposentadoria;
- f) Finanças: perdas financeiras, dívidas.

Elabore sua lista de eventos e classifique, de acordo com o impacto, sendo “10” o evento estressor que é mais difícil para enfrentar. Utilize os exemplos acima.

Eventos estressores	Impacto (0 a 10)

Agora vamos tentar reunir todas as ferramentas para aprender a enfrentar as situações que surgem e podem aumentar o estresse.

Solução de Problemas – Evento Estressor 1:		
Passo 1: lista de opções para enfrentar a situação	Passo 2: nota de 1 a 10	Passo 3 : teste a melhor idéia
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		
h)		
i)		
j)		

Resiliência

Armadilha do Pensamento	Medida de resiliência

Solução de Problemas – Evento Estressor 2:		
Passo 1: lista de opções para enfrentar a situação	Passo 2: nota de 1 a 10	Passo 3 : teste a melhor idéia
k)		
l)		
m)		
n)		
o)		
p)		
q)		
r)		
s)		
t)		

Resiliência

Armadilha do Pensamento	Medida de resiliência

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você participou de um grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental para portadores de Transtorno de Pânico no ambulatório do HCPA. Passado este tempo, estamos convidado-o novamente a participar da presente pesquisa cujo objetivo é avaliar a resposta a sessões de reforço. Para atingirmos nosso objetivo faz-se necessário o preenchimento de instrumentos para dimensionar os sintomas (Escala de gravidade do TP, Hamilton para Ansiedade) e outras auto-aplicáveis (BDI, WHOQOL – Bref, Inventário de Estratégias de Coping e Escala de Resiliência).

Eu,....., fui informado do objetivo acima descrito e da justificativa da pesquisa para a qual estão sendo utilizados os instrumentos de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, sem prejuízo no meu atendimento.

O(a) pesquisador(a)..... certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre,dede.....

Assinatura do paciente:.....

Assinatura do pesquisador:.....

Contatos: Pesquisador responsável: Elizeth Heldt – Fone: 93270910

Pesquisador: Ana Cristina Wesner Viana- Fone: 9113-8456

Comitê de Ética em Pesquisa/HCPA: 3359-7640