



TRANSTORNO DO PÂNICO: TRATAMENTO HOMEOPÁTICO E DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO



Germano Alonso SHIMIZU

Mestre em Medicina pela Escola Paulista de Medicina - UNIFESP e Diretor da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia de Garça/FAMED

Médico Especialista em Homeopatia – Conselho Federal de Medicina

RESUMO

Revisão não-sistemática do Transtorno de Pânico, cujo objetivo foi demonstrar a possibilidade de tratamento pela Homeopatia, associada à Psicoterapia.

PALAVRAS-CHAVE: Pânico, Homeopatia.

ABSTRACT

Not systematic Revision about PANIC, whose purpose was to demonstrate the possibility of treatment through Homeopathies, associates to the psychotherapy.

KEYWORDS: Panic, Homeopathies.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Pânico apresenta como características básicas, os ataques de ansiedade e nervosismo. Os ataques de pânico manifestam-se, via de regra através de períodos discretos de ataques repentinos, de intensa apreensão e medo, frequentemente associados com sensação de morte iminente.

Existem controvérsias a respeito da agorafobia (medo de lugares com grande concentração de pessoas). Pois alguns pesquisadores acham que é uma complicação do Transtorno do Pânico, enquanto outros acreditam que se trata de uma entidade nosológica diversa.

Os ataques, não o transtorno, de pânico podem ocorrer em várias condições: depressão, intoxicação por drogas psicotrópicas. Porém a ocorrência de somente um ataque não é condição suficiente para o diagnóstico de Transtorno do Pânico.

Fato muito comum que ocorre nas clínicas e hospitais brasileiros é o diagnóstico errôneo, como por exemplo, infarto do miocárdio, ou pensa-se que se trata de simulação ou histeria, o popularmente conhecido "piti".

A frequência das crises é extremamente variável, desde várias num dia até poucas por ano.

Trata-se de patologia que ocasiona grande sofrimento ao paciente e familiares, pois é incapacitante da vida social e profissional. O tratamento alopático é feito a base de ansiolíticos e antidepressivos, com toda uma série de efeitos colaterais bem conhecidos, além de criar uma estreita dependência dessas drogas, gerando uma dificuldade muito grande em largá-las.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS

Remonta a época de Freud, século XIX, construtor da psicanálise, com a sua descrição da neurose de ansiedade, estabelecendo a relação entre ataques de pânico e agorafobia. Em 1980, o Diagnóstico de Saúde Mental III abandonou o diagnóstico de neurose de ansiedade e apresentou o termo Transtorno de Pânico (Kaplan, 1997). A palavra agorafobia de origem grega significa "medo de praça pública".

3 EPIDEMIOLOGIA

Estudos recentes nos Estados Unidos da América tem demonstrado uma taxa de prevalência de aproximadamente de 4% da população. O sexo feminino tem fator de risco relativo entre 2 e 3. Em termos de faixa etária afeta principalmente jovens (média de 25 anos). Pessoas divorciadas recentemente também tem fator de risco aumentado.

4 ETIOLOGIA

Existe uma gama de possíveis fatores causadores do Transtorno do Pânico. Podemos citar:

Fatores biológicos:

Suspeita-se de uma resposta exagerada do sistema nervoso simpático, assim como um desequilíbrio de alguns neurotransmissores como noradrenalina, serotonina e ácido gamaaminobutírico (GABA).

Utilizando imagens cerebrais obtidas por ressonância nuclear magnética e tomografia por emissão de positrons, postula-se a existência de alterações no hipocampo, fluxo sanguíneo cerebral e atrofia cortical do lobo temporal direito.

Contrariamente ao que se pensava, estudos tem demonstrado que não existe relação entre prolapso da válvula mitral e Transtorno do Pânico.

Fatores genéticos:

Parece que parentes de 1º grau de pacientes portadores do Transtorno do Pânico, têm risco aumentado de desenvolver a doença.

Fatores Psicanalíticos:

Postula-se que a perda de um dos pais na infância ou separação de um deles gere a ansiedade de estar sozinho em lugares públicos, simbolizando a medo infantil de ser abandonado.

5 DIAGNÓSTICO

Características da personalidade:

São pessoas com tendência ao perfeccionismo tendo uma autocrítica muito grande e não se permitindo falhar em nenhum aspecto. Há uma cobrança extrema quanto a execução de atividades corretamente e de certa forma esperando a mesma atitude alheia. Apresentam-se como pessoas que trabalham muito, com dificuldades para relaxar e geralmente são centralizadores. Profissionalmente possuem uma ótima capacidade intelectual, mas denotam dificuldade nos relacionamentos afetivos.

Para se confirmar o diagnóstico é condição necessária um período distinto de intenso temor ou desconforto, no qual quatro (ou mais) dos seguintes sintomas dos seguintes sintomas desenvolveram-se abruptamente e alcançaram um pico em 10 minutos:

- (1) Palpitações ou ritmo cardíaco acelerado
- (2) Sudorese
- (3) Tremores ou abalos
- (4) Sensações de falta de ar ou sufocamento
- (5) Sensações de asfixia
- (6) Dor ou desconforto torácico
- (7) Náusea ou desconforto abdominal
- (8) Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio
- (9) Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo)
- (10) Medo de perder o controle ou enlouquecer
- (11) Medo de morrer
- (12) Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento)
- (13) Calafrios ou ondas de calor

Tabela extraída do DSM-IV

O Diagnóstico de Saúde Mental IV preconiza que os primeiros ataques de pânico devem ser inesperados (não evocados), para que os critérios diagnósticos sejam satisfeitos. Os sintomas mentais principais são extremo medo, um senso de morte e catástrofe iminente. O ataque tem duração aproximada de meia hora.

Sintomas associados:

Depressão e transtorno obsessivo-compulsivo podem coexistir com o Transtorno do Pânico e o médico deve estar alerta para risco de suicídio. É importante destacar algumas condições orgânicas que podem gerar confusão diagnóstica e que devem ser descartadas antes do diagnóstico de Transtorno do Pânico. Para isso apresentamos a tabela extraída do Diagnóstico de Saúde Mental IV.

Diagnóstico Diferencial Orgânico do Transtorno de Pânico:

Doenças cardiovasculares

Anemia
Angina
Insuficiência cardíaca congestiva
Estado hiperativo - adrenérgico
Hipertensão
Prolapso da válvula mitral
Infarto do miocárdio
Taquicardia atrial paradoxal

Doenças pulmonares

Asma
Hiperventilação
Embolia pulmonar

Doenças Neurológicas

Doença cérebro-vascular
Epilepsia
Doença de Huntington
Infecção
Doença de Ménière
Enxaqueca
Esclerose múltipla
Ataque isquêmico transitório
Tumor
Doença de Wilson

Doenças endócrinas

Doença de Addison
Síndrome carcinóide
Síndrome de Cushing
Diabete
Hipertireoidismo
Hipoglicemia
Hipoparatiroidismo
Transtornos da menopausa
Feocromocitoma
Síndrome pré-menstrual

Intoxicações com drogas

Anfetamina
Nitratodeamila
Anticolinérgicos
Cocaína
Alucinógenos
Maconha

Nicotina
Teofilina
Abstinência de drogas
Álcool
Anti-hipertensivos
Opiáceos e opióides
Sedativo-hipnóticos

Outras condições

Anafilaxia
Deficiência de vitamina B12
Perturbações eletrolíticas
Intoxicação por metal pesado
Infecções sistêmicas
Lupus eritematoso sistêmico
Arterite temporal
Uremia

Torna-se também necessário evidenciar as diferenças entre as condições abaixo descritas, pois são frequentemente confundidas.

Fobia

Medo exagerado e desproporcional ao estímulo, não conseguindo avaliar a realidade da situação. Surgem pensamentos catastróficos e a pessoa sabe que o medo é exagerado, mas não consegue evitar a ansiedade, sendo que quando elimina o estímulo aterrorizante desaparecem os sintomas.

Transtorno do pânico

Não existe estímulo externo, sendo que surgem ataques de pânico independente do lugar e da hora. É um distúrbio de ansiedade, no qual fundamenta-se em base orgânica e psicológica. Freud descreveu a Síndrome do Pânico como Neurose de Ansiedade em 1894, que apresenta traços de muita tensão e atividade mental associado aos sintomas somáticos como tremores, taquicardia, hiperventilação e vertigens. Angústia é uma forma de esperar o perigo ou preparar-se para ele, ainda que possa ser desconhecido.

Agorafobia

Medo de estar em lugares ou situações nas quais seja difícil sair, ou não haja ajuda disponível na hipótese da ocorrência de um ataque de pânico. Dentre as situações mais frequentes de agorafobia, pode-se mencionar aquelas em que o indivíduo está sozinho e fora de casa, numa multidão, em uma fila, em uma ponte, numa viagem de ônibus, trem ou automóvel, etc.

6 PROGNÓSTICO

Com tratamento alopático e psicoterapia, estima-se que 30 a 40% dos pacientes se tornam livres dos sintomas a longo prazo, ao passo que 50% continuam tendo sintomas, porém de leve intensidade a ponto de não interferir em sua vida significativamente e 10 a 20% continuam tendo sintomas significativos. (Kaplan, 1997).

Com tratamento homeopático ainda não existem dados como os acima, porém na experiência dos médicos homeopatas a resposta é muito boa, apresentando um alto índice de resolução.

As consequências do Transtorno do pânico afetam drasticamente a sociedade, pois existe uma despesa enorme com consultas, exames, internações. No âmbito familiar e social ocorre um rearranjo das relações, pois as restrições que o paciente apresenta são intransponíveis sem auxílio médico, incluindo psicoterapia.

7 TRATAMENTO

Tratamento Clínico:

Devido aos comprometimentos que o Transtorno do Pânico trás aos seus portadores, é muito importante que seja instituída uma conduta terapêutica adequada. O tratamento deverá ser realizado através de medicamentos e de psicoterapia. Os medicamentos homeopáticos aqui descritos são os frequentemente encontrados na bibliografia consultada. Porém é princípio básico da homeopatia a

individualidade sintomática e o medicamento prescrito pelo médico sempre deve levar isso em consideração, portanto outros medicamentos que não se encontram nessa relação podem ser perfeitamente prescritos para o Transtorno do Pânico.

Aconitum napelus:

Medo de morrer, quase compartilhando este nível de ansiedade com Arsenicum album, e equivalendo a situação de Phosphorus no medo das enfermidades, sintomas cardíacos(palpitações, dor), pressentimentos de morte, pensa que está para morrer e alega pressentir a hora de sua morte, com expressão ansiosa e assustada, e a vida se torna miserável pelo medo, tudo isso se acompanha de uma terrível ansiedade e inquietude, agravação a meia noite.

Arsenicum album:

Medo de morrer, que se acentua estando sozinho, a noite na cama e ao levantar, muda constantemente de lugar e posição, apesar de sua prostração, grande desejo de companhia, agravação da 1 as 3 da madrugada.

Argentum niticum:

Medo de morrer, prediz a hora de sua morte, quando caminha pensa que vai ter um ataque e isso o faz caminhar muito mais rápido, com desejo de companhia, sensação que o tempo passa muito lentamente e grande ansiedade antecipando em seu pensamento todos os acontecimentos que estão por vir.

Phosphorus:

Medo de morrer, aparece e se agrava ao anoitecer e de noite, acompanhado de outros temores(enfermidades, escuridão), grande apatia e indiferença por tudo, sensação de vazio em diversos lugares do corpo, sede ardente de grandes quantidades de água por vez.

Gelsemium:

Medo de morrer, que o coração pare, se não se mover constantemente, com sonolência marcada, desejo de estar só, intensa prostração com tremores e uma total ausência de sede.

8 CASO CLÍNICO

Identificação

A.D.J., 32 anos, casado, procedência atual e remota de Marília – SP, branco, contador

Queixa e duração

Crises de “batedeira” e medo de morrer há 3 meses.

História da moléstia atual

Paciente relatou que há 3 meses iniciou quadro de episódios de taquicardia e palpitações, acompanhado de sensação de que morreria. Informou que essas “crises” começaram sem nenhuma relação causal e inicialmente ocorriam na hora que se deitava para dormir(mais ou menos meia noite), passando a ocorrer em outros horário depois de alguns dias, inclusive no trabalho. Procurou o cardiologista depois de 10 dias do primeiro episódio, que solicitou eletrocardiograma, ecocardiograma, dosagem de hormônios tireoidianos, hemograma, raio X de tórax. Nada foi constatado e foi orientado a procurar psiquiatra. O psiquiatra diagnosticou Transtorno do Pânico e prescreveu Anafranil e Lexotan. Informou que lentamente as crises começaram a diminuir a frequência, porém não a intensidade, pois a crise noturna (hora de dormir) persistia até no presente. Além disso, alegou que estava sentindo muita sonolência, lentidão de raciocínio e estava comendo muito, inclusive ganhou peso(3 Kg desde o início da medicação).

Psicologicamente apresentava características marcantes como: muito medo de que algo aconteça e da morte, ansiedade em tudo que faz, medo de lugares públicos.

Antecedentes pessoais

Nega qualquer patologia.

Antecedentes familiares

Mãe hipertensa. Pai já teve câncer de próstata.

Interrogatório sobre diversos aparelhos e sistemas

Nada digno de nota.

Exame físico

Bom estado geral, corado, hidratado, eupneico, acianótico

Tórax: murmúrio vesicular fisiologicamente distribuído sem ruídos adventícios, duas bulhas rítmicas normofonéticas.

Abdomem: ruídos hidro aéreos presentes, palpação superficial e profunda indolor, sem visceromegalias.

Membros: pulsos presentes, sem edema, acianóticos.

Síndrome mínima de valor máximo

Medo da morte iminente que piora por volta da meia-noite

Medo do futuro

Sonhos que geram ansiedade

Palidez ao se levantar

Episódios de taquicardia e palpitações

Diagnósticos

etiológico: Psicológico?

Nosológico: Transtorno do Pânico

Constitucional: Sulfúrico

Diatésico: Psora

Medicamentoso: Aconitum napelus

Conduta

Aconitum napelus 30 CH, 10 gotas 1 vez por dia.

Evolução e Discussão

No 1º retorno após 20 dias, houve nítida melhora do quadro, não apresentando nenhuma crise após início da medicação. Foi suspenso totalmente a administração de Anafranil e Lexotan desde o início do tratamento homeopático, o que gerou grande satisfação ao paciente, pois agora podia executar suas tarefas profissionais sem sonolência e o apetite diminuiu retornando a normalidade. Mantivemos a medicação por mais 30 dias na mesma frequência e potência, pois a melhora do estado geral persistia. No 2º retorno (50 dias após consulta inicial) diminuimos a frequência para 2 vezes por semana, visto que o quadro estava equilibrado. No 3º retorno (80 dias após consulta inicial) passamos para 1 vez por semana, em função de total ausência de crise e bem estar geral e no 4º retorno demos alta para o paciente.

BIBLIOGRAFIA

BOERICKE, W. *Manual de material médica homeopática: sintomas-guia e características dos principais medicamentos (clínicos e patogenéticos)*. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

CAIRO, N. *Guia de medicina homeopática*. São Paulo: Livraria Teixeira, 1987.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

VANNIER, L.; POIRIER, J. *Tratado de matéria médica homeopática*. São Paulo: Organização Andrei, 1987.

VIJNOVSK, B. *Tratamento homeopático de lãs afecciones y enfermedades agudas*. Buenos Aires: Mukunda Livros Técnicos, 1994.