

Perfil biológico, psicológico e social de pessoas que apresentam Transtorno do Pânico

Dayanna Basso Perozzo*
Alvaro Cielo Mahl**

Resumo

A presente pesquisa objetivou verificar qual o perfil biopsicossocial de pessoas que apresentam Transtorno do Pânico e quais os motivos e fatores desencadeantes desse transtorno. Os instrumentos utilizados foram: Inventário de Depressão de Beck, Escala para Pânico e Agorafobia, Questionário de Cognitiones Agorafóbicas, Questionário de Sensações Corporais, Escala de Ansiedade de Sheehan e Escala de Autoestima de Rosenberg, em nove portadores. Resultados: os participantes possuem ansiedade elevada e depressão leve sem risco de suicídio. Quando enfrentam situações temidas, apresentam diversos sintomas corporais. Preocupam-se muito com a saúde, procurando por diversos especialistas. Não identificam doenças físicas associadas ao pânico, mas apresentam comorbidades. Possuem prejuízos em nível social e identificam parentes próximos com o mesmo transtorno. Apresentam baixa autoestima, utilizam psicotrópicos e fazem psicoterapia. Assim, observa-se a importância da inserção de psicólogos em diferentes áreas da saúde, para auxiliar no diagnóstico e tratamento correto em relação ao pânico.

Palavras-chave: Transtorno do Pânico. Perfil biopsicossocial. Saúde. Ansiedade.

1 INTRODUÇÃO

A ansiedade apresenta-se como condição inerente ao ser humano, considerada normal no processo do desenvolvimento e da adaptação do homem ao meio em que vive. Mas, para algumas pessoas, a ansiedade é um pavor constante que vai além do normal e pode originar em um Transtorno do Pânico (TP).

Esse distúrbio é nitidamente diferente de outros tipos de ansiedade e se caracteriza por ser um quadro frequente e incapacitante na vida do indivíduo portador, pois limita significativamente sua mobilidade e autonomia, afetando negativamente sua vida.

Para que se possa compreender o TP, é importante entender a natureza e a evolução dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, pois, atualmente, ainda existe uma "cegueira diagnóstica" e também de tratamento do TP, para as pessoas que buscam repetidamente atendimento em serviços de emergência.

Assim, esta pesquisa realiza-se com o propósito de verificar qual é o perfil biológico, psicológico e social de indivíduos com TP, considerando as seguintes variáveis dependentes: ansiedade endógena e exógena; depressão; sensações corporais; cognições agorafóbicas; incapacidade (em relação aos prejuízos no relacionamento social e lazer) e preocupações sobre a saúde e autoestima. Outro objetivo também é verificar quais os motivos que levaram os indivíduos a desenvolver o TP e identificar se existem fatores desencadeantes para as crises de pânico.

* Universidade do Oeste de Santa Catarina *Campus* de São Miguel do Oeste; dayannabp@hotmail.com

** Universidade do Oeste de Santa Catarina *Campus* de São Miguel do Oeste; acmahl@gmail.com

2 O TRANSTORNO DO PÂNICO

A característica essencial do TP é a presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados, seguidos de preocupação intensa em ter um novo ataque, preocupação das possíveis implicações, consequências e alteração comportamental significativa.

O ataque de pânico caracteriza-se por um período distinto de intenso medo ou desconforto, acompanhado de pelo menos quatro a treze sintomas somáticos ou cognitivos, como: palpitações ou ritmo cardíaco acelerado, sudorese, tremores ou abalos, sensações de falta de ar ou sufocamento, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer, parestesias e calafrios ou ondas de calor. Esses treze sintomas são fundamentais para o diagnóstico adequado do TP. Ressalta-se também que é fundamental analisar todo o histórico de vida do indivíduo portador.

Conforme Keller (2005, p. 55), "A expectativa constante de ter uma nova crise de pânico se chama Ansiedade Antecipatória. Com esta ansiedade, as pessoas passam a evitar certas situações e acabam restringindo suas vidas."

Há uma classificação diagnóstica do TP com e sem Agorafobia; os critérios diagnósticos para TP sem Agorafobia são idênticos aos critérios para TP com esta, com exceção das referências a medos e evitações agorafóbicas. A etiologia do TP é multifatorial e inclui fatores biopsicossociais. De acordo com Beck (1997, p. 30), o modelo cognitivo postula que:

[...] na infância, as pessoas desenvolvem determinadas crenças, sobre si mesmas, outras pessoas e seus mundos. Estas crenças são entendimentos fundamentais e profundos, que frequentemente não são articuladas, e que estas pessoas consideram como verdades absolutas

Essas verdades absolutas são conceituadas como crenças centrais de um indivíduo. Os pensamentos automáticos deste são espontâneos, e coexistindo com nossos pensamentos mais manifestos, demonstram a maneira como significam as situações e as distorções que fazemos da realidade. Em uma crise de pânico, de acordo com Beck (2007, p. 46), "[...] o paciente se envolve em um ciclo disfuncional de pensamento – emoção – comportamento e reação fisiológica."

Quanto aos aspectos biológicos, geralmente as pessoas que possuem TP vivem como se o seu corpo fosse uma ameaça constante, se desesperam por algo que "age" em seus corpos, produzindo sintomas físicos.

A avaliação errônea das sensações corporais, influenciada pela crença central de um indivíduo, pode desencadear um ataque de pânico. O medo de passar mal ou de ter um ataque de pânico pode levar o portador do transtorno a prestar atenção exagerada aos seus sintomas físicos.

O Transtorno do Pânico ocorre com maior frequência em algumas famílias, havendo uma participação importante de fatores hereditários na determinação de quem está sujeito ao distúrbio. Apesar dessa concordância, muitas pessoas desenvolvem esse distúrbio sem nenhum antecedente familiar.

Assim, devido à vulnerabilidade psicológica e às crenças disfuncionais que uma pessoa pode apresentar, o fator psicológico apresenta-se como a causa do TP. Algumas pessoas, após as primeiras crises de pânico, durante algum tempo se recusam a aceitar que se trata de uma psicopatologia.

Psicologicamente, os indivíduos com TP ficam à mercê de todos os "fantasmas" de seus pensamentos, que os atormentam com o terrível medo de morrer ou de passar mal e não receber ajuda.

Atualmente, o TP é um caso de epidemia mundial, atingindo cerca de 2 a 5% da população. Já no Brasil, as pesquisas são inconclusivas, porém, calcula-se que cerca de 3 a 5% da população atualmente sofre com o TP.

Em indivíduos cujo Transtorno de Pânico não foi tratado ou foi diagnosticado incorretamente, a crença de terem uma doença ameaçadora à vida não detectada pode levar a uma ansiedade debilitante e crônica e a excessivas consultas médicas. Este padrão

pode ser perturbador tanto do ponto de vista emocional quanto financeiro. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003, p. 424).

As pessoas portadoras do TP, na maioria das vezes, faltam constantemente ao trabalho e chegam a pedir demissão, com medo intenso de assumirem responsabilidades. Tornam-se pessoas isoladas, por medo de frequentar lugares públicos e abertos, sentem-se seguras em casa e de preferência com alguém da família por perto. Portanto, o aspecto social desse transtorno, além de influenciar o indivíduo, pode até determinar o seu comportamento.

3 MÉTODO

A pesquisa é exploratória e descritiva, com o método hipotético dedutivo e uma metodologia mista. Dessa forma, é oportuno salientar que o procedimento utilizado corresponde a um estudo de caso na modalidade de levantamento.

Os sujeitos desta pesquisa são nove pessoas com diagnóstico de Transtorno do Pânico, com idades entre 15 e 49 anos.

Os instrumentos para a realização da coleta de dados foram entregues aos sujeitos individualmente, juntamente com um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo os seguintes:

- a) Entrevista de Anamnese: teve como objetivo auxiliar no processo de admissão e coleta de dados do indivíduo com pânico, contemplando dados de identificação, comorbidades, abuso de substâncias, antecedentes pessoais e familiares, tratamentos farmacológicos e acompanhamento psicológico;
- b) Inventário de Depressão de Beck – versão em português (CUNHA, 2001);
- c) Escala para Pânico e Agorafobia (ITO; RAMOS, 1998);
- d) Questionário de Cognições Agorafóbicas (ITO; RAMOS, 1998);
- e) Questionário de Sensações Corporais (ITO; RAMOS, 1998);
- f) Escala de Ansiedade de Sheehan (SHEEHAN; HARNETT-SHEEHAN; RAJ, 1996);
- g) Escala de Autoestima de *Rosenberg* (DINI, 2001).

Além destes, foram realizadas duas perguntas abertas, a primeira para identificar o motivo do pânico e a segunda para verificar os possíveis fatores desencadeantes. Cabe ressaltar que a fala dos sujeitos durante as entrevistas também foi registrada.

Para cálculos estatísticos, provendo-se médias, em uma análise a partir de quantidades, utilizou-se o programa SPSS 12.0.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO

De acordo com esse inventário, verificou-se que a média geral resultante foi de 12.77, caracterizada por Depressão Leve. Os níveis de depressão apresentados por todos os participantes variaram de depressão mínima à moderada. A maior média apresentada foi em relação ao item 11, indicador de "irritabilidade".

O item 8, "autoacusações", também obteve uma média elevada, o que indica que além de apresentarem pânico, culpam-se constantemente, o que ganha mais relevo quando se nota nos resultados que a depressão atua de forma a reduzir os níveis de autoestima. É de suma importância ressaltar que nenhum participante apresenta ideias suicidas, avaliadas pelo item 9.

Além da depressão, todos apresentaram outras comorbidades, como: estresse, dependência, fobias específicas, fobia social, distúrbios alimentares, ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo, somatização e transtorno de estresse pós traumático.

4.2 ESCALA DE ANSIEDADE DE SHEEHAN

4.2.1 Ansiedade Endógena

Essa parte da escala corresponde aos momentos de ansiedade vividos nos últimos seis meses. A média obtida caracteriza-se por ansiedade marcada ($M = 79.77$). É uma média extremamente significativa, pois a ansiedade severa deve ser maior que 81.

Três indivíduos desta pesquisa, ao responderem essa escala, afirmaram que se não estivessem tomando medicamentos, seus resultados seriam muito mais elevados. Dessa forma, verifica-se que o uso de psicotrópicos é necessário; a maioria (sete pessoas) utiliza-os.

4.2.2 Ansiedade Exógena

Essa parte da escala refere-se aos sintomas apresentados durante a aplicação. A média obtida caracterizou-se por ansiedade moderada. A maior média apresentada foi em relação ao item "Nervoso, ansioso, irrequieto, desassossegado". Isso pode estar relacionado à ansiedade antecipatória, pois, após vivenciarem o primeiro ataque de pânico, as pessoas com diagnóstico de TP acabam restringindo suas vidas, com medo de um próximo ataque. Dessa forma, mesmo que não ocorra um ataque de pânico, o indivíduo sofre de extrema ansiedade, na expectativa de um próximo surto.

O item "Temeroso, com medo", também obteve uma média elevada. É um dado significativo, pois indivíduos com pânico apresentam medo intenso e apreensão.

4.3 ESCALA DE SENSações CORPORAIS

A média geral das sensações corporais apresentadas pelos indivíduos quando nervosos ou diante de situações temidas, foi de 48.88, considerada alta. As sensações corporais do TP podem ser interpretadas erroneamente como problemas físicos. Isso justifica os resultados quanto à procura por especialistas, em que, dos nove participantes, cinco procuraram clínicos-gerais, quatro buscaram cardiologistas, um procurou pneumonologista, seis por psicólogos e todos por psiquiatras.

A maior média obtida nessa escala foi em relação ao item "desorientação ou confusão", significando que os sujeitos desta pesquisa ficam desorientados ou confusos quando estão nervosos ou enfrentando situações temidas.

Outras médias significativas também foram encontradas nos itens: "pernas bambas", "coração disparado", "pressão ou dor no peito", "nó na garganta", "sensação de descontrole ou estranheza com o corpo" e "falta de ar".

4.4 ESCALA DE COGNIÇÕES AGORAFÓBICAS

Cada sujeito respondeu essa escala descrevendo os pensamentos que costumam ocorrer quando estão nervosos ou com medo. A maior média identificada foi quanto ao item 12, que corresponde ao pensamento: "Eu vou gritar". Outro fator importante identificado foi referente ao item que apresenta o pensamento: "Eu não vou ser capaz de me controlar". São informações importantes, pois as pessoas com diagnóstico do TP pensam que não vão conseguir se controlar ao enfrentar diferentes situações, emoções e pensamentos e, assim, muitas vezes, a única saída é "gritar".

Ressalta-se que os itens correspondentes aos pensamentos "Eu vou fazer papel de bobo", "Eu vou ficar louco" e "Eu vou gaguejar ou falar esquisito", também apresentaram médias elevadas.

4.5 ESCALA PARA PÂNICO E AGORAFOBIA

Para atingir os objetivos desta pesquisa optou-se por utilizar somente dois itens dessa escala; o primeiro corresponde à incapacidade (avaliação do pensamento de incapacidade nos relacionamentos familiares, sociais e do trabalho em razão do TP) e o segundo corresponde a preocupações com a saúde (decorrentes do TP).

4.5.1 Incapacidade

Essa escala é composta por três itens; o primeiro corresponde ao prejuízo no relacionamento familiar, o segundo ao prejuízo no relacionamento social e o terceiro no trabalho. A maior média obtida foi em relação ao item "Prejuízo no relacionamento social e lazer".

Todos os participantes apresentam problemas como consequência do TP, sendo: dependência (duas pessoas); isolamento social (sete pessoas); prejuízo de ascensão na carreira (uma pessoa) e problemas de relacionamento (quatro pessoas). Todos também possuem antecedentes familiares com diagnóstico do TP.

4.5.2 Preocupações com a saúde

Essa escala é composta por dois itens; o primeiro corresponde a preocupações com a saúde e o segundo, a pressupostos a respeito de uma doença orgânica.

A média obtida nos dois itens foi elevada. Isso significa que os participantes desta pesquisa demonstram preocupações com a saúde, já preocuparam-se em sofrer algum problema físico em razão de alguma doença e também já pensaram que seus sintomas ansiosos existem em razão de uma doença somática e não por um distúrbio psicológico. Nenhum participante esteve internado por motivos psiquiátricos.

4.6 ESCALA DE AUTOESTIMA

A partir dessa escala, identificou-se que os participantes não acreditavam ser pessoas de valor, o que corresponde ao item 7 deste instrumento.

Dados importantes também foram observados nos itens 3 e 9, significando que os sujeitos desta pesquisa tendem a achar que não possuem boas qualidades e acreditam ser pessoas fracassadas. É o sentimento de culpabilidade decorrente da incapacidade percebida de lidar com esse transtorno.

4.7 ETIOLOGIA

4.7.1 Motivo de origem

Para identificar o(s) possível(is) motivo(s) da origem do TP dos participantes desta pesquisa, utilizou-se a seguinte pergunta aberta individualmente: "Você consegue identificar se existe algum motivo que possa ter originado o seu Transtorno do Pânico? Se for sim, o quê?"

Os motivos apresentados foram:

- Medo de ficar sozinha algum dia e medo de morrer. (Sujeito 1, 49 anos).
- Mudança de cidade e acidente de carro. (Sujeito 2, 26 anos).
- Visualização de um assalto em sua casa na infância. (Sujeito 3, 40 anos).
- Uma situação onde estava sozinha e não podia contar com ninguém. (Sujeito 4, 23 anos).
- Não consegue identificar um motivo, está confuso. (Sujeito 5, 18 anos).
- Divórcio. (Sujeito 6, 29 anos).
- Susto em um avião e depois disso ter voado novamente. (Sujeito 7, 27 anos).
- Problemas de saúde na família. (Sujeito 8, 15 anos).
- Susto ao tomar uma vacina na infância. (Sujeito 9, 21 anos). (informação verbal)¹.

Observa-se que os motivos de origem do pânico são multifatoriais, como indica a teoria. Somente um sujeito não conseguiu identificar a origem, por estar confuso.

4.7.2 Fator desencadeante

Fez-se a seguinte pergunta: "Existe uma situação ou fato específico que desencadeie um ataque de pânico? Se você não sabe, o que estava pensando no momento do ataque?" Os fatores desencadeantes apresentados foram:

- Quando estou sozinha ou em determinados lugares. (Sujeito 1, 49 anos).
- Quando me estresso bastante, quando acontece alguma coisa e me sinto culpada, não saio de casa, prefiro ficar sozinha, não me sinto bem no convívio social. (Sujeito 2, 26 anos).
- Quando eu fico sabendo de alguma pessoa conhecida que morre e se eu estou em lugares com muita gente. Às vezes fico pensando que vai me dar alguma coisa, aí eu começo a passar mal. (Sujeito 3, 40 anos).
- Em casa quando estou sozinha. (Sujeito 4, 23 anos).
- Eles acontecem geralmente quando estou sozinho na rua, rodeado de pessoas, sinto que estou perdendo o controle, tenho medo, fico confuso e passo mal. (Sujeito 5, 18 anos).
- Em vários lugares e quando me decepciono. (Sujeito 6, 29 anos).
- Qualquer lugar que eu for, só me sinto bem em casa. (Sujeito 7, 37 anos).
- Em qualquer lugar. (Sujeito 8, 15 anos).
- Ao pensar que vou ter que fazer um hemograma ou alguma vacina. Só de estar falando isso, estou tremendo, com a boca seca, suor e coração disparado. Eu não consigo esticar todo o

braço na posição que se faz o exame faz anos, a não ser que eu esteja fazendo alguma outra coisa e nem me passe pela cabeça que o braço está esticado. Também não consigo olhar para outra pessoa com o braço esticado, se eu chego a olhar ele esticado, sinto todos esses sintomas que falei antes. (Sujeito 9, 21 anos). (informação verbal)².

Grande parte dos ataques de pânico dos sujeitos entrevistados acontece quando estão na rua ou sozinhos, independente do lugar. Alguns se sentem bem em casa, longe do convívio social, enquanto outros necessitam de pessoas por perto.

5 CONCLUSÃO

No percurso desta pesquisa, procurou-se identificar qual era o perfil biológico, psicológico e social de pessoas com diagnóstico do TP, verificar quais os motivos que levaram essas pessoas a desenvolver tal transtorno e se existia algum fato ou situação específica que desencadeava ataques de pânico. Para isso, a teoria afirma que os fatores envolvidos são multifatoriais.

Hoje, muito se fala do TP, porém, em muitos meios, isso passa despercebido, o que leva todos a procurarem cardiologistas, clínicos-gerais e outros profissionais, na tentativa de buscarem uma explicação lógica para uma série de sintomas físicos associados a esse transtorno.

Existe uma multiplicidade de fatores que podem ser analisados nos indivíduos com esse diagnóstico, assim, como uma gama de instrumentos que pode ser aplicada. É surpreendente o fato de existir pouca informação sobre o Transtorno de Ansiedade.

Logo, diante dos resultados apresentados na pesquisa, o perfil biopsicossocial dos participantes caracteriza-se como: indivíduos com ansiedade elevada, são tensos (as), nervosos (as), autoacusam-se, apresentam pensamentos difíceis de esquecer, costumam evitar situações que lhes apavoram e apresentam crises repentinas de ansiedade sem nenhum motivo aparente, com sensação ou medo da morte. Apesar de a ansiedade ser elevada, os indivíduos desta pesquisa apresentam depressão leve, sem risco de suicídio.

Ao enfrentar as situações temidas, sentem-se desorientados e confusos, com alguns sintomas corporais, como: coração disparado, pernas bambas, sensação de descontrole ou estranheza com o corpo, falta de ar, dor ou pressão no peito e nó na garganta; por apresentarem tais sintomas também podem ser observados em várias doenças, importam-se muito com a saúde. Já preocuparam-se em sofrer algum problema físico em razão de alguma doença e também já pensaram que seus sintomas ansiosos existem devido a uma doença somática e não a um distúrbio psicológico. Isso justifica o motivo de terem procurado diversos especialistas. Apesar disso, não possuem doenças físicas associadas ao TP, mas apresentam diversas comorbidades além do pânico.

Essas pessoas, quando nervosas ou amedrontadas, apresentam tais pensamentos: "eu vou gritar", "não vou ser capaz de me controlar", "vou ficar louco" e "vou gaguejar ou falar esquisito".

São pessoas que sofreram prejuízos no relacionamento social e no lazer, os quais afetaram significativamente suas vidas. Alguns relatam que somente se sentem bem em casa e outros se tornam dependentes da família ou de alguma pessoa, por não se sentirem seguros sozinhos. Um fator importante observado foi que todos os participantes desta pesquisa afirmaram ter um parente próximo com o mesmo transtorno. Também, apresentam baixa autoestima, e, dessa forma, pensam não possuir boas qualidades, acreditando que são pessoas fracassadas.

Nota-se que para a amostra desta pesquisa, os psicotrópicos são percebidos como necessários, utilizados pela maioria. Durante a aplicação dos instrumentos, alguns afirmaram não usar medicamentos sentindo-se mais ansiosos.

Grande parte da amostra afirma a importância da psicoterapia; justamente os que fazem tratamento psicológico são os que apresentam condições atuais mais severas, o que significa a necessidade de maior ajuda. É importante ressaltar que esse perfil não pode ser generalizado, pois a amostra desta pesquisa é pequena e ainda existem diversos fatores a serem pesquisados.

Dessa forma, percebe-se que o perfil biopsicossocial do TP deve ser visto como um todo, não se pode centrar somente no biológico, psíquico e/ou social. Todos causam o pânico no indivíduo de alguma maneira.

Neste trabalho, enfatizou-se o TP na visão da psicologia cognitiva. Essa abordagem trata do modo como as pessoas percebem, aprendem, recordam e pensam sobre a informação. O tratamento cognitivo do pânico expõe que neste transtorno múltiplos sistemas são afetados, como os afetivos, cognitivos, comportamentais e fisiológicos, e, de fato, o pânico consiste na ativação de todos eles.

Esta pesquisa demonstrou que pacientes portadores do TP necessitam de maior atenção dos médicos clínicos, que são geralmente os primeiros a atendê-los. Além disso, fica evidente a necessidade de serem acompanhados, também, por profissionais treinados que ofereçam suporte psicológico. Assim, observa-se a importância da inserção de psicólogos em diferentes áreas da saúde, como hospitais e postos de saúde, para auxiliar no diagnóstico e tratamento correto em relação ao pânico.

É importante considerar que o presente estudo apresenta limites quanto ao número de sujeitos avaliados, requerendo novos estudos com amostras maiores, principalmente em nível genético (pois todos os participantes desta pesquisa possuem parentes de primeiro ou segundo grau com o transtorno), social e psicológico, de forma a ampliar a possibilidade de generalização. Deve-se considerar também que a avaliação de personalidade pressupõe padrões adaptativos mais amplos, os quais não se esgotam nos controles metodológicos aqui adotados.

Biological, psychological and social profile of people who present Panic Disorder

Abstract

This research intends to verify what is the biopsychosocial profile of the people who present Panic Disorder and what are the main reasons and unleashing factors which drove them to the Panic. In order to proceed in such manner, the following instruments were utilized: Anamnesis, Beck's Depression Inventory, Panic and Agoraphobia Scale, Agoraphobic Cognitions Questionnaire, Corporal Sensations Questionnaire, Sheehan's Anxiety Scale, Rosenberg's Self-esteem Scale and two dissertative questions aiming to identify the origin and unleashing factors of the disorder in nine individuals with this diagnosis. As result, it was verified that the participants of this research present high anxiety and low depression without risk of suicide. Facing the feared situations, they present several physical symptoms, which is why they worry a lot about their health, which justifies their search for several specialists. In spite of this fact, they do not possess physical diseases related to Panic, although presenting several commorbidities. They are people who have damage in their social relations and claim that they have close relatives with the same disorder. The participants present low self-esteem and fell the need of psychotropics and psychotherapy. From this research it is possible to comprehend the importance of the insertion of psychologists in different areas related to health, such as hospitals and health centers, in order to aid the correct diagnostic and treatment of the Panic Disorder.

Keywords: Panic Disorder. Biopsychosocial profile. Health. Anxiety.

Notas explicativas

¹ Informações fornecidas por nove participantes para fins desta pesquisa.

² Informações fornecidas por nove participantes para fins desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR**. 4. ed. Tradução Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2003. 880 p.

BECK, Judith S. **Terapia Cognitiva para Desafios Clínicos**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

_____. **Terapia Cognitiva Teoria e Prática**. 1. ed. Tradução Sandra Costa. Porto Alegre: Artmed, 1997. 348 p.

CUNHA, Jurema. **Manual da Versão em Português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DINI, G. M. **Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg**. 2001. Dissertação (Mestrado em Medicina)–Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

ITO, Lígia M.; RAMOS, Renato T. Escalas de Avaliação Clínica: Transtorno do Pânico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, n. 25, p. 294-302, 1998.

KELLER, Luiz Augusto de Andrade. **Síndrome do Pânico**. O que é, como se manifesta e como lidar com ela. 12. ed. São Paulo: Globo, 2005. 101 p.

SHEEHAN, D. V.; HARNETT-SHEEHAN, K.; RAJ, B. A. The Measurement of Disability. **International Clinical Psychopharmacology**, v. 11, n. 3, p. 89-95, 1996.

