

PSIQUIATRIA Transtorno de ansiedade remonta à época da mitologia grega

# A história dos ataques de pânico

**Antonio Egidio Nardi**

Instituto de Psiquiatria,  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

O transtorno de pânico – um transtorno de ansiedade – certamente não é um problema do nosso tempo: há inúmeros relatos literários e folclóricos, em diferentes épocas, sobre a observação de sintomas semelhantes aos desse problema. Vem da mitologia grega um dos mais antigos exemplos: o deus Pã (figura 1), um dos responsáveis pelos sustos e fobias, cuja aparência (metade homem e metade carneiro, com chifres e patas) apavorava os mortais. O nome desse deus deu origem ao termo pânico.

Em várias histórias, Pã caracteriza-se por causar sustos, gritos, medos, pavores e sofrimento. Este e outros deuses que habitavam as florestas eram temidos pelos que tinham de atravessá-las, pois encontrá-los podia provocar pavores súbitos, sem causa aparente: os ‘ataques de pânico’. Os sustos faziam com que se evitassem as florestas e mesmo grandes espaços abertos, como os mercados – o medo de espaços abertos é chamado hoje de ‘agorafobia’ (do grego *ágora*, que significa mercado).

Até o século 17, os quadros de ansiedade eram descritos e interpretados com base na doutrina dos fluidos corporais, do grego Hipócrates (c.460-c.377, a.C.), tido como o ‘pai da medicina’. Essa doutrina foi exposta no livro *Corpus hippocraticum*, que reunia 70 textos médicos e era atribuído a Hipócrates e a seus discípulos. ‘Sangue’, ‘bile amarela’, ‘bile negra’ e ‘fleugma’ seriam os quatro fluidos corporais ou humores, associados a diferentes características do indivíduo, inclusive às doenças.

## Problema físico na Idade Média

As descrições médicas do transtorno de pânico começaram antes do século 19, período em que a psiquiatria se firmou como disciplina independente. Cada sintoma, porém, era tratado como uma queixa médica isolada, considerado apenas em função de sua localização no organismo e visto como associado

**Figura 1.** O nome do deus grego Pã, associado ao susto e às fobias, deu origem ao termo pânico



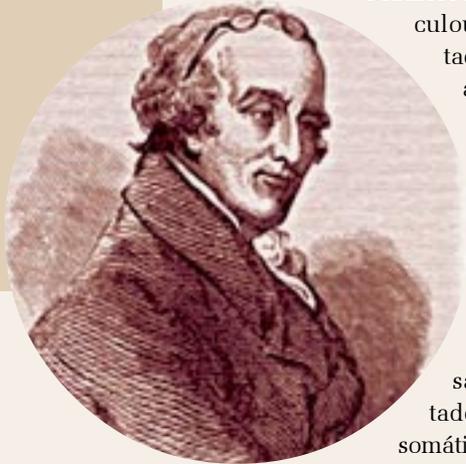
a um distúrbio do órgão onde ocorria. Assim, a palpitação, por exemplo, estaria ligada a uma doença do coração. Tais queixas não levavam os médicos da época a pensar em transtornos mentais. Por suas características físicas – taquicardia, náusea, mal-estar precordial (na área frontal do tórax), sudorese, parestesias (sensações anormais na pele) e outras –, as manifestações ansiosas eram tratadas por médicos clínicos e não por psiquiatras.

No período medieval e durante a Renascença, as hoje denominadas síndromes de ansiedade grave eram associadas a quadros depressivos. No século 17, o clérigo inglês Robert Burton (1577-1640) descreveu, em livro de 1621 sobre a depressão (então chamada de ‘melancolia’), uma crise aguda de ansiedade, que considerava uma forma de medo (*fear*). Burton, associando filosofia e crenças da época, descreveu inúmeros tipos de ansiedade patológica. Citou o medo da morte, o medo de perder um ente querido e a ‘ansiedade paranóide’. Descreveu a ansiedade com base em delírios e a associou à despersonalização, à hipocondria e até mesmo à agorafobia, assim como a várias fobias: medo de falar em público, de altura (acrofobia), de lugares fechados (claustrofobia), ansiedade antecipatória e hiperventilação.

## Avanços durante o século 19

As fobias e a ansiedade ainda eram associadas, no início do século 19, a causas físicas. Em livro sobre ▶

psiquiatria, de 1812, o norte-americano Benjamin Rush (1746-1813) (figura 2) faz essa associação entre a depressão ('tristimania') e a hipocondria. Na psiquiatria francesa, os ataques de pânico eram chamados de 'crises agudas de angústia'. Ao descrever a



**Figura 2.** O médico norte-americano Benjamin Rush, um dos pioneiros dos estudos sobre ansiedade

'neurose cérebro-cardíaca', o médico parisiense Maurice Krishaber (1836-1883) vinculou vários sintomas (tonteira, taquicardia, inquietude etc.) a uma doença neurocirculatória. O termo 'neurose' referia-se a nervos, e portanto a um distúrbio orgânico, somático, não havendo a concepção de um transtorno psíquico.

Uma progressiva mudança nesse modo de pensar ocorreu na segunda metade do século 19. As causas somáticas, até então unanimemente aceitas, começaram a dividir a atenção com possíveis causas psicológicas. Em 1872, o psiquiatra alemão Karl Westphal (1833-1890) descreveu a agorafobia. Citou três pacientes masculinos que apresentavam medo de ruas amplas e espaços abertos e que, às vezes, eram compelidos a pedir ajuda a transeuntes.

Em 1878, o psiquiatra francês Le Grand Du Saulle (1830-1886) publicou uma monografia sobre o medo de espaços (*peur des espaces*), ampliando o conceito de Westphal. Du Saulle citou que, além de temerem lugares abertos, "esses pacientes podem sentir medo de teatros, igrejas, sacadas altas de prédios, ou quando próximos a janelas amplas, ou ônibus, barcos ou pontes". Um ano depois, o inglês Henry Maudsley (1835-1918) descreveu um 'pânico melancólico' – foi o primeiro emprego técnico do termo pânico em psiquiatria.

Só no final do século 19 os sintomas de ansiedade foram reunidos em um novo conceito, com base nos trabalhos de psiquiatras franceses, como Krishaber e Benedict Morel (1809-1873), e do austríaco Sigmund Freud (1856-1939). Dois médicos norte-americanos exerceram papel fundamental para a constituição da 'neurose de angústia' que Freud viria a propor: George Beard (1839-1883) e Jacob Da Costa (1833-1900).

O primeiro iniciou, com o artigo *Neurasthenia*, de 1869, estudos para caracterizar esse distúrbio, e foi

citado por Freud nos artigos sobre neurose de angústia. Segundo Beard, a neurastenia estaria centrada na fadiga física de origem nervosa (um conceito neurológico): a debilidade funcional do cérebro decorreria do esgotamento da energia sexual, devida a uma atividade sexual anormal, como a masturbação excessiva, e seria acompanhada de outros sintomas, como dores, problemas gastrintestinais, parestesias, depressão, diminuição da libido, apatia e indiferença.

Da Costa (figura 3), médico militar na guerra civil dos Estados Unidos, descreveu o que chamou de "coração irritável, uma desordem funcional cardíaca". Suas vítimas apresentavam sintomas agudos: palpitações de intensidade variável, com duração de minutos a horas, dores no tórax e grande mal-estar. Como não encontrou sinais de lesão cardíaca ou condições subjetivas frente à guerra, concluiu que era um distúrbio do funcionamento do sistema nervoso simpático: submetido a esforços e tensões muito intensos, o coração se tornaria fisiologicamente 'irritável'.

Por volta de 1894, Freud descreveu a 'neurose de angústia' (*angstneurose*). A origem do termo remonta aos trabalhos do alemão Ewald Hecker (1843-1909), que em 1893 demonstrara a presença de estados de ansiedade na neurastenia. O mérito de Freud foi separar a neurose de angústia da neurastenia e descrevê-la clinicamente de forma específica. Em várias oportunidades, Freud afirma que certos sintomas agudos, como vertigens, distúrbios da atividade cardíaca, sudorese, tremores, abalos, diarreia e *pavor nocturnus*, são formas especiais de ataques de ansiedade, que passa então a denominar de 'equivalentes de angústia'.

### Ansiedade e pânico no século 20

No início do século 20, embora já fossem discutidos conceitos sobre fatores psicológicos na ansiedade, os sintomas ansiosos ainda estavam muitos associados a fatores hereditários e biológicos.

O francês Pierre Janet (1859-1947) (figura 4) descreveu em 1903 a 'psicastenia', um quadro ansioso com sintomas somáticos e obsessivos, associando a esse quadro uma falência de sentimentos e uma liberação de comportamentos primitivos. Essa síndrome englobaria diversos transtornos mentais, inclusive os de ansiedade. Angústia e ansiedade seriam manifestações dessa falência, mas não seu principal componente. Em 1907, o



**Figura 3.** Jacob M. Da Costa observou sintomas do pânico durante a guerra civil dos Estados Unidos

psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926) (figura 5) descreve a neurose de terror (*schreckneurose*), sugerindo que ataques de pânico teriam origem no estado afetivo. Antes, em 1899, na sexta edição do seu clássico *Psychiatrie*, sobre o estudo e a prática médica da psiquiatria, ele já associava a agorafobia a crises de ansiedade com inúmeros sintomas somáticos, e dizia que a melhora desses sintomas não significava a melhora da agorafobia: esta poderia permanecer indefinidamente.

Mais tarde, em 1946, no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Henrique Roxo (1877-1969) dividiu a neurastenia em dois grupos: a psicastenia (incluindo as obsessões, as fobias e os impulsos) e o nervosismo (que seria um estado de ansiedade extraordinária, no qual o paciente sofre “um mal-estar indescritível, em que sintomas físicos têm papel de grande monta”). Embora o ataque de ansiedade estivesse descrito no quadro do nervosismo, Roxo associava aos dois grupos de neurastenia sintomas hoje considerados de síndrome depressiva e de síndromes ansiosas agudas e crônicas. Ele indicava como origem do transtorno uma associação de fatores constitucionais (natos com o indivíduo), ambientais e psicológicos, e propunha, como tratamento, a administração de medicamentos variados e experimentais, que supostamente teriam ações específicas em cada subtipo.

Em 1959, o psiquiatra norte-americano Donald Klein, hoje na Universidade de Columbia, observou que pacientes com quadro depressivo-ansioso respondiam de modo favorável à imipramina, um antidepressivo tricíclico. Klein, após algumas semanas, estava desanimado com os efeitos da imipramina e pronto para desistir da experiência quando as enfermeiras salientaram que os pacientes queixavam-se menos de estar ‘passando mal’ ou ‘morrendo’ e agiam de modo mais independente, circulando sozinhos pelo hospital. Klein ainda identificou neles três tipos de ataques de pânico: o espontâneo, o situacional (associado a uma situação agorafóbica) e o provocado por um estímulo fóbico constante (animais, altura, escuro etc.). Suas observações e descrições posteriores influenciaram a terceira edição da classificação norte-americana de 1980, em que o termo ‘transtorno de pânico’ aparece pela primeira vez em uma classificação médica oficial.

Em 1993, Klein descreveu a ‘teoria do alarme de falsa sufocação’. Essa teoria apresenta o ataque de pânico como um distúrbio do alarme fisiológico de sufocação (que dispararia em um limite mais sensí-

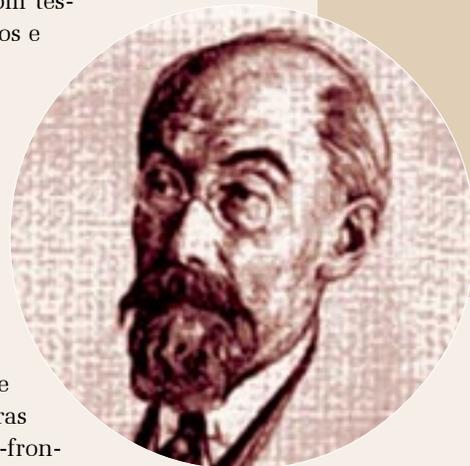
vel que o normal, quando uma pessoa de fato está sendo sufocada). Com o distúrbio, esse limiar regulador informaria ao sistema nervoso central uma iminente situação de sufocação quando, na verdade, esta não estaria ocorrendo. Essa teoria vem tendo grande aceitação, com base em estudos laboratoriais feitos com testes respiratórios, cognitivos e bioquímicos.

### Pesquisas atuais e perspectivas

Estudos realizados nas últimas décadas indicam que o ataque de pânico ocorre quando há alterações na sensibilidade da rede neuronal envolvida na reação de medo (que inclui estruturas cerebrais como córtex pré-frontal, ínsula, tálamo e amígdala, e as projeções da amígdala para o tronco cerebral e o hipotálamo). Agentes capazes de provocar ataques de pânico não atuam sobre uma área específica do tronco cerebral – na verdade, ativam toda a rede neuronal do medo.

Pacientes com transtorno de pânico queixam-se com frequência de sensações físicas desconfortáveis. Isso é consequência da ativação inespecífica provocada por agentes panicogênicos: como todos produzem sensações físicas agudas e incômodas, a hipótese é de que estimulem uma rede cerebral sensível condicionada a responder a estímulos nocivos. Ao longo do tempo, as projeções do núcleo central da amígdala para áreas do tronco cerebral podem se tornar mais ou menos sensíveis. Também pode ser diferente a ‘força’ de cada projeção. Assim, o padrão de respostas neuroendócrinas (hormonais) e autonômicas (referentes à respiração, à frequência cardíaca, à digestão e ao equilíbrio) pode variar, durante o ataque de pânico, de um paciente para o outro, e no mesmo paciente ao longo do tempo.

Os mistérios do transtorno de pânico vêm sendo cada vez mais revelados por pesquisas básicas e clínicas, e as vítimas desse mal amedrontador podem ter certeza de que o diagnóstico correto e o tratamento adequado já estão presentes na prática médica. No entanto, ainda têm de ser aperfeiçoados, para melhorar cada vez mais a expectativa de recuperação dos pacientes



**Figura 4.** Pierre Janet propôs, em 1903, a ‘psicastenia’, doença que englobaria a angústia e a ansiedade



**Figura 5.** O psiquiatra alemão Emil Kraepelin foi um dos primeiros a associar sintomas físicos à ansiedade