

## A EFICÁCIA DOS TRATAMENTOS PSICODINÂMICOS PARA O TRANSTORNO DE PÂNICO E ANSIEDADE: UMA ANÁLISE ABRANGENTE DA TEORIA, EVIDÊNCIA E APLICAÇÃO CLÍNICA

DOI: 10.5281/zenodo.17451289

Marco Antonio de Carvalho Assis<sup>1</sup>

### RESUMO

Este artigo apresenta uma revisão exaustiva da literatura sobre a aplicação e eficácia da psicoterapia psicodinâmica (PDT) no tratamento do transtorno de pânico e outros transtornos de ansiedade. Analisa-se a fundamentação teórica, desde os conceitos freudianos de angústia-sinal até a teoria do apego de Bowlby, como base para a compreensão da etiologia desses transtornos. A seguir, são revisadas as evidências empíricas provenientes de ensaios clínicos randomizados (ECRs) e meta-análises, comparando a eficácia da PDT com outras modalidades, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a farmacoterapia. Um foco detalhado é dado à Psicoterapia Psicodinâmica Focada no Pânico (PFPP), um tratamento manualizado com eficácia demonstrada. A discussão integra os achados, destacando os mecanismos de mudança, a durabilidade dos ganhos terapêuticos e as implicações para a prática clínica baseada em evidências. Conclui-se que a PDT representa uma intervenção robusta e eficaz, com um corpo de

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

evidências que justifica seu lugar como tratamento de primeira ou segunda linha para muitos pacientes com transtornos de ansiedade.

Palavras-chave: terapias psicodinâmicas, ataque de pânico, ansiedade

## ABSTRACT

This article presents an exhaustive review of the literature on the application and efficacy of psychodynamic psychotherapy (PDT) in the treatment of panic disorder and other anxiety disorders. The theoretical foundation is analyzed, from the Freudian concepts of sign anxiety to Bowlby's attachment theory, as a basis for understanding the etiology of these disorders. Next, we review the empirical evidence from randomized controlled trials (RCTs) and meta-analyses, comparing the efficacy of PDT with other modalities, such as cognitive behavioral therapy (CBT) and pharmacotherapy. A detailed focus is given to Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP), a manualized treatment with demonstrated effectiveness. The discussion integrates the findings, highlighting the mechanisms of change, the durability of therapeutic gains, and the implications for evidence-based clinical practice. It is concluded that PDT represents a robust and effective intervention, with a body of evidence that justifies its place as a first- or second-line treatment for many patients with anxiety disorders.

Keywords: psychodynamic therapies, panic attack, anxiety

## 1. INTRODUÇÃO: O FENÔMENO CLÍNICO DO PÂNICO E DA ANSIEDADE

Os transtornos de ansiedade representam a classe mais prevalente de transtornos psiquiátricos, afetando aproximadamente um terço da população

em algum momento da vida (Kessler et al., 2006). Longe de ser uma experiência monolítica, a ansiedade manifesta-se num espectro de síndromes distintas, entre as quais o transtorno de pânico (TP) e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) se destacam pela sua natureza debilitante e pela complexidade da sua apresentação clínica. A compreensão rigorosa da sua nosologia, prevalência e morbidade é o primeiro passo indispensável para avaliar a pertinência e a eficácia das diversas abordagens terapêuticas disponíveis.

## 1.1. Caracterização Nosológica: Critérios do DSM-5 para Transtorno de Pânico e Transtornos de Ansiedade

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição (DSM-5), fornece uma estrutura descritiva e ateórica para o diagnóstico destas condições (American Psychiatric Association, 2013). O Transtorno de Pânico é definido pela ocorrência de ataques de pânico recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que atinge um pico em minutos, acompanhado por pelo menos quatro de treze sintomas somáticos e cognitivos, como palpitações, sudorese, tremores, sensação de falta de ar, dor no peito, náuseas, tonturas, medo de perder o controle, medo de morrer, entre outros (American Psychiatric Association, 2013). Contudo, o diagnóstico de TP não se baseia apenas na presença dos ataques. O critério central é a existência de uma preocupação persistente (por pelo menos um mês) sobre a ocorrência de novos ataques ou suas consequências (p. ex., ter um ataque cardíaco, "enlouquecer"), e/ou uma mudança comportamental desadaptativa

# REVISTA TÓPICOS

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

significativa para evitar situações que possam desencadear um ataque, como a agorafobia (American Psychiatric Association, 2013).

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), por sua vez, é caracterizado por ansiedade e preocupação excessivas e incontroláveis sobre uma variedade de eventos ou atividades, ocorrendo na maioria dos dias por um período mínimo de seis meses (American Psychiatric Association, 2013). O indivíduo considera difícil controlar a preocupação, que está associada a pelo menos três de seis sintomas adicionais: inquietação ou sensação de estar "com os nervos à flor da pele", fadigabilidade, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (American Psychiatric Association, 2013). A Tabela 1 sumariza os critérios diagnósticos centrais para ambas as condições.

Tabela 1: Critérios Diagnósticos do DSM-5 para Transtorno de Pânico e Transtorno de Ansiedade Generalizada

| Transtorno de Pânico (TP)   | Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)                                     |
|---|--|
| A. Ataques de pânico recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que atinge um | A. Ansiedade e preocupação excessivas sobre diversos eventos ou atividades, na |

# REVISTA TÓPICOS

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

|  |   |
|--|---|
| <p>pico em minutos, com 4 ou mais dos 13 sintomas (p. ex., palpitações, sudorese, tremores, medo de morrer, medo de perder o controle).</p>  | <p>maioria dos dias, por pelo menos 6 meses.</p>  |
| <p>B. Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de um ou ambos os seguintes: 1. Preocupação persistente sobre ataques de pânico adicionais ou suas consequências. 2. Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques.</p> | <p>B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.</p>  |
| <p>C. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.</p>  | <p>C. A ansiedade e a preocupação estão associadas a 3 (ou mais) de 6 sintomas (p. ex., inquietação, fatigabilidade, tensão muscular, perturbação do sono).</p> |

# REVISTA TÓPICOS

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

|  |   |
|--|---|
| D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental. | D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas. |
| Fonte: American Psychiatric Association (2013)                         | Fonte: American Psychiatric Association (2013)  |

Embora a linguagem do DSM-5 seja puramente descritiva, ela aponta para fenômenos que a teoria psicodinâmica está singularmente equipada para explicar. O critério diagnóstico do TP sobre o "medo de perder o controle ou 'enlouquecer'" (American Psychiatric Association, 2013) é particularmente elucidativo. Este medo pode ser compreendido não apenas como uma distorção cognitiva, mas como a manifestação consciente do medo do ego de ser subjugado por impulsos, fantasias ou afetos inconscientes (como raiva intensa ou desejos sexuais) que são percebidos como inaceitáveis ou destrutivos. A fenomenologia descrita pelo DSM, portanto, ecoa o conceito psicodinâmico de "ansiedade-sinal", onde a ansiedade alerta para um perigo

interno iminente. Esta conexão estabelece uma ponte fundamental entre a psiquiatria descritiva e a psicologia explicativa, sugerindo que um tratamento que explore o significado subjacente a esses medos pode oferecer uma resolução mais profunda do que um que se limite a gerir os sintomas superficiais.

## 1.2. Prevalência, Morbidade e a Necessidade de Tratamentos Eficazes

A relevância clínica destes transtornos é sublinhada pela sua elevada prevalência e pela morbilidade significativa que acarretam. O TP afeta entre 2% e 3% da população num período de 12 meses, com uma incidência aproximadamente duas vezes maior em mulheres do que em homens, e um início típico no final da adolescência ou início da idade adulta (Kessler et al., 2006). Os ataques de pânico isolados são ainda mais comuns, afetando até 11% da população num único ano (Kessler et al., 2006). A carga associada a estas condições vai muito além do desconforto sintomático. Pacientes que não respondem adequadamente ao tratamento inicial enfrentam um sofrimento contínuo, uma qualidade de vida acentuadamente diminuída e, de forma alarmante, taxas mais elevadas de mortalidade e tentativas de suicídio. A cronicidade do TAG e o impacto incapacitante do TP e da agorafobia no funcionamento social e profissional impõem custos substanciais aos indivíduos e aos sistemas de saúde.

Esta realidade clínica sublinha a necessidade imperativa de dispor de um arsenal terapêutico diversificado e eficaz, capaz de responder às necessidades de uma população de pacientes heterogênea. A existência de uma proporção significativa de não-respondentes aos tratamentos de

primeira linha, estimada entre 30% e 40%, torna a investigação e validação de abordagens alternativas, como a psicoterapia psicodinâmica, não apenas uma questão de interesse acadêmico, mas uma prioridade de saúde pública.

### 1.3. A Perspectiva Psicodinâmica: Uma Abordagem Focada no Significado e no Conflito Inconsciente

A psicoterapia psicodinâmica (PDT) constitui uma das grandes tradições da psicoterapia, originada na psicanálise de Sigmund Freud e desenvolvida por teóricos subsequentes (e.g., Shedler, 2010). A sua premissa fundamental é que muitos dos nossos comportamentos, sentimentos e pensamentos são influenciados por fatores que operam fora da consciência – o inconsciente dinâmico. O objetivo terapêutico, portanto, é revelar o conteúdo inconsciente da psique para aliviar a tensão psíquica (Shedler, 2010).

Nesta perspectiva, os sintomas de ansiedade e pânico não são vistos como respostas condicionadas disfuncionais ou produtos de cognições irracionais que devem ser simplesmente eliminados. Em vez disso, são considerados comunicações significativas, embora distorcidas, sobre conflitos intrapsíquicos não resolvidos (Shedler, 2010). A ansiedade, em particular, funciona como um sinal de alerta para o ego sobre a emergência de desejos, memórias ou afetos inaceitáveis e inconscientes (Milrod et al., 1997). O tratamento psicodinâmico visa, assim, uma mudança profunda e duradoura, não apenas através da remissão dos sintomas, mas através da resolução desses conflitos subjacentes, do aumento da autoconsciência e do desenvolvimento de novas capacidades psicológicas para lidar com as



complexidades da vida interna e das relações interpessoais (Leichsenring & Rabung, 2008).

## 1.4. Objetivos e Estrutura da Presente Revisão

O presente artigo tem como objetivo analisar de forma exaustiva e crítica a base teórica, a evidência empírica e a aplicação clínica dos tratamentos psicodinâmicos para o transtorno de pânico e os transtornos de ansiedade. A estrutura da revisão seguirá uma progressão lógica:

Exploração dos fundamentos teóricos que sustentam a compreensão psicodinâmica da ansiedade, integrando a teoria pulsional de Freud e a teoria do apego de Bowlby.

Delineação dos princípios e mecanismos de mudança da PDT contemporânea, em comparação com outras modalidades terapêuticas.

Revisão sistemática das evidências empíricas de eficácia, com base em meta-análises e ensaios clínicos randomizados (ECRs).

Análise detalhada de um modelo de tratamento manualizado e empiricamente testado, a Psicoterapia Psicodinâmica Focada no Pânico (PFPP).

Discussão das implicações clínicas dos achados, incluindo a adequação paciente-terapia e as direções para futuras investigações.

Através desta análise, pretende-se avaliar o estatuto da PDT como uma terapia baseada em evidências e clarificar o seu lugar no tratamento

contemporâneo dos transtornos de ansiedade.

## 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA PERSPECTIVA PSICODINÂMICA SOBRE A ANSIEDADE

A compreensão psicodinâmica da ansiedade não é estática; evoluiu significativamente desde as suas origens. Duas correntes teóricas são particularmente cruciais para a formulação contemporânea da etiologia dos transtornos de ansiedade: a teoria da angústia de Sigmund Freud, especialmente a sua segunda formulação, e a teoria do apego de John Bowlby. A integração destas duas perspectivas oferece um modelo robusto que liga as experiências de desenvolvimento precoces à estrutura dos conflitos intrapsíquicos que se manifestam como sintomas de ansiedade e pânico na vida adulta.

### 2.1. A Evolução do Conceito de Angústia em Freud: Da Libido Reprimida ao Sinal do Ego

O pensamento de Freud sobre a angústia (em alemão, Angst) passou por uma revisão fundamental ao longo da sua obra, culminando no que é hoje entendido como as suas "duas teorias da angústia" (Freud, 1926/1996). Na sua primeira teoria, a angústia era concebida como o resultado de um processo econômico: a energia da pulsão sexual (libido), ao ser impedida de se descarregar através da repressão, era transformada automaticamente em angústia (Freud, 1926/1996). Neste modelo, a repressão causava a angústia. Era uma teoria que explicava a ansiedade "flutuante" da neurose de angústia,

mas que se mostrava insuficiente para explicar as fobias, onde a angústia parecia estar ligada a um perigo externo específico, ainda que simbólico.

A viragem conceptual ocorreu com a publicação de "Inibições, Sintomas e Ansiedade" em 1926 (Freud, 1926/1996). Na sua segunda teoria, Freud inverte a relação causal: a angústia não é o resultado da repressão, mas sim a sua causa (Freud, 1926/1996). O ego, a instância psíquica responsável pela mediação entre as exigências do id, do superego e da realidade, torna-se a sede da angústia. Perante a antecipação de uma "situação de perigo", o ego produz uma pequena e controlada quantidade de angústia. Este "sinal de angústia" (Angstsignal) funciona como um alerta que mobiliza os mecanismos de defesa, como a repressão, para evitar que a situação de perigo se concretize (Freud, 1926/1996).

Freud distinguiu dois tipos de ansiedade com base na origem do perigo:

- Ansiedade realística: Uma reação a um perigo externo, conhecido e real. É uma resposta adaptativa e compreensível (Freud, 1926/1996).
- Ansiedade neurótica: Uma reação a um perigo interno e desconhecido, nomeadamente, a força das pulsões do id (desejos sexuais ou agressivos) que ameaçam sobrecarregar o ego (Freud, 1926/1996). O medo não é do impulso em si, mas das consequências que a sua satisfação poderia acarretar (p. ex., punição, perda do amor do objeto).

Neste novo modelo, o ataque de pânico pode ser entendido de duas formas. Pode ser uma manifestação de ansiedade neurótica, onde o ego teme ser subjugado por um impulso interno. Ou, de forma mais dramática, pode ser

visto como uma falha do mecanismo de "sinal de angústia". Quando o ego é incapaz de antecipar e conter o perigo, ou quando a ameaça é avassaladora, ocorre uma reação de angústia automática, uma inundação de afeto desprazeroso similar à experiência original de trauma (o protótipo sendo o trauma do nascimento), que paralisa o funcionamento do ego (Freud, 1926/1996). O ataque de pânico, com a sua intensidade somática e o sentimento de catástrofe iminente, é a expressão clínica desta angústia automática.

## 2.2. A Teoria do Apego de Bowlby: Vínculos Precoces Como Matriz da Vulnerabilidade à Ansiedade

John Bowlby, um psicanalista britânico, desenvolveu a teoria do apego ao observar os efeitos profundos da separação e da perda nas crianças (Bowlby, 1969). Influenciado pela etologia, Bowlby postulou que os seres humanos têm uma predisposição inata para formar laços afetivos fortes com figuras de cuidado primárias. Este sistema de apego não é secundário a outras pulsões, como a fome, mas é um sistema motivacional primário, essencial para a sobrevivência e o desenvolvimento psicológico saudável (Bowlby, 1969).

A qualidade das interações precoces com os cuidadores leva à formação de "modelos internos de funcionamento" (internal working models). Estes são representações mentais ou esquemas sobre si mesmo, os outros e o mundo das relações, que guiam as expectativas, emoções e comportamentos em relações futuras (Bowlby, 1969). Um apego seguro desenvolve-se quando o cuidador é consistentemente sensível, responsivo e disponível. A criança desenvolve um modelo de si mesma como digna de amor e cuidado, e dos

outros como confiáveis e prestáveis. Estilos de apego inseguro surgem de interações problemáticas. O apego ansioso-ambivalente está frequentemente associado a cuidados inconsistentes, onde o cuidador é por vezes responsivo e por vezes ausente, levando a criança a uma hipervigilância e ansiedade sobre a disponibilidade da figura de apego. O apego evitativo está ligado a cuidadores consistentemente rejeitadores ou distantes, levando a criança a suprimir a expressão de necessidades de apego para evitar a rejeição (Bowlby, 1969).

A investigação tem demonstrado consistentemente que os estilos de apego inseguros, formados na infância, estão fortemente associados a uma maior vulnerabilidade a psicopatologias na vida adulta, incluindo os transtornos de ansiedade (Bowlby, 1969). Indivíduos com apego inseguro tendem a ter maiores dificuldades na regulação emocional, uma menor tolerância ao sofrimento e uma hipersensibilidade a ameaças interpessoais, como a rejeição ou o abandono (Bowlby, 1969).

### 2.3. Integração Teórica: Como Conflitos Intrapsíquicos e Padrões de Apego Interagem na Gênese dos Sintomas

A síntese das teorias de Freud e Bowlby oferece um modelo etiológico poderoso e clinicamente útil para os transtornos de ansiedade. A teoria do apego fornece o conteúdo desenvolvimental para a estrutura teórica de Freud. A "situação de perigo" que o ego freudiano antecipa não é um conceito abstrato; é concretamente moldada pelas experiências de apego reais. O perigo fundamental para a criança é a perda da figura de apego, seja por separação física ou pela perda do seu amor e proteção. A ansiedade de

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

separação, portanto, não é apenas um transtorno específico da infância, mas o protótipo de toda a ansiedade neurótica subsequente.

O processo pode ser delineado da seguinte forma:

As experiências precoces com cuidadores (consistentes, inconsistentes, rejeitadores) formam os modelos internos de funcionamento (Bowlby, 1969).

Estes modelos definem quais emoções e comportamentos são "seguros" e quais são "perigosos" para a manutenção do vínculo de apego. Por exemplo, uma criança cujo cuidador reage com ansiedade ou raiva à sua exploração e busca de autonomia pode internalizar a crença de que a independência é perigosa e ameaça o relacionamento (Busch et al., 2012). Da mesma forma, uma criança cujas expressões de raiva são punidas ou ignoradas pode aprender que a raiva é um afeto destrutivo que leva à rejeição (Busch et al., 2012).

Na vida adulta, situações que ativam estes temas de apego (p. ex., um conflito com um parceiro, uma promoção no trabalho que implica maior autonomia) evocam os mesmos medos e conflitos internalizados. O ego do adulto, operando com base nestes modelos internos arcaicos, interpreta a situação atual como uma "situação de perigo" (ameaça de abandono, perda do amor) e dispara o "sinal de angústia" de Freud (1926/1996).

O ataque de pânico ocorre quando este sinal falha e o indivíduo é inundado por uma angústia automática, vivenciando a ameaça atual com a intensidade catastrófica do perigo original à sobrevivência do vínculo de apego.

Este modelo integrado tem implicações diretas para a técnica terapêutica. Justifica por que o foco na relação terapêutica (a transferência) é um mecanismo de mudança tão central na PDT. A terapia torna-se um laboratório seguro onde o paciente pode, inevitavelmente, reencenar os seus padrões de apego, medos de separação e conflitos sobre raiva e autonomia com o terapeuta. Ao explorar, por exemplo, o medo do paciente de que a sua raiva ou as suas necessidades possam afastar ou destruir o terapeuta, o tratamento está a trabalhar diretamente na matriz do apego que gera a ansiedade. A mudança terapêutica ocorre não apenas através da compreensão do passado, mas através da reescrita dos modelos internos de funcionamento no aqui-e-agora da relação terapêutica.

### 3. PRINCÍPIOS E MECANISMOS DE MUDANÇA DA PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA CONTEMPORÂNEA

A psicoterapia psicodinâmica contemporânea, embora enraizada nos princípios psicanalíticos, evoluiu para uma forma de tratamento mais ativa e focada, adaptada a diferentes contextos clínicos e durações. A sua eficácia baseia-se num conjunto de técnicas e processos distintivos que visam não apenas a redução dos sintomas, mas uma mudança mais profunda e estrutural na personalidade do paciente.

#### 3.1. As Sete Características Definidoras da Técnica Psicodinâmica

Numa revisão empírica influente que analisou sessões de terapia gravadas, Jonathan Shedler (2010) identificou sete características que distinguem a PDT de outras modalidades terapêuticas, como a TCC. Estas características

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

não são meros postulados teóricos, mas processos observáveis que definem a prática psicodinâmica eficaz:

**Foco no afeto e na expressão da emoção:** A terapia encoraja ativamente a exploração e a verbalização de todo o espectro de emoções do paciente. O terapeuta ajuda o paciente a identificar sentimentos contraditórios, perturbadores ou que ele possa não reconhecer.

**Exploração das tentativas de evitar pensamentos e sentimentos angustiantes:** A PDT presta atenção especial às formas como os pacientes evitam aspectos da sua experiência que são dolorosos. Isto inclui mecanismos de defesa (como negação, intelectualização) e resistências (como chegar atrasado, ser evasivo), que são vistos como pistas importantes para os conflitos subjacentes.

**Identificação de temas e padrões recorrentes:** O terapeuta trabalha para identificar padrões repetitivos nos pensamentos, sentimentos, autoconceito, relações e experiências de vida do paciente. Reconhecer estes padrões é o primeiro passo para se libertar deles.

**Discussão da experiência passada (foco desenvolvimental):** A terapia explora as experiências precoces, especialmente as relações com as figuras de apego, para compreender como o passado continua a "viver" no presente e a moldar as dificuldades atuais. O objetivo não é focar no passado por si só, mas iluminar o presente.

**Foco nas relações interpessoais:** A PDT dá grande ênfase às relações do paciente e à sua experiência interpessoal. As dificuldades psicológicas são



frequentemente vistas como surgindo quando padrões relacionais problemáticos interferem com a capacidade do indivíduo de satisfazer as suas necessidades emocionais.

Foco na relação terapêutica: A relação entre terapeuta e paciente é, em si, uma relação interpessoal crucial. Os padrões relacionais do paciente tendem a emergir na interação com o terapeuta (transferência). A exploração destes padrões in vivo oferece uma oportunidade única para os compreender e modificar.

Exploração da vida de fantasia: A PDT encoraja o paciente a falar livremente, explorando os seus desejos, medos, sonhos e fantasias. Este material fornece um rico acesso à vida interna do paciente e à forma como ele entende a si mesmo e aos outros.

### 3.2. O Processo Terapêutico: Insight, Elaboração (working Through) e a Relação Transferencial

A mudança na PDT ocorre através de um processo iterativo que envolve três componentes centrais: insight, elaboração e a relação transferencial.

O insight na terapia psicodinâmica transcende a mera compreensão intelectual. Não basta que um paciente saiba "por que" tem um determinado problema. O insight terapêutico é uma experiência emocional que ressoa a um nível profundo, ligando o afeto à representação e criando um novo significado que leva à mudança (Shedler, 2010). É a diferença entre dizer "eu sei que tenho problemas com a raiva" e sentir e compreender visceralmente,

no contexto de uma interação com o terapeuta, o medo paralisante de que a sua raiva possa destruir o vínculo.

A elaboração (working through) é o processo pelo qual o insight é traduzido em mudança duradoura. Envolve a exploração repetida dos conflitos e padrões centrais do paciente à medida que eles surgem em diferentes contextos: nas suas memórias do passado, nas suas relações atuais e, mais importantemente, na transferência com o terapeuta. É através deste trabalho repetitivo e aprofundado que as novas compreensões são consolidadas e integradas, levando a mudanças no comportamento, na regulação afetiva e na forma como o paciente se relaciona consigo mesmo e com os outros.

A transferência é o palco principal onde a elaboração ocorre. Refere-se à reedição inconsciente de sentimentos, atitudes e padrões relacionais do passado na relação com o terapeuta. Um paciente que cresceu com um pai crítico pode, por exemplo, experienciar o terapeuta como julgador e desaprovador. Em vez de ver isto como uma "distorção", o terapeuta psicodinâmico utiliza-o como uma oportunidade terapêutica valiosa para explorar in vivo como estes padrões moldam a experiência do paciente e para oferecer uma nova experiência relacional que pode ajudar a modificar esses modelos internos (Shedler, 2010).

### 3.3. Mecanismos de Mudança em Perspectiva Comparada: Foco no Inconsciente (PDT) Vs. Reestruturação Cognitiva (TCC)

Os mecanismos de mudança propostos pela PDT e pela TCC são conceitualmente distintos, embora possam existir sobreposições na prática

clínica.

A PDT postula que a mudança duradoura ocorre através da tomada de consciência e resolução de conflitos inconscientes que impulsionam os sintomas (Shedler, 2010). O sintoma (p. ex., um ataque de pânico) é visto como uma solução de compromisso, uma forma de expressar e, ao mesmo tempo, ocultar um conflito subjacente. Ao trazer o conflito à consciência e elaborá-lo na segurança da relação terapêutica, a necessidade do sintoma diminui (Shedler, 2010).

A TCC, por outro lado, baseia-se no modelo cognitivo, que propõe que as nossas emoções e comportamentos são influenciados pela nossa interpretação dos eventos (Shedler, 2010). A mudança terapêutica ocorre através da identificação, avaliação e modificação de pensamentos automáticos negativos e crenças centrais disfuncionais (p. ex., "sou incompetente", "o mundo é perigoso") que mantêm o sofrimento psicológico. O objetivo é ensinar o paciente a "pensar sobre os seus pensamentos" de uma forma mais realista e adaptativa (Shedler, 2010).

Embora os modelos teóricos sejam diferentes, terapeutas habilitados de ambas as abordagens podem realizar intervenções funcionalmente semelhantes. A "exploração de tentativas de evitar pensamentos angustiantes" da PDT (Shedler, 2010) tem um paralelo na abordagem da "evitação experiencial" em terapias contextuais da TCC. A "identificação de temas e padrões recorrentes" da PDT assemelha-se à identificação de "esquemas" ou "crenças centrais" na TCC (Shedler, 2010). No entanto, o nível de inferência e o objetivo final diferem. A TCC pergunta "Qual crença

disfuncional esta evitação reforça?", enquanto a PDT pergunta "Qual conflito inconsciente esta evitação está a defender?".

A diferença crucial pode residir no objetivo final. A TCC visa primariamente a remissão dos sintomas através da modificação de cognições e comportamentos (Shedler, 2010). A PDT, embora também vise a remissão dos sintomas, vê-a como um subproduto de uma mudança mais fundamental na estrutura da personalidade, no aumento da capacidade de regulação afetiva, na melhoria da qualidade das relações interpessoais e no desenvolvimento de um sentido de si mais coeso e autêntico (Leichsenring & Rabung, 2008). Esta diferença de objetivo pode explicar um dos achados mais consistentes na investigação da PDT: a tendência para os ganhos terapêuticos não só se manterem, mas continuarem a crescer após o término do tratamento (e.g., Shedler, 2010; Leichsenring & Rabung, 2008). O paciente não aprendeu apenas a gerir os sintomas; desenvolveu novas capacidades psicológicas que continua a aplicar aos desafios da vida, promovendo um crescimento contínuo.

#### 4. EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS DA EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA

Durante muitas décadas, a psicoterapia psicodinâmica foi criticada pela sua suposta falta de base empírica, uma perceção que contribuiu para a sua marginalização em muitas diretrizes de tratamento e programas de formação (Milrod et al., 2007). No entanto, nas últimas duas a três décadas, um corpo crescente e robusto de investigação, incluindo ensaios clínicos randomizados (ECRs) e meta-análises, veio desafiar esta narrativa. A evidência atual

posiciona a PDT como um tratamento eficaz para uma vasta gama de transtornos mentais, incluindo os transtornos de ansiedade.

## 4.1. Análise de Meta-análises e Revisões Sistemáticas: Avaliando o Tamanho do Efeito

As meta-análises, que agregam quantitativamente os resultados de múltiplos estudos, são consideradas o nível mais elevado de evidência para a eficácia de um tratamento (Leichsenring & Rabung, 2008). Várias meta-análises importantes têm avaliado a eficácia da PDT.

De acordo com Keefe et al. (2014), a meta-análise mais abrangente até à data sobre PDT para transtornos de ansiedade, que incluiu 14 ECRs com um total de 1.073 pacientes, encontrou que a PDT foi significativamente mais eficaz do que as condições de controlo (lista de espera ou tratamento habitual). O tamanho do efeito (g de Hedges), uma medida padronizada da magnitude da diferença entre os grupos, foi de  $g = 0.64$ , o que é considerado um efeito de moderado a grande (Keefe et al., 2014).

Numa revisão altamente influente publicada no *American Psychologist*, Jonathan Shedler (2010) sintetizou a evidência existente e concluiu que os tamanhos de efeito para a psicoterapia psicodinâmica são tão grandes quanto os relatados para outras terapias que têm sido ativamente promovidas como "baseadas em evidências" e "empiricamente suportadas". Esta conclusão desafia diretamente a noção de que a PDT é menos eficaz do que outras abordagens, como a TCC.

Outras revisões, como a de Leichsenring e Rabung (2008), corroboram estes achados, confirmando a eficácia da PDT para uma variedade de transtornos, incluindo depressão, ansiedade e transtornos de personalidade. A Tabela 2 resume os achados de meta-análises chave.

## 4.2. Comparação com Tratamentos Ativos: a Eficácia Relativa da Terapia Psicodinâmica Vs. TCC e Farmacoterapia

A comparação com um tratamento ativo (ou seja, outro tratamento estabelecido) é um teste mais rigoroso da eficácia de uma terapia do que a comparação com uma lista de espera. A evidência nesta área é crucial para posicionar a PDT no arsenal terapêutico.

A meta-análise de Keefe et al. (2014) é novamente central. Ao comparar a PDT com outros tratamentos ativos (na sua maioria TCC), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as abordagens. Os tamanhos de efeito para a diferença entre PDT e tratamentos ativos foram negligenciáveis:  $g = 0.02$  no final do tratamento,  $g = -0.11$  no seguimento até um ano, e  $g = -0.26$  no seguimento para além de um ano (Keefe et al., 2014). Estes resultados sugerem fortemente que a PDT é uma alternativa de eficácia equivalente à TCC para os transtornos de ansiedade.

No que diz respeito ao TAG, a revisão sistemática da Cochrane por Hunot et al. (2007) concluiu que a terapia baseada na TCC era eficaz quando comparada com listas de espera. No entanto, os autores salientaram que o corpo de evidências que comparava a TCC com outras psicoterapias, incluindo a psicodinâmica, era pequeno e metodologicamente heterogêneo, o

que impedia a formulação de conclusões definitivas sobre a superioridade de uma abordagem sobre a outra.

É importante analisar criticamente estudos com resultados divergentes. A meta-análise de Bandelow et al. (2015) sugeriu tamanhos de efeito pré-pós maiores para medicamentos e TCC ( $d = 1.30$ ) do que para PDT ( $d = 1.17$ ). No entanto, esta conclusão deve ser interpretada com cautela. A utilização de tamanhos de efeito pré-pós é metodologicamente mais fraca, pois não controla os efeitos do tempo, a remissão espontânea ou os efeitos placebo. A metodologia mais rigorosa dos ECRs com grupos de controle ativos, como os analisados por Keefe et al. (2014), que não encontrou diferenças significativas, fornece uma estimativa mais fiável da eficácia relativa.

Tabela 2: Sumário das Principais Meta-análises sobre a Eficácia da Psicoterapia Psicodinâmica para Transtornos de Ansiedade

| Estudo<br>(Autor,<br>Ano) | Foco | Nº<br>Estudos/<br>Pacientes | Grupos de<br>Comparação | Principais Resultados<br>(Tamanho do Efeito) |
|---------------------------|------|-----------------------------|-------------------------|--|
|                           |      |                             |                         |  |

# REVISTA TÓPICOS

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

|                                   |   |  |   |  |
|-----------------------------------|---|--|---|--|
| Kee<br>fe et<br>al.<br>(201<br>4) | Transtor<br>nos de<br>Ansieda<br>de                                     | 14.<br>ECR<br>S /<br>1073                  | 1. PDT vs.<br>Controlo<br>(lista de<br>espera/TAU)<br>2. PDT vs.<br>Tratamento<br>Ativo<br>(maioria<br>TCC) | 1. PDT superior ao<br>controlo (\$g = 0.64\$) 2.<br>PDT equivalente ao<br>tratamento ativo (\$g =<br>0.02\$ no pós-<br>tratamento)                             |
| She<br>dler<br>(201<br>0)         | Revisão<br>de<br>meta-<br>análises<br>para<br>vários<br>transtor<br>nos | Múlt<br>iplas<br>meta<br>-<br>análi<br>ses | PDT vs.<br>Controlo e<br>Tratamentos<br>Ativos  | Tamanhos de efeito<br>para PDT são tão<br>grandes quanto os de<br>outras terapias baseadas<br>em evidências. Ganhos<br>mantêm-se e aumentam<br>pós-tratamento. |
| Hun<br>ot et<br>al.               | Transtor<br>no de<br>Ansieda<br>de                                      | 25.<br>EST<br>UD                           | TCC vs.<br>Controlo<br>(TAU/lista de<br>espera) e vs.   | TCC superior ao<br>controlo. Evidência<br>comparando TCC com<br>outras psicoterapias   |



# REVISTA TÓPICOS

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

|                        |                           |           |                               |  |
|------------------------|---------------------------|-----------|-------------------------------|--|
| (2007)                 | Generalizada (TAG)        | OS / 1305 | outras psicoterapias          | (incl. PDT) é insuficiente para tirar conclusões.  |
| Bandelow et al. (2015) | Pânico, TAG, Fobia Social | Múltiplos | Farmacoterapia, Psicoterapias | Tamanho de efeito pré-pós: Medicação (\$d = 2.02\$), TCC (\$d = 1.30\$), PDT (\$d = 1.17\$). Metodologia pré-pós limita as conclusões sobre eficácia relativa. |

## 4.3. Durabilidade dos Ganhos Terapêuticos: Evidências de Melhoria Contínua Pós-tratamento

Um dos achados mais distintivos e clinicamente significativos da investigação sobre a PDT é a durabilidade dos seus efeitos. Vários estudos e meta-análises indicam que os pacientes que se submetem à PDT não só mantêm os seus ganhos terapêuticos a longo prazo, como frequentemente continuam a melhorar após o término do tratamento (Shedler, 2010; Leichsenring & Rabung, 2008). Este fenômeno, por vezes designado como "efeito sleeper", contrasta com os resultados de algumas outras terapias, onde pode ocorrer uma deterioração dos ganhos ou recidiva após a cessação do tratamento.

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

A explicação para este crescimento contínuo está ligada aos mecanismos de mudança da PDT. Ao focar na resolução de conflitos centrais, na modificação de padrões relacionais e no desenvolvimento de capacidades psicológicas como a mentalização (a capacidade de compreender a si mesmo e aos outros em termos de estados mentais), a PDT equipa o paciente com ferramentas internas que ele continua a utilizar para navegar os desafios da vida muito depois de ter deixado o consultório do terapeuta (Leichsenring & Rabung, 2008). A terapia visa iniciar um processo de autoexploração e crescimento que se torna autossustentável.

A percepção de que a PDT carece de suporte empírico é, portanto, um artefacto histórico, em grande parte devido à dificuldade inicial em adaptar uma terapia complexa e individualizada ao modelo do ECR. Esta dificuldade levou a uma disseminação seletiva da investigação, favorecendo tratamentos mais facilmente manualizáveis (Shedler, 2010). No entanto, o desenvolvimento de manuais de tratamento psicodinâmico e a condução de ECRs rigorosos nas últimas décadas refutaram esta noção. A narrativa da "falta de evidências" está desatualizada. A tarefa atual para o campo da saúde mental é integrar este corpo de evidências na prática clínica, na formação e nas políticas de saúde.

A constatação de que a PDT e a TCC demonstram, em média, uma eficácia equivalente para os transtornos de ansiedade (Keefe et al., 2014) gera uma questão clínica e de investigação mais sofisticada. Em vez de perguntar "Qual terapia é a melhor?", a questão torna-se "Qual terapia é a melhor, para quem, e porquê?". A equivalência dos resultados médios sugere que diferentes pacientes podem responder melhor a diferentes abordagens, ou

que as terapias podem alcançar resultados semelhantes através de mecanismos distintos. Isto aponta para a importância da investigação sobre moderadores de tratamento – características do paciente (p. ex., estilo de personalidade, complexidade psicológica, preferência de tratamento) que preveem uma resposta diferencial às terapias. O objetivo final é a personalização da psicoterapia, movendo-se de uma abordagem "tamanho único" para uma prescrição terapêutica informada e individualizada.

## 5. PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA FOCADA NO PÂNICO (PFPP): UM MODELO MANUALIZADO E BASEADO EM EVIDÊNCIAS

A Psicoterapia Psicodinâmica Focada no Pânico (PFPP) representa um marco no campo da psicoterapia psicodinâmica. Desenvolvida por Barbara Milrod, Fredric Busch e colegas, é um tratamento breve, manualizado e especificamente concebido para o transtorno de pânico (Milrod et al., 1997). A sua criação foi uma resposta direta à necessidade de operacionalizar os princípios psicodinâmicos de uma forma que permitisse o seu estudo rigoroso através de ensaios clínicos randomizados (ECRs), alinhando a abordagem com os padrões da medicina baseada em evidências (Milrod et al., 2007).

### 5.1. A Formulação Psicodinâmica Específica para o Transtorno de Pânico (Busch, Milrod e Colegas)

A PFPP baseia-se numa formulação psicodinâmica específica que articula como vulnerabilidades neurofisiológicas e experiências de desenvolvimento interagem para criar uma predisposição psicológica ao transtorno de pânico

(Busch et al., 2012). Esta formulação, desenvolvida a partir da teoria psicanalítica e de observações clínicas sistemáticas, identifica um conjunto de conflitos intrapsíquicos nucleares que são comuns em pacientes com TP (Busch et al., 2012).

Os conflitos centrais frequentemente envolvem três temas interligados:

- **Separação e Autonomia:** Muitos pacientes com TP têm histórias de desenvolvimento em que os esforços normais em direção à independência e autonomia foram experienciados como perigosos. Isto pode dever-se a cuidadores que eram eles próprios ansiosos, superprotetores ou que reagiam à autonomia da criança com rejeição ou fragilidade. Como resultado, o paciente desenvolve um conflito em que o desejo de autonomia se associa inconscientemente ao medo da separação e da perda simbólica da figura de apego (Busch et al., 2012).
- **Raiva:** Os pacientes com TP têm frequentemente dificuldades em reconhecer e expressar sentimentos de raiva. A raiva é inconscientemente temida devido a fantasias de que a sua expressão poderia ser destrutiva, danificar ou aniquilar relações essenciais. Este medo pode levar ao uso de mecanismos de defesa como a negação ("eu nunca sinto raiva") ou a formação reativa (ser excessivamente amável e complacente) para manter a raiva fora da consciência (Busch et al., 2012).
- **Culpa:** A culpa pode surgir de desejos e fantasias agressivas inconscientes dirigidas a figuras de apego. A fantasia de ferir ou destruir

um ente querido pode gerar uma culpa intolerável, que é subsequentemente defendida (Busch et al., 2012).

Neste modelo, o ataque de pânico é entendido como o resultado do colapso das defesas habituais contra estes sentimentos e conflitos. Uma situação de vida (p. ex., um novo relacionamento, uma mudança de emprego, o nascimento de um filho) pode ativar estes conflitos inconscientes sobre autonomia, raiva ou separação. Quando as defesas falham em conter os afetos associados, o ego é inundado por uma angústia avassaladora, que se manifesta nos sintomas somáticos e cognitivos de um ataque de pânico (Busch et al., 2012).

## 5.2. Estrutura e Fases do Tratamento: Da Exploração do Significado dos Sintomas à Resolução dos Conflitos Nucleares

A PFPP é um tratamento estruturado, tipicamente administrado em 24 sessões, duas vezes por semana, ao longo de 12 semanas (Milrod et al., 1997). O manual de tratamento delineia três fases distintas, embora a progressão possa variar entre os pacientes (Milrod et al., 1997):

1. Fase Inicial (Identificar o significado dos sintomas de pânico): O foco inicial é a exploração detalhada das circunstâncias, sentimentos, pensamentos e fantasias que rodeiam os ataques de pânico. O terapeuta ajuda o paciente a ir além da descrição superficial dos sintomas para descobrir os significados pessoais e inconscientes associados. Por exemplo, um ataque de pânico que ocorre antes de uma reunião importante pode estar ligado não apenas ao medo do desempenho, mas

a um conflito mais profundo sobre o sucesso e a autonomia. Nesta fase, o terapeuta começa a desenvolver uma formulação psicodinâmica preliminar e partilha-a com o paciente.

2. Fase Intermediária (Identificar os conflitos centrais subjacentes): Com base na formulação inicial, o foco da terapia aprofunda-se na interpretação dos conflitos nucleares (raiva, separação, autonomia, culpa) e dos mecanismos de defesa do paciente. Um aspeto crucial desta fase é a análise de como estes conflitos se manifestam na relação terapêutica (transferência). O paciente pode, por exemplo, temer discordar do terapeuta por medo de que a sua "raiva" possa danificar a relação, reencenando um padrão aprendido na infância. A exploração destes padrões in vivo é um poderoso motor de mudança.

3. Fase de Término: O final pré-determinado do tratamento serve como um catalisador terapêutico. A iminência da separação do terapeuta ativa naturalmente os medos e conflitos do paciente sobre separação e perda. Esta fase permite que estes temas sejam articulados, compreendidos e elaborados na transferência. Ao trabalhar estes sentimentos no contexto de um final de tratamento seguro e planeado, o paciente aumenta a sua capacidade de gerir a separação, a raiva e a culpa de forma mais adaptativa e autónoma, consolidando os ganhos terapêuticos.

5.3. Análise Crítica dos Ensaios Clínicos Randomizados da PFPP e Seu Status nas Diretrizes Clínicas

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

A PFPP foi submetida a vários estudos de eficácia, desde ensaios abertos piloto (e.g., Milrod et al., 2000) a ECRs. Um ECR inicial demonstrou que a PFPP era significativamente mais eficaz do que uma terapia de relaxamento aplicada (ART), um controle ativo credível, na redução dos sintomas de pânico (Milrod et al., 2007). Este estudo foi fundamental para estabelecer a PFPP como um tratamento com eficácia demonstrada.

O estudo mais ambicioso até à data foi um ensaio multicêntrico de grande escala conduzido por Milrod et al. (2016), que comparou a PFPP, a TCC e a ART em dois locais diferentes. Os resultados deste estudo foram complexos e reveladores. Num dos locais, não foram encontradas diferenças significativas na eficácia entre os três tratamentos. No outro local, no entanto, tanto a TCC como a ART demonstraram resultados significativamente melhores no final do tratamento em comparação com a PFPP. A análise global indicou que a TCC foi consistentemente eficaz em ambos os locais, enquanto a eficácia da PFPP foi menos consistente (Milrod et al., 2016).

Estes resultados mistos levaram a um posicionamento cauteloso da PFPP nas diretrizes clínicas. A Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder da American Psychiatric Association (APA) recomenda a TCC como tratamento inicial de escolha. A PFPP é listada como um tratamento de segunda linha ou uma opção a ser considerada se o paciente expressar uma preferência por uma terapia de orientação psicodinâmica, com a ressalva de que a sua base de investigação é mais limitada do que a da TCC (American Psychiatric Association, 2009; Milrod et al., 2016).

A manualização da PFPP foi um passo crucial que permitiu que os complexos conceitos psicodinâmicos fossem operacionalizados, ensinados de forma fiável e testados rigorosamente, respondendo ao desafio da "medicina baseada em evidências" (Milrod et al., 2007). No entanto, os resultados inconsistentes do estudo de Milrod et al. (2016) não devem ser interpretados como uma falha do modelo, mas como um dado científico importante. Eles sugerem que a PFPP pode ser mais sensível a variáveis do terapeuta (p. ex., nível de formação, adesão ao modelo, habilidade interpessoal) e/ou do paciente do que a TCC. A TCC, sendo mais estruturada e focada em competências, pode ser mais "robusta" e mais fácil de implementar de forma consistente. A PFPP, que depende fortemente da exploração subtil da relação transferencial, pode exigir um nível mais elevado de perícia do terapeuta para ser eficaz. A implicação clínica e de investigação é que o treino e a supervisão em PFPP são absolutamente críticos para a sua implementação eficaz, e a seleção de pacientes para quem esta abordagem é mais adequada pode ser um fator chave para otimizar os resultados.

## 6. DISCUSSÃO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

A análise da teoria, dos mecanismos de mudança e das evidências empíricas da psicoterapia psicodinâmica para os transtornos de pânico e ansiedade revela uma abordagem terapêutica robusta, teoricamente sofisticada e, crucialmente, com uma eficácia validada. A integração destes achados permite delinear o lugar da PDT no panorama terapêutico contemporâneo, identificar os pacientes que mais podem beneficiar desta abordagem e apontar direções para futuras investigações.



## 6.1. Síntese das Evidências: o Lugar da Terapia Psicodinâmica no Arsenal Terapêutico para a Ansiedade

A evidência acumulada de meta-análises e ECRs apoia de forma convincente a eficácia da PDT no tratamento dos transtornos de ansiedade. Meta-análises como a de Keefe et al. (2014) demonstram que a PDT é significativamente superior às condições de controle e, mais importante, que a sua eficácia é equivalente à de tratamentos de primeira linha, como a TCC. A noção de que a PDT carece de suporte empírico é um equívoco que não se alinha com os dados científicos disponíveis nas últimas duas décadas (Shedler, 2010).

Com base nestas evidências, a PDT deve ser considerada uma opção de tratamento válida e baseada em evidências para pacientes com transtornos de ansiedade. A sua marginalização em algumas diretrizes de tratamento e sistemas de saúde parece refletir mais um viés histórico e uma disseminação seletiva da investigação do que uma avaliação objetiva dos dados atuais (Shedler, 2010). A prática clínica informada por evidências exige que os clínicos e os pacientes tenham acesso a toda a gama de tratamentos eficazes. Portanto, a PDT deve ser oferecida como uma opção de primeira linha para pacientes que a prefiram, ou como uma alternativa valiosa para aqueles que não respondem ou respondem apenas parcialmente a outras modalidades, como a TCC ou a farmacoterapia.

## 6.2. Fatores Moderadores do Tratamento: para Quem a Abordagem Psicodinâmica é Mais Indicada?

A constatação de eficácia média equivalente entre a PDT e a TCC desloca o foco da questão "qual é a melhor terapia?" para "qual é a melhor terapia para este paciente específico?". A prática clínica informada por evidências não consiste em aplicar rigidamente o tratamento com o maior tamanho de efeito médio a todos os pacientes, mas em usar a totalidade da evidência para tomar uma decisão colaborativa e individualizada.

A PDT pode ser particularmente benéfica para certos perfis de pacientes:

- **Pacientes com Comorbilidades de Personalidade:** A PDT, com o seu foco em padrões de personalidade e dificuldades interpessoais de longa data, está bem equipada para lidar com a complexidade de pacientes que apresentam transtornos de ansiedade comórbidos com transtornos de personalidade (Leichsenring & Rabung, 2008).
- **Pacientes com Dificuldades Interpessoais Crônicas:** Para indivíduos cujos sintomas de ansiedade estão intrinsecamente ligados a padrões recorrentes e problemáticos nos seus relacionamentos, o foco da PDT na transferência e nas relações objetais oferece um caminho direto para abordar a raiz do seu sofrimento.
- **Pacientes com Capacidade de Insight Psicológico:** Pacientes que são curiosos sobre a sua vida interior, que estão motivados para compreender os significados mais profundos dos seus sintomas e que têm capacidade para a auto-reflexão podem encontrar na PDT uma abordagem particularmente gratificante e eficaz.

- Pacientes com Resposta Insatisfatória a Outros Tratamentos: Para o número significativo de pacientes que não obtêm remissão completa com tratamentos focados nos sintomas, como a TCC ou a medicação, a PDT oferece uma abordagem alternativa que aborda os conflitos subjacentes que podem estar a manter os sintomas.
- Preferência do Paciente: Como reconhecido pelas diretrizes da APA para o TP, a preferência do paciente é um fator crucial que influencia a aliança terapêutica, a adesão e, em última análise, o resultado do tratamento (Milrod et al., 2016; American Psychiatric Association, 2009). Oferecer a PDT como uma escolha informada respeita a autonomia do paciente e aumenta a probabilidade de sucesso.

Um clínico que avalia um paciente cujo pânico está claramente ligado a um padrão de evitação de situações específicas pode concluir que a exposição da TCC é a intervenção mais direta e apropriada. No entanto, para outro paciente cujo pânico parece surgir "do nada", mas está entrelaçado com dificuldades crônicas em relacionamentos íntimos e uma sensação difusa de raiva reprimida, a exploração dos conflitos subjacentes na PDT pode ser a abordagem mais transformadora (Busch et al., 2012).

### 6.3. Desafios e Direções Futuras para a Pesquisa em Psicoterapia Psicodinâmica

Apesar dos avanços significativos, a investigação em PDT enfrenta desafios e oportunidades para o futuro.

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

- ECRs de Longo Prazo: São necessários mais ECRs de alta qualidade, especialmente estudos com períodos de seguimento longos (2 anos ou mais), para testar empiricamente a hipótese de "melhoria contínua" e a durabilidade superior dos ganhos da PDT.
- Investigação dos Mecanismos de Mudança: A investigação deve ir além das questões de "se funciona" para "como funciona". Estudos de processo-resultado, que utilizam análises sofisticadas para ligar intervenções específicas do terapeuta (p. ex., interpretações transferenciais, exploração de defesas) a resultados intermédios e finais do paciente, são essenciais para validar os mecanismos de mudança propostos pela teoria.
- Investigação de Moderadores: Como mencionado, a identificação de preditores e moderadores de resultado é uma prioridade. A investigação futura deve examinar sistematicamente como características do paciente (p. ex., estilos de apego, organização da personalidade, mecanismos de defesa) interagem com a PDT e a TCC para produzir resultados diferentes.
- Adaptação e Disseminação: É necessário continuar a desenvolver e testar adaptações da PDT para diferentes populações e formatos de prestação de cuidados. A investigação sobre a psicoterapia psicodinâmica online, por exemplo, já mostrou resultados promissores (e.g., Gold et al., 2021), o que pode aumentar significativamente o acesso a este tratamento.

A marginalização da PDT nos sistemas de saúde e nos programas de formação cria um ciclo vicioso: se os terapeutas não são treinados em PDT, não a podem oferecer; se não é oferecida, os pacientes não a podem escolher, e os investigadores têm dificuldade em recrutá-la para estudos (Milrod et al., 2007). A forte evidência de eficácia agora disponível deve ser usada para defender a reintegração da formação em PDT nos currículos de psicologia clínica e psiquiatria e para garantir o seu reembolso pelos sistemas de saúde. Esta não é uma questão de preferência teórica, mas uma questão de equidade no acesso do paciente a toda a gama de tratamentos baseados em evidências disponíveis.

## 7. CONCLUSÃO

A ansiedade e o pânico são fenômenos clínicos complexos, cujas raízes se estendem profundamente na história de desenvolvimento do indivíduo, nos seus padrões de apego e nos seus conflitos intrapsíquicos. A psicoterapia psicodinâmica, com a sua ênfase na exploração do significado inconsciente, na relação terapêutica e na resolução de conflitos nucleares, oferece uma abordagem poderosa e abrangente para o tratamento destas condições. Longe de ser uma relíquia histórica, a PDT contemporânea é uma abordagem vibrante, teoricamente rica e, de forma crucial, empiricamente validada. O desenvolvimento de modelos de tratamento manualizados, como a Psicoterapia Psicodinâmica Focada no Pânico (PFPP), demonstra que os seus princípios podem ser operacionalizados, ensinados e rigorosamente testados, respondendo aos mais altos padrões da investigação científica atual.

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

As evidências provenientes de múltiplas meta-análises e ensaios clínicos randomizados são claras: a psicoterapia psicodinâmica é um tratamento eficaz para os transtornos de ansiedade. A sua eficácia é comparável à de outras modalidades de ponta, como a terapia cognitivo-comportamental. Além disso, a PDT distingue-se pela notável durabilidade dos seus efeitos, com evidências que sugerem que os pacientes não só mantêm os seus ganhos, como continuam a melhorar após o término do tratamento. Estes achados estabelecem firmemente a psicoterapia psicodinâmica como uma ferramenta indispensável e baseada em evidências na prática clínica contemporânea, oferecendo esperança e um caminho para uma mudança profunda e duradoura para muitos pacientes que sofrem de transtornos de ansiedade e pânico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2009). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder (2nd ed.).

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183–192.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss, Vol. 1: Attachment. Attachment and Loss. New York: Basic Books.

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

Busch, F. N., Milrod, B. L., Singer, M. B., & Aronson, A. C. (2012). Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy-extended range. Routledge.

Freud, S. (1936). The problem of anxiety. W. W. Norton & Co.

Freud, S. (1996). Inibições, sintomas e ansiedade. In J. Strachey (Ed. e Trans.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 20, pp. 81-171). Imago. (Trabalho original publicado em 1926)

Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V., & Silva de Lima, M. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, (1), CD001848.

Keefe, J. R., McCarthy, K. S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., & Barber, J. P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. Clinical Psychology Review, 34(4), 309–323.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 63(4), 415–424.

Leichsenring, F., & Rabuna, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. JAMA, 300(13), 1551–1565.

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

Milrod, B., Busch, F., Cooper, A., & Shapiro, T. (1997). Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy. American Psychiatric Press.

Milrod, B., Chambless, D. L., Gallop, R., Busch, F. N., Schwalberg, M., McCarthy, K. S., Gross, C., Sharpless, B. A., Leon, A. C., & Barber, J. P. (2016). Psychotherapies for panic disorder: A tale of two sites. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(7), 927–935.

Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., Aronson, A., Singer, M., Turchin, W., Klass, E., & Shear, M. K. (2007). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(2), 265–272.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109.

Visão geral dos transtornos de ansiedade - MSD Manuals, acessado em outubro 19, 2025, <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/ansiedade-e-transtornos-relacionados-a-estressores/vis%C3%A3o-geral-dos-transtornos-de-ansiedade>

Diretriz de Transtorno de Pânico: Diagnóstico – AMB | Ligas - Sanarmed, acessado em outubro 19, 2025, <https://sanarmed.com/diretriz-de-transtorno-de-panico-diagnostico-amb-ligas/>

Ataques e transtorno de pânico - Transtornos psiquiátricos ..., acessado em outubro 19, 2025, <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/ataques-e-transtorno-de-panico>



# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

[psiqui%C3%A1tricos/ansiedade-e-transtornos-relacionados-a-estressores/ataques-e-transtorno-de-p%C3%A2nico](#)

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO, acessado em outubro 19, 2025, <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/download/2134/2376/5009>

Transtorno de ansiedade generalizada - Sintomas, diagnóstico e tratamento | BMJ Best Practice, acessado em outubro 19, 2025, <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/120>

Psicoterapia É Eficaz Onde a Medicação Falha, Estudo Descobre | Mad In Brasil, acessado em outubro 19, 2025, <https://madinbrasil.org/2020/11/psicoterapia-e-eficaz-onde-a-medicacao-falha-estudo-descobre/>

Psicoterapia psicodinâmica – Wikipédia, a enciclopédia livre, acessado em outubro 19, 2025, [https://pt.wikipedia.org/wiki/Psicoterapia\\_psicodin%C3%A2mica](https://pt.wikipedia.org/wiki/Psicoterapia_psicodin%C3%A2mica)

Psicoterapia psicodinâmica com o paciente borderline: abordagens ..., acessado em outubro 19, 2025, <https://quadernsdepsicologia.cat/article/view/v27-n2-petry-donelli-ramires/2154-epub-pt>

Different approaches to psychotherapy - American Psychological Association, acessado em outubro 19, 2025, <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/approaches>

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy for Panic Disorder | Health.mil, acessado em outubro 19, 2025, <https://health.mil/Reference-Center/Publications/2021/04/26/PHCoE-Panic-Focused-Psychodynamic-Psychotherapy-for-Panic-Disorder-508>

Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy for ... - Health.mil, acessado em outubro 19, 2025, <https://health.mil/Reference-Center/Publications/2024/03/27/Panic-Focused-Psychodynamic-Psychotherapy-for-Panic-Disorder-2024-508>

The cure in psychoanalysis: organics and subjective effects of an analysis A cura em psicanálise - BAHIANA Journals, acessado em outubro 19, 2025, <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/3809/4500>

A ANGÚSTIA NA LITERATURA FREUDIANA - UMA REVISÃO DO SEU PERCURSO HISTÓRICO Belo Horizonte 2010, acessado em outubro 19, 2025, <https://repositorio.ufmg.br/bitstreams/b21d2cf8-37e7-447f-8bf3-9343103f1bbf/download>

FIGURAS DA REPRESENTAÇÃO NA EMERGÊNCIA DA PRIMEIRA ..., acessado em outubro 19, 2025, [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-17092010-143910/publico/campos\\_me.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-17092010-143910/publico/campos_me.pdf)

A FUNÇÃO DA ANGÚSTIA SEGUNDO FREUD, acessado em outubro 19, 2025, [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12897/1/2004\\_art\\_lcalourenco.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12897/1/2004_art_lcalourenco.pdf)

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

Inibição, sintoma e medo? Algumas notas sobre a Angst na psicanálise - scielo.br, acessado em outubro 19, 2025, <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/m3HkFdRLTYnzQLZngps4xbg/?lang=pt>

O REAL DA CIÊNCIA E O REAL DA PSICANÁLISE Rio de Janeiro Fevereiro/2013 - PPGTP, acessado em outubro 19, 2025, <https://teopsic.psicologia.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/06/FabianaMendesElementos-Pos-textuais-TESE-4-FEVEREIRO-2013.docx-PDF.pdf>

Fabício da Costa Trotta O afeto entre a psicanálise e as neurociências Tese de Doutorado - ppg psicologia puc-rio, acessado em outubro 19, 2025, [https://ppg.psi.puc-rio.br/uploads/uploads/1969-12-31/2015\\_016a7844a463d304625334bfe7b39a80.pdf](https://ppg.psi.puc-rio.br/uploads/uploads/1969-12-31/2015_016a7844a463d304625334bfe7b39a80.pdf)

O que é teoria do apego - Psicanálise Clínica, acessado em outubro 19, 2025, <https://www.psicanaliseclinica.com/teoria-do-apego-2/>

O que se traz para a vida e o que a vida nos traz ... - SciELO Brasil, acessado em outubro 19, 2025, <https://www.scielo.br/j/prc/a/JffJDjVq388FxKPqTw93Skq/>

Teoria do Apego: conceitos básicos e implicações para a psicoterapia de orientação analítica - RBPsicoterapia, acessado em outubro 19, 2025, <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v18n3a01.pdf>

APEGO E ANSIEDADE NA VIDA ADULTA ATTACHMENT AND ANXIETY IN ADULthood Resumo, acessado em outubro 19, 2025,

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstreams/6e61f0b4-454d-4068-b706-9836c64fd6c7/download>

Teoria do Apego na Velhice: Revisão Integrativa de Literatura Attachment Theory in Old Age - Revista PsicoFAE, acessado em outubro 19, 2025, <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/download/372/240>

Tcc Versao 4 Atualizado | PDF | Teoria do Apego | Psicologia - Scribd, acessado em outubro 19, 2025, <https://pt.scribd.com/document/932596551/Tcc-Versao-4-Atualizado>

Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy | PDF | Anxiety Disorder - Scribd, acessado em outubro 19, 2025, <https://www.scribd.com/document/325158035/Panic-Focused-Psychodynamic-Psychotherapy>

(PDF) Psychodynamic Treatment of Panic Disorder - ResearchGate, acessado em outubro 19, 2025, [https://www.researchgate.net/publication/226545810\\_Psychodynamic\\_Treatn](https://www.researchgate.net/publication/226545810_Psychodynamic_Treatn)

The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy - American Psychological Association, acessado em outubro 19, 2025, <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-65-2-98.pdf>

O QUE DIFERENCIA A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ..., acessado em outubro 19, 2025, <https://www.focotcc.com/post/o-que-diferencia-a-terapia-cognitivo-comportamental-tcc>

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

Psicanálise vs. TCC? : r/therapists - Reddit, acessado em outubro 19, 2025, [https://www.reddit.com/r/therapists/comments/1agm01o/psychoanalysis\\_vs\\_c\\_tl=pt-br](https://www.reddit.com/r/therapists/comments/1agm01o/psychoanalysis_vs_c_tl=pt-br)

Opções de Terapia para Saúde Mental: Técnicas e Acessibilidade, acessado em outubro 19, 2025, <https://universotdah.com.br/mental-health-therapy-options-exploring-effective-techniques-accessibility-and-support-systems/>

Evidências da eficácia de psicoterapias psicodinâmicas - Revista Cult - UOL, acessado em outubro 19, 2025, <https://revistacult.uol.com.br/home/eficacia-psicoterapias/>

The efficacy of psychodynamic psychotherapy - PubMed, acessado em outubro 19, 2025, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20141265/>

A Study Demonstrating Efficacy of a Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder: Implications for Psychoanalytic Research, Theory, and Practice - ResearchGate, acessado em outubro 19, 2025, [https://www.researchgate.net/publication/24185715\\_A\\_Study\\_Demonstrating](https://www.researchgate.net/publication/24185715_A_Study_Demonstrating)

(PDF) The Efficacy of Psychotherapy: Focus on Psychodynamic Psychotherapy as an Example - ResearchGate, acessado em outubro 19, 2025, [https://www.researchgate.net/publication/265559787\\_The\\_Efficacy\\_of\\_Psycl](https://www.researchgate.net/publication/265559787_The_Efficacy_of_Psycl)

A meta-analytic review of psychodynamic therapies for ... - Jack Keefe, acessado em outubro 19, 2025, <http://jack-keefe.com/Papers/AnxMetaAn.pdf>

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA - Unifasc, acessado em outubro 19, 2025, <https://unifasc.edu.br/wp-content/uploads/2025/02/25-ARTIGO-PSICOLOGIA-EFICACIA-DA-TERAPIA-COGNITIVO-COMPORTAMENTAL-NO-TRATAMENTO-DO-TRANSTORNO-DE-ANSIEDADE-GENERALIZADA.pdf>

Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ..., acessado em outubro 19, 2025, [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872017000100008](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872017000100008)

Psychological therapies for generalised anxiety disorder - PubMed, acessado em outubro 19, 2025, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17253466/>

Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis - PubMed, acessado em outubro 19, 2025, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25932596/>

Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy - American Psychiatric Association Publishing, acessado em outubro 19, 2025, <https://www.appi.org/Products/Anxiety-Disorders/Manual-of-Panic-Focused-Psychodynamic-Psychotherap>

Open Trial of Psychodynamic Psychotherapy for Panic Disorder: A Pilot Study, acessado em outubro 19, 2025, [https://www.researchgate.net/publication/12267413\\_Open\\_Trial\\_of\\_Psychod](https://www.researchgate.net/publication/12267413_Open_Trial_of_Psychod)

Avaliação do progresso e resultado na psicoterapia psicodinâmica on-line em pacientes com sintomas de ansiedade - Pepsic, acessado em outubro 19,

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

2025, <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v35n2/0103-5665-pc-35-2-0385.pdf>

A Psychodynamic Perspective on a Systematic Review of Online Psychotherapy for Adults, acessado em outubro 19, 2025, [https://www.researchgate.net/publication/292209679\\_A\\_Psychodynamic\\_Perspective\\_on\\_a\\_Systematic\\_Review\\_of\\_Online\\_Psychotherapy\\_for\\_Adults](https://www.researchgate.net/publication/292209679_A_Psychodynamic_Perspective_on_a_Systematic_Review_of_Online_Psychotherapy_for_Adults)

<sup>1</sup> Doutor em Psicanálise pela Emil Brunner World University, e-mail: [psicanalise@marcoassis.net.br](mailto:psicanalise@marcoassis.net.br)