## **AUTOMONITORAMENTO DOS ATAQUES DO PÂNICO**

CRASKE, M. G.; BARLOW, D. H. Transtorno de Pânico e Agorafobia. Em: BARLOW, D. H. Manual dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo (5ªed.). Artes Médicas do Sul: 2016.

Os pensamentos, as emoções, as sensações e os comportamentos são interligados, e na maioria das vezes se manifestam após situações ativadoras (gatilhos). Tente identificar esses elementos para que se possa entender o funcionamento do seu ataque de pânico:

|  |
| --- |
| **REGISTRO 1** |
| **Data, dia e hora** |  | **Situação ativadora** |  | [ ]  **Esperado** | [ ]  **Inesperado** |
| **Medo mínimo** | **Medo leve** | **Medo moderado** | **Medo forte** | **Medo extremo** |
| **01** | **02** | **03** | **04** | **05** | **06** | **07** | **08** | **09** | **10** |
| Marque todos os sintomas que estiveram presentes, até mesmo em nível leve: |
| [ ]  Dor ou desconforto no peito | [ ]  Falta de ar | [ ]  Coração acelerado | [ ]  Agitação/tremor | [ ]  Formigamento/dormência |
| [ ]  Sentimento de sufocamento | [ ]  Arrepios/fogachos | [ ]  Suor facial e/ou palmar | [ ]  Desconforto abdominal | [ ]  Tontura/vertigem/desmaio |
| [ ]  Medo de perder o controle | [ ]  Medo de enlouquecer | [ ]  Medo de morrer | [ ]  Sentimentos de irrealidade | [ ]  Sentimentos de “fora do eu” |
| **Pensamentos** |  |
| **Comportamentos** |  |

|  |
| --- |
| **REGISTRO 2** |
| **Data, dia e hora** |  | **Situação ativadora** |  | [ ]  **Esperado** | [ ]  **Inesperado** |
| **Medo mínimo** | **Medo leve** | **Medo moderado** | **Medo forte** | **Medo extremo** |
| **01** | **02** | **03** | **04** | **05** | **06** | **07** | **08** | **09** | **10** |
| Marque todos os sintomas que estiveram presentes, até mesmo em nível leve: |
| [ ]  Dor ou desconforto no peito | [ ]  Falta de ar | [ ]  Coração acelerado | [ ]  Agitação/tremor | [ ]  Formigamento/dormência |
| [ ]  Sentimento de sufocamento | [ ]  Arrepios/fogachos | [ ]  Suor facial e/ou palmar | [ ]  Desconforto abdominal | [ ]  Tontura/vertigem/desmaio |
| [ ]  Medo de perder o controle | [ ]  Medo de enlouquecer | [ ]  Medo de morrer | [ ]  Sentimentos de irrealidade | [ ]  Sentimentos de “fora do eu” |
| **Pensamentos** |  |
| **Comportamentos** |  |

|  |
| --- |
| **REGISTRO 3** |
| **Data, dia e hora** |  | **Situação ativadora** |  | [ ]  **Esperado** | [ ]  **Inesperado** |
| **Medo mínimo** | **Medo leve** | **Medo moderado** | **Medo forte** | **Medo extremo** |
| **01** | **02** | **03** | **04** | **05** | **06** | **07** | **08** | **09** | **10** |
| Marque todos os sintomas que estiveram presentes, até mesmo em nível leve: |
| [ ]  Dor ou desconforto no peito | [ ]  Falta de ar | [ ]  Coração acelerado | [ ]  Agitação/tremor | [ ]  Formigamento/dormência |
| [ ]  Sentimento de sufocamento | [ ]  Arrepios/fogachos | [ ]  Suor facial e/ou palmar | [ ]  Desconforto abdominal | [ ]  Tontura/vertigem/desmaio |
| [ ]  Medo de perder o controle | [ ]  Medo de enlouquecer | [ ]  Medo de morrer | [ ]  Sentimentos de irrealidade | [ ]  Sentimentos de “fora do eu” |
| **Pensamentos** |  |
| **Comportamentos** |  |