

**UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA DE TÉCNICAS COGNITIVAS E
COMPORTAMENTAIS UTILIZADAS NO TRANSTORNO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA, TRANSTORNO DE PÂNICO E FOBIA SOCIAL**

Kátia Figueiredo Faria

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em
Psicologia Clínica Terminalidade em Terapia Cognitiva e Comportamental, sob
orientação da Prof^ª. Fernanda Machado Lopes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, dezembro/2011

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao meu marido, meu porto seguro, amigo inigualável que mesmo sem entender muito bem a importância deste trabalho, me incentivou a ir à busca dos meus sonhos. Aos meus filhos e familiares, que se mostraram sempre preocupados e torcendo por mim.

A minha orientadora, Fernanda M. Lopes, que gentilmente aceitou ser minha supervisora, pela sua paciência e pelas correções realizadas sempre de forma tão assertiva. E principalmente por acreditar em mim.

Muito Obrigada!

Kátia Figueiredo Faria

“Até mesmo o esperar por um novo prazer
Não seja amesquinhado em crítica mordaz
Ardente inspiração em meu peito, a sofrer
Com tantas amarguras dum viver sem paz,
E quando a noite chega, ainda estou ansioso,
Com angústia a estender-me em meu áspero
leito. Mesmo aí nenhuma paz jamais posso
obter”.

(Goethe, Sofrimentos do jovem Werther).

SUMÁRIO

Resumo.....	5
Abstract.....	6
Capítulo I	
Introdução	7
1. Terapia cognitivo-Comportamental	9
2. Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).....	10
2.1 Terapia Cognitivo-Comportamental no TAG.....	11
2.2 Técnicas Cognitivas e Comportamentais no Tratamento do TAG.....	12
3. Transtorno do Pânico (TP).....	19
3.1 Terapia Cognitivo-Comportamental no TP.....	20
3.2 Técnicas Cognitivas e Comportamentais no Tratamento do TP.....	21
4. Fobia Social (FS).....	23
4.1 Terapia Cognitivo-Comportamental na FS.....	24
4.2 Técnicas Cognitivas e Comportamentais no Tratamento da FS.....	25
Capítulo II	
Conclusão.....	26
Referências.....	28

Resumo

Introdução: Os transtornos de ansiedade estão diretamente relacionados com a incapacidade de controlar o medo e a dificuldade em regular emoções negativas. As técnicas utilizadas pela Terapia cognitivo-comportamental permitem tanto a extinção do medo condicionado quanto a regulação cognitiva de emoções. **Objetivo:** O objetivo desta revisão é descrever técnicas eficazes utilizadas no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico (TP) e Fobia Social (FS). **Método:** Foram pesquisadas as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Índex Psi* TCCs, *PePsic*, e livros sobre o assunto. **Conclusão:** Os estudos avaliados confirmam que as técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas no tratamento destes transtornos são eficazes.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, fobia social.

Abstract

Introduction: Anxiety disorders are involved with the inability to control fear and difficulty in regulating negative emotions. The techniques used by Cognitive Behavioral Therapy (CBT) allow both the extinction of conditioned fear as the cognitive regulation of emotions. **Objective:** The objective of this review is to describe effective techniques used in the treatment of generalized anxiety disorder (GAD), panic disorder (PD) and social anxiety disorder (SAD). **Method:** It was researched the databases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Index Psi TCCs, PepsiCo, and books on the subject. **Conclusion:** The studies reviewed confirm that cognitive behavioral techniques used in the treatment of these disorders are effective.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, generalized anxiety disorder, panic disorder, social anxiety disorder.

Capítulo I

Introdução

A ansiedade pode ser definida como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. Pode ainda ser descrita como um sentimento caracterizado por desconforto ou tensão derivado da antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho (Castilho, 2000). Entretanto, a percepção do perigo e a consciência de nossa própria vulnerabilidade podem ajudar a sobreviver desde a pequena infância. Quando a pessoa nasce em um lar perigoso, é capaz de reconhecer o perigo ou seus primeiros sinais de aviso que foram críticos a sua sobrevivência emocional e talvez física (Greenberger & Padesky, 1999). Sendo assim, não seria benéfico não ter ansiedade, pois a pessoa ficaria tão tranqüila que não tomaria medidas para se defender dos perigos da vida cotidiana.

Em nível fisiológico, a ansiedade e o medo aumentam a produção de certos hormônios e substâncias como adrenalina, que fazem animais e humanos fugirem ou lutarem contra situações adversas (Lipp, 2004). Porém, no ser humano em particular, os fatores cognitivos adquirem grande importância, devido à intervenção de sistemas de símbolos socialmente codificados, de natureza verbal ou não verbal. Portanto, as causas de ansiedade estão situadas em plano mais abstrato e complexo, nos quais predominam fatores sócio-culturais (Angelotti, 2007).

Por outro lado, existe um número cada vez maior de pessoas vivendo situações repletas de aflições, de exigências e de pressões constantes. Essas situações adversas ou desagradáveis causam um desequilíbrio interno no organismo que culminam com uma resposta biológica e comportamental ao fator estressante (Scarpato, 2001). Dessa forma, atribui-se ao estresse uma grande responsabilidade pelo surgimento do transtorno de ansiedade (Margis, 2003). Assim, devido ao estresse, o desenvolvimento de um transtorno, seja ele emocional ou orgânico (psicossomático), está diretamente relacionado à frequência e duração das situações que o sujeito avalia como estressoras para si, e não, exatamente, da magnitude do evento de vida propriamente dito (objetivamente considerado). Além disso, para que os eventos de vida estressores causem o surgimento de sintomas de Depressão ou Ansiedade, deve haver uma predisposição genética para lidar de forma inadequada com esses eventos (Margis,

2003). Ou seja, acontecimentos vividos ou circunstâncias ambientais podem provocar estresse, mas se esse estresse provocará ou não a Ansiedade Patológica seria outra questão.

Para que a ansiedade se manifeste patologicamente, é necessário que ela seja polarizada entre estado e traço. O estado de ansiedade é a qualidade de estar ansioso no momento atual, em um momento particular provavelmente provocado por uma circunstância. Já o traço ansioso, torna-se uma tendência, algo que ocorre durante um longo tempo ou talvez durante toda a vida. Uma pessoa que tenha uma reação inadequada extrema, ou de longa duração a um determinado acontecimento, provavelmente pode estar sofrendo algum tipo de distúrbio de ansiedade (Spielberger, 1994).

Os transtornos de ansiedade são considerados um dos principais problemas de saúde mental dos brasileiros e estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população, tanto entre crianças quanto em adultos, com prevalência estimada durante o período de vida de 9% e 15% respectivamente (Anderson, 1987; Bernstein, 1996). Contudo, menos de 30% dos indivíduos que sofrem deles procuram tratamento. No Brasil observa-se acentuada carência de dados epidemiológicos sobre o perfil de morbidade psiquiátrica geral na população, dificultando o planejamento, a organização e a avaliação da assistência a saúde mental no país (Almeida Filho et al., 1992). Dados do Estudo Multicêntrico Brasileiro de Morbidade Psiquiátrica (EMB) realizado em três áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre), utilizando os critérios diagnósticos do DSM-III, constataram as seguintes estimativas de prevalência para transtornos de ansiedade: 12,1% para Brasília, 6,9% para São Paulo e 5,4% para Porto Alegre. Os achados desse estudo ainda mostraram que a ansiedade generalizada e as fobias constituem os principais problemas de saúde mental da população brasileira, com prevalências globais variando de 8% a 18% (Almeida Filho et al., 1992; Almeida Filho et al., 1997).

Ansiedade é provavelmente a disfunção emocional que mais aflige a qualidade de vida humana. Dentre os principais sintomas que constituem estes transtornos destacam-se a possibilidade da ansiedade gerar confusões ou distorções da percepção, modificando o significado de acontecimentos vivenciados; e interferência com processos de atenção, prejudicando aprendizado e memória. Os sintomas característicos do transtorno de ansiedade podem acontecer nos níveis consciente, comportamental e fisiológico. Dentre os sintomas conscientes destacam-se o sentimento de

hipervigilância, insônia, perda de concentração, ansiedade propriamente dita e sensações de apreensão. São características comportamentais da ansiedade: tremores musculares, reação de susto a estímulos insignificantes (resposta de sobressalto), inquietação, caracterizada pela movimentação das mãos, pés ou qualquer outra parte do corpo, bem como andar de um lado para outro. Sintomas fisiológicos podem se apresentar através de intensa palpitação, náuseas, sensação de vazio no estômago e sudorese (APA, 2002).

Diferentes modelos teóricos têm sido propostos com objetivo de compreender a origem patológica da ansiedade. No entanto, não existem ainda teorias suficientemente sólidas capazes de explicar apropriadamente a etiologia destes transtornos. No que diz respeito a tratamento, o modelo cognitivo-comportamental utiliza intervenções que possibilitam questionamentos internos, através dos quais o indivíduo avaliará se está reagindo em excesso ou não aos perigos e ameaças. Essa possibilidade de desenvolver recursos e habilidades abrirá novos e criativos caminhos de resposta a perigos e ameaças (Greenberger & Padesky, 1999). Considerando o grande número de pessoas que busca psicoterapia com diagnóstico de algum transtorno de ansiedade e a eficácia da abordagem cognitivo-comportamental no tratamento dos mesmos (Beck, 2005; Beck, 2007; Foa, 2006), este trabalho tem como objetivo realizar uma breve revisão bibliográfica das técnicas cognitivas e comportamentais mais eficazes no tratamento de três transtornos de ansiedade: Ansiedade generalizada (TAG), Transtorno do Pânico (TP) e o Transtorno de Ansiedade Social (TAS).

1. Terapia cognitivo-Comportamental

Estudos mostram que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem modelos de tratamento em vários transtornos mentais com índices elevados de eficácia (Beck, 2005; Beck, 2007; Foa, 2006), entre eles os Transtornos Ansiosos. Esta terapia oferece uma perspectiva interessante de tratamento, uma vez que qualquer intervenção está vinculada a um suporte de pesquisa experimental e empírico (Raedt, 2006). Integra técnicas e conceitos vindos de duas principais abordagens, a cognitiva e a comportamental. Seu trabalho é focalizado sobre os fatores cognitivos da psicopatologia sendo uma das primeiras a reconhecer a influência do pensamento sobre o afeto, o comportamento, a biologia e o ambiente. Tem como objetivo descrever a natureza de conceitos que, quando envolvidos em um processo psicopatológico, são ativados de

forma mal adaptativa ou disfuncional, e fornecer estratégias capazes de corrigir esses conceitos idiossincráticos (Bahls & Navolar, 2004).

2. Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é um dos mais freqüentes transtornos mentais, com taxas de comorbidade acima de 50% (Linden et al., 2005; Kessler et al., 2001; Dyck et al., 2001). Segundo o DSM-IV-TR, o TAG é caracterizado por uma imensa e incontrolável preocupação e ansiedade, recorrente nos últimos seis meses (APA, 2002).

O TAG começa cedo na vida adulta, é observado um pouco mais comumente em mulheres e é habitualmente crônico. Embora esse transtorno seja bastante comum, é observado com maior freqüência na prática médica geral do que na prática psiquiátrica. Os pacientes com TAG tipicamente experimentam uma preocupação persistente de gravidade variável ao longo do tempo que costuma levá-los ao clínico geral em busca de ajuda (Shinohara & Nardi, 2001). A continuidade de busca por atendimento ao longo do tempo é crítica para o reconhecimento e o tratamento desse transtorno. Assim como a maioria dos transtornos mentais, a causa do TAG não é conhecida. Afeta um grupo heterogêneo de pessoas, sendo que provavelmente fatores biológicos e psicossociais atuam em conjunto.

Além disso, os pacientes com TAG têm alta taxa de co-morbidade com depressão maior, e o TAG é o transtorno que mais se aproxima do conceito clássico de neurose de ansiedade. Este conceito mais amplo da chamada síndrome neurótica geral, considera que existem uma ansiedade e uma preocupação persistentes que estão associadas com as características de personalidade inibida ou dependente, podendo ocorrer na ausência de acontecimentos maiores da vida. Dentro desse constructo teórico, pode haver uma mudança no diagnóstico primário ao longo do tempo. Isto é, o paciente pode experimentar crises de depressão ou de outros transtornos psiquiátricos superpostos sobre um padrão crônico de ansiedade, medo ou preocupação (Tyrer et al. 1992).

Os indivíduos com TAG na maioria das vezes não são capazes de identificar suas preocupações como “excessivas”, relatando sofrimento subjetivo decorrente da constante preocupação. Têm ainda dificuldade em controlar a preocupação, ou experimentam prejuízos em outras áreas de seu funcionamento social e/ou ocupacional (Tyrer et al., 1992). A preocupação pode inibir o processamento emocional da situação temida, impedindo que ocorra a habituação, e pode funcionar como reforçador negativo,

já que estaria servindo ao objetivo de diminuir a reação fisiológica associada à emoção negativa e distraído de pensamentos ainda mais ansiogênicos. Assim, mais pensamentos do tipo “e se...” são produzidos, dando continuidade à preocupação (Borkovec & Hu, 1990; Borkovec e Inz, 1990). Essa preocupação constante dos indivíduos com TAG caracteriza-se por uma tendência a interpretar as situações ambíguas como ameaçadoras, a estimar de forma elevada o risco e a considerar as situações ambíguas como negativas (Vassey & Borkovec, 1992). Pelo fato dos indivíduos com TAG terem como característica uma ansiedade intensa e uma preocupação incontrolável, dois aspectos relevantes devem ser considerados na intervenção terapêutica: as preocupações excessivas e incontroláveis e a hiperexcitabilidade persistente (Kapczynski & Margis, 2004; Dugas & Ladouceur, 2007).

Diferentes técnicas cognitivas e comportamentais têm sido desenvolvidas visando o tratamento dos sistemas de resposta cognitivo e fisiológico dos indivíduos com TAG (Knapp *et al.*, 2004). Apesar de terem sido obtidos bons resultados com terapia comportamental, relaxamento aplicado e biofeedback, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a que tem se mostrado mais eficaz para o tratamento do TAG (Borkovec & Ruscio, 2001; De Rubeis & Crits-Christoph, 1998), sendo superior quando comparada a grupos de controle, como lista de espera (Butler *et al.*, 1991; Ladouceur *et al.*, 2000) e placebo (Chambless & Gillis, 1993). Este tipo de terapia também associada a uma menor probabilidade de recidiva (Howard, 1999), com manutenção dos ganhos por até doze meses (Ladouceur *et al.*, 2000; Chambless & Gillis, 1993; Borkovec & Costello, 1993) e baixos índices de abandono (Borkovec & Ruscio, 2001).

2.1 Terapia Cognitivo-Comportamental no TAG

A TCC tem se mostrado efetiva para o tratamento de TAG, surge como alternativa ao uso de medicamentos, utilizando-se de técnicas que auxiliam a lidar com os sintomas (Borkovec & Ruscio, 2001). Há vários modelos teóricos inferidos para o TAG, assim como vários protocolos cognitivo-comportamentais propostos para o seu tratamento. Não há evidências significativas da superioridade de um tratamento, pois tanto a abordagem psicossocial quanto a farmacológica mostram-se efetivas para o tratamento de TAG. Contudo, a TCC permanece sendo um tratamento efetivo e uma valiosa alternativa às intervenções farmacológicas, já que é mais tolerada pelos

pacientes por não possuir efeitos colaterais, além de apresentar significativo custo-benefício (Mitte, 2007).

No tratamento do TAG, a reestruturação cognitiva é foco constante do trabalho conjunto do terapeuta e do paciente. Tem como objetivo ajudar o paciente a identificar os pensamentos disfuncionais e considerar outros pensamentos mais assertivos como alternativa. A identificação e o questionamento possibilitam que pensamentos relacionados à ansiedade exagerada sejam desaprendidos e crenças mais realistas e exatas sejam consideradas. A contestação das crenças ansiogênicas envolve, entre outros aspectos: considerar os pensamentos como hipóteses que, baseadas em evidências, podem ser confirmadas ou não; basear-se nas evidências para examinar a validade da crença; e gerar previsões possíveis do evento a partir da análise da situação (Knapp, 2008). Como ferramenta de trabalho, diferentes técnicas cognitivas e comportamentais têm sido desenvolvidas visando o tratamento dos sistemas de resposta cognitivo e fisiológico dos indivíduos com TAG.

2.2 Técnicas Cognitivas e Comportamentais no Tratamento do TAG

A seguir serão descritas as principais técnicas utilizadas para trabalhar Reestruturação Cognitiva, Manejo da Ansiedade e Preocupação Excessiva. Tais técnicas podem ser utilizadas também para outros objetivos, mas o neste capítulo é o tratamento do TAG.

As principais técnicas utilizadas para trabalhar a **Reestruturação Cognitiva** são:

Descoberta guiada e questionamento Socrático: Tem o objetivo de guiar o paciente em um questionamento consciente que permitirá que este tenha um *insight* sobre seu pensamento distorcido. Todo o questionamento deve basear-se em dados objetivos (Beck et al., 1997). Um exemplo de questionamento socrático para o pensamento “Sinto que não sou boa mãe, pois gritei com meu filho quando ele estava se comportando bem” poderia ser: “O que é mesmo ser uma boa mãe? Dessas características, enumeradas por você do que é ser boa mãe, quais você possui? Quem você considera uma boa mãe? Por que (essa mãe) é considerada uma boa mãe? O que uma boa mãe faz após ter gritado com o filho e se sentido mal com isso? O que você acha que estava sentindo antes de gritar com seu filho? O que você acha que estava pensando antes de gritar com seu filho? As habilidades que uma pessoa necessita para ser uma boa mãe nascem com ela, ou a pessoa pode aprender a ser uma boa mãe?”

Estas perguntas guiariam a paciente à descoberta de evidências que comprovariam se o pensamento era verdadeiro (Davis, 1996).

Registro de pensamento Disfuncional (RPD): É usado para auxiliar a rastrear os pensamentos que foram ativados pela situação estimuladora a que geraram a emoção e o comportamento subsequentes. Este exercício pode capacitar os pacientes a descobrir, esclarecer e alterar os significados que atribuíram a eventos perturbadores e compor uma resposta alternativa ou racional.

O paciente deve ser orientado à:

I. Desenhar três colunas em uma folha de papel e escrever em cada uma delas “situação”, “pensamentos automáticos” e “emoções”.

II. Depois pedir que ele se lembre de uma situação recente (ou uma lembrança de um evento) que pareceu mexer com suas emoções, como ansiedade, raiva, tristeza, tensão física ou alegria.

III. Pedir que tentasse se imaginar estando de volta na situação, exatamente como aconteceu.

IV. Perguntar quais foram os pensamentos automáticos que ocorreram na situação relatada. Orientar o paciente a escrever na folha a situação, os pensamentos automáticos e as emoções nas colunas do registro de pensamento disfuncionais (Knapp, 2008).

Descatastrofização: Tem como estratégia ajudar o paciente a testar a realidade de suas crenças. É focada em uma das distorções cognitivas do paciente, no caso dos ansiosos a possibilidade de uma catástrofe iminente. A descatastrofização pode ser aplicada através de Análise Lógica, na qual o enfrentamento da situação se dá através do resgate de experiências passadas positivas; do Teste de Hipóteses, no qual o paciente é encorajado a escrever as predições catastróficas, que podem ser testadas na sessão inicialmente ou nas situações reais de maneira assistida; ou de Projeção do tempo, na qual o paciente pode se projetar no futuro e imaginar a situação meses ou anos depois. Um exemplo de descatastrofização através de Projeção no tempo seria, na situação um aluno com alto nível de ansiedade ter sido chamado na escola, o terapeuta questionar: “Se for péssima a sua performance, qual será a consequência para a sua vida daqui a 15 ou menos 10 anos?”, “Qual a pior coisa que poderia acontecer? Seria assim tão ruim?”. (Dattilio & Freeman, 1998).

As principais técnicas utilizadas para trabalhar **Manejo da Ansiedade** são:

Treinamento em relaxamento: O relaxamento tem o objetivo de aliviar os sintomas ligados ao componente fisiológico da ansiedade, visando à interrupção da

associação aprendida entre hiperexcitabilidade autonômica e preocupação (Knapp, 2008).

Existem diferentes métodos/técnicas para o relaxamento, como:

a) **Respiração diafragmática:** visa estimular o sistema nervoso autônomo parassimpático para propiciar uma sensação de relaxamento. Deve-se explicar como proceder à respiração, sobretudo diferenciando-a da respiração torácica. O terapeuta deve posicionar uma de suas mãos na sua região torácica e outra na região diafragmática e solicitar que o paciente faça o mesmo para que possa perceber melhor os diferentes movimentos envolvendo os dois tipos de respiração. Deve-se solicitar que o paciente pratique esta modalidade de relaxamento diariamente e em situações que caracterize como ansiogênicas (Knapp, 2008).

b) **Relaxamento Muscular Progressivo (RMP):** consiste basicamente em provocar contração e relaxamento sucessivo de grandes grupos musculares. É importante que o paciente aprenda a identificar as sensações de tensão e relaxamento muscular, sobretudo para perceber precocemente situações de tensão muscular. Num primeiro momento paciente deve aprender a tensionar e a relaxar separadamente os grupos musculares, o que inclui mão e antebraço direito, mão e antebraço esquerdos, braço direito e braço esquerdo, parte superior e inferior da face, pescoço, peito, ombros, dorso, abdome, coxa direita e coxa esquerda, perna direita e perna esquerda, pé direito e pé esquerdo. Assim, após ser provocada essa contração muscular, é feito um relaxamento súbito da musculatura. Depois que o paciente adquiriu boa prática nesta técnica, pode-se reduzir, gradativamente, os grupos musculares utilizados no exercício, para oito e após quatro grupos. É importante que o terapeuta esteja familiarizado com as áreas corporais problemáticas do paciente, para que possa adaptar o exercício com quatro grupos musculares e focalizar as áreas problemáticas (Knapp, 2008).

c) **Imaginar-se numa situação confortável ou Visualização:** objetiva proporcionar ao paciente bem estar através da imaginação, com pensamentos positivos. As visualizações ou as impressões sensoriais mentais conscientemente criadas podem treinar o corpo, permitindo que ele relaxe e ignore o estresse (Davis, 1996).

d) **Meditação:** utilizada com o objetivo de alcançar o bem estar físico e mental. Cientificamente comprovado que se bem aplicada é possível neutralizar os efeitos fisiológicos do estresse. Necessita de um ambiente relativamente tranquilo, um mecanismo mental que proporcione um estímulo constante, uma posição confortável e

uma atitude passiva. O treino consiste em aceitar os pensamentos para adquirir habilidade para abandoná-los (Davis, 1996).

Higiene do sono: Como hiper-excitabilidade e pensamentos ruminativos são características do TAG, pessoas com este transtorno podem ter dificuldade com o sono (Lealy, 2004). Em relação à higiene do sono, os pacientes serão aconselhados a realizar exercícios físicos exclusivamente durante a manhã ou nas primeiras horas da tarde; comer uma refeição leve acompanhada de ingestão de água limitada durante o jantar; evitar a nicotina, o álcool e as bebidas que contenham cafeína (café, chá, infusão de erva-mate, bebidas "cola" e inclusive o guaraná); providenciar que a cama, o colchão e a temperatura do quarto sejam agradáveis; regularizar a hora de deitar e levantar; utilizar o quarto somente para dormir; e manter a atividade sexual.

Manejo do tempo: Tem como objetivo desenvolver no paciente a habilidade de manejar o tempo e estabelecer prioridades, como forma de reduzir a ansiedade diária e ainda possibilitar um aumento da sensação de domínio em relação ao seu dia-a-dia e seus compromissos. Pode-se desenvolver com o paciente uma “lista de fixação de metas” (Brown, O’Leary, Barlow, 1999), a qual possibilita que atividades do dia sejam planejadas e que, associado a cada compromisso, seja colocado algum indicador do nível de importância e urgência da sua realização.

As principais técnicas utilizadas para trabalhar **Preocupação Excessiva** são:

Prevenção do Comportamento Preocupado: Visa intervir com a prevenção sistemática de respostas que funcionalmente estejam ligadas à preocupação. Isto pode ser feito solicitando que o paciente faça uma lista dos seus comportamentos preocupados mais comuns; automonitorize e registre a frequência com que o comportamento ocorre na semana; evite ter comportamento do tipo preocupado. Em seguida deve-se avaliar com o paciente o que ele acredita que possa ocorrer com a prevenção da resposta. Após a realização do exercício, compara-se o ocorrido com as previsões sugeridas pelo cliente (Knapp, 2008).

Designar um tempo para preocupar-se: Está técnica visa ajudar o paciente a reduzir a associação entre preocupação e indicativos de ansiedade e, assim, diminuir a intensidade e a frequência da resposta de preocupação, propiciando ao paciente o desenvolvimento de um senso de controle quanto a sua preocupação. Para a realização deste exercício, pode-se solicitar ao paciente que escolha algum momento do dia para se preocupar, propondo que seja um intervalo de 30 minutos e que esse período ocorra todos os dias no mesmo local e horário, não podendo estar associado a relaxamento ou

trabalho. Assim, em todos os outros lugares e horários, o indivíduo deve postergar a sua preocupação para o horário estabelecido.

Desenvolver narrativas e imagens positivas: Esta técnica consiste em desenvolver imagens e narrativas positivas, pois estes indivíduos muitas vezes criam suas previsões catastróficas, preocupando-se e contando a si mesmos como as coisas podem ir mal no futuro. Após o desenvolvimento desta narrativa, pergunta-se ao cliente sobre como cada passo daquela solução seria executada (Lealy, 2004).

Revisar o manejo de eventos negativos passados: Esta técnica visa melhorar a auto-eficácia dos clientes, usando, para isso, evidências passadas onde foram capazes de manejar seus problemas de maneira satisfatória. Com a lembrança de tais situações o cliente ficará mais confiante para iniciar suas estratégias de enfrentamento.

Distinguir Preocupações Produtivas e Não produtivas: O objetivo da terapia não é eliminar toda preocupação da vida do cliente, mas sim, ajudá-lo a distinguir aquelas preocupações racionais e produtivas, daquelas improdutivas. Em geral, preocupações produtivas levam a ações que podem solucionar o problema imaginado, enquanto as improdutivas, não levam a uma ação (Lealy, 2004).

Máquina do Tempo: Colocar os problemas em perspectivas pode ajudar a diminuir a intensidade da emoção negativa. Voltar ao passado, numa situação realmente muito boa, experimentar prazer com as lembranças, em seguida, projetar no futuro (uma semana, um mês, um ano, etc.) ajudam a que o cliente tenha uma medida mais confiável para avaliar a situação que vive. Esta técnica é válida para preocupações relativas à avaliação de outras pessoas. Pergunta-se ao cliente o que as pessoas envolvidas na situação vivida estarão fazendo daqui a um mês, um ano etc. (Lealy, 2004).

Negação dos Problemas: O objetivo desta técnica é tornar mais realista a interpretação dos problemas enfrentados pelos clientes. Como alguns tendem a catastrofizar ou percebê-los como insuperáveis, eles são instruídos a usar a seguinte frase para combater seus pensamentos automáticos: “Isto não é um problema por que...” (Lealy, 2004).

Praticar a aceitação: Lealy (2003) destaca que diariamente aceitamos eventos desagradáveis que nos acontecem, por exemplo: dias de chuva, preços altos etc. Ao invés de controlar, sentir-se inconsolável em relação a estas situações, em geral, aceitamos tais eventos. Sugere que pessoas com TAG passem a aceitar alguns problemas. Aceitar refere-se a observar sem julgar. Simplesmente descrever o que

acontece, sem prever, interpretar os acontecimentos. Quando lidamos com aceitação, a ansiedade tende a diminuir.

Explorar o passado e relacionamentos atuais: Os clientes são questionados sobre o relacionamento com amigos importantes, familiares, colegas de trabalho etc. É comum que estes percebam a influência de seus comportamentos, aprendidos há muito tempo, com os problemas enfrentados atualmente. Depois de algumas sessões (1 ou 2) o terapeuta com bastante informação sobre relacionamentos desta pessoa irá explorar com mais profundidade uma determinada relação que pareça mais importante no momento. Deve-se ter atenção para que o indivíduo descreva a relação com as outras pessoas e não a outra pessoa em si. Esta técnica pode auxiliar que o cliente perceba como seu próprio comportamento pode contribuir para que não perceba aquilo que espera das pessoas com que se relaciona e, ainda, como estes podem ser a causa de uma série de problemas interpessoais (Lealy, 2004).

Treino de Habilidades Sociais: Pessoas com TAG muitas vezes interpretam as situações interpessoais que vivem de maneira dicotômica. Podem acreditar, por exemplo, que ou brigam com a pessoa envolvida em determinado problema ou ficam caladas e deixam a situação como está. Exercícios de dramatização são eficazes, pois permitem que a pessoa treine não só o que fala especificamente, como também como fala em determinada ocasião. Treino de assertividade e empatia são comumente necessários. Ampliando suas habilidades para lidar com situações conflituosas ou mais delicadas, a ansiedade dessas pessoas tende a diminuir (Lealy, 2004; Newman et al., 2004).

Utilizar a relação terapêutica como fonte de mudança: Durante o tratamento os clientes tendem a repetir com o terapeuta alguns comportamentos problemáticos que ocorrem fora das sessões. Alguns deles são: evitar falar sobre os sentimentos, usar sarcasmo, comportamentos passivo-agressivo, ironia etc. Nestes casos pode ser útil expressar os próprios sentimentos aos clientes, trabalhar a reação do mesmo a isto, fazer associações do comportamento observado na sessão com comportamentos passados e presentes na vida do cliente (Lealy, 2004).

Facilitar o aprofundamento emocional: O terapeuta deve estar atento a marcadores de emocionalidade durante as sessões. Alguns deles são: mudança no tom da voz, sinais de choro, maior rapidez ou lentidão no ritmo da fala em determinada ocasião. Nestes momentos os clientes são encorajados a manter aquela emoção e permitirem-se experimentar aquelas emoções desagradáveis. Em alguns momentos os

clientes podem demonstrar também outros marcadores importantes como conflitos internos, sentimentos mal resolvidos e dificuldade em reconhecer emoções. Discutir a validade de processar e demonstrar sentimentos para outras pessoas é um importante recurso para tornar os procedimentos mais efetivos. Isto porque clientes com TAG tendem a evitar processamento emocional ou demonstrar sentimentos que os tornem mais vulneráveis em relação à avaliação de outras pessoas. Fortalecer a idéias que as emoções podem fornecer importantes informações do que seja importante para uma pessoa, apesar de serem desagradáveis em muitos momentos. Assim, estimulá-los a vivenciar suas emoções fora da terapia também (Lealy, 2004).

Exposição à Preocupação: A técnica de exposição à preocupação está baseada em estudos que demonstram o papel da preocupação na manutenção no TAG (Borkovec & Hu, 1990; Borkovec & Inz, 1990). Para efetuar esta exposição, faz-se uma hierarquia das preocupações do cliente: das mais difíceis até as mais fáceis. Escolhe-se um tema menos ansiogênico e pede-se que o cliente descreva o pior que pode acontecer naquela situação. Após a criação da cena, o cliente deve imaginá-la repetidas vezes até gerar habituação, tomando o cuidado para não emitir nenhuma resposta de enfretamento ou fuga durante a tarefa.

A aplicação de técnicas para o tratamento para o TAG merece algumas ressalvas. Sabe-se que estes pacientes têm uma grande probabilidade de apresentarem comorbidades, sendo uma das mais frequentes a Depressão Maior. Oferecer alívio para estes sintomas inicialmente pode ser fundamental para que haja adesão ao tratamento. Pessoas com TAG podem ainda focalizar suas queixas em determinados sintomas específicos do quadro, como insônia, tensão muscular, preocupação excessiva, irritabilidade e apresentá-los em diferentes níveis de intensidade, o que requer uma maior flexibilidade do terapeuta para privilegiar determinado estágio do tratamento (Pereira, 2005).

Além das técnicas apresentadas, uma atenção especial deve ser dada aos problemas interpessoais dos clientes, visto que pesquisas têm sugerido que este pode ser um importante componente para manutenção do transtorno (Newman, Castonguay, Borkovec, & Molnar, 2004).

3. Transtorno de Pânico (TP)

O Transtorno do Pânico (TP) é uma doença de curso crônico, que pode afetar 3,5% da população ao longo da vida (Kessler et al., 1994; Marshall, 1997). Caracteriza-se pela presença de ataques súbitos de ansiedade, acompanhados de sintomas físicos e afetivos, do medo de ter um novo ataque e da evitação de locais e situações nas quais já ocorreram os ataques de pânico (APA, 2002). Em comparação a outros transtornos de ansiedade, o início do TP é freqüentemente tardio, ocorrendo ao final da década dos 20 anos, em média (Marshall, 1997; Roy-Byrne et al., 1999). Afeta duas a três vezes mais as mulheres do que os homens (Kessler et al., 2006). Está associado a um alto custo social, uma vez que os pacientes com TP apresentam produtividade reduzida, e utilizam freqüentemente os serviços públicos de saúde, tais como pronto atendimentos, consultas e exames médicos (Roy-Byrne et al.; 1999). Os pacientes relatam freqüentemente o início do TP após um período de estresse (Manfro et al.; 1996). Evidências sugerem que o TP no adulto está associado a uma história familiar e pessoal com algum transtorno ansioso. A associação destes fatores (estresse e história familiar) contribuem para o aumento da ansiedade, facilitando o desencadeamento do primeiro ataque (Barlow, 2001).

O TP se caracteriza por ataques de pânico recorrentes. Os sintomas mais comuns apresentados são: palpitação, dispnéia, medo de ficar louco ou perder o controle, dor no peito, desrealização, despersonalização, arrepios, sensação de desmaio e tremor. Apresenta sempre início súbito e tem duração de 10 a 30 minutos em média (APA, 2002). Uma das mais notáveis características da descrição de pacientes com pânico é a proeminência de sintomas físicos, as queixas estão relacionadas a ter um novo ataque de pânico, com sintomas associados à respiração, ao coração, ao trato gastrointestinal e aos “nervos”. O diagnóstico é baseado em três síndromes clínicas: pânico, a ansiedade antecipatória e a esquiva fóbica (Nardi, 2005).

Além dos ataques de pânico recorrentes, outra característica necessária para o diagnóstico do TP é o surgimento de preocupação sobre as implicações do ataque de pânico. A preocupação persistente em ter novos ataques é o que chamamos de ansiedade antecipatória, levando o paciente a um estado crônico de ansiedade, com aumento da atenção sobre sensações somáticas, apreensão e hiperatividade (Klein, 1987; Nardi, 2005). Ansiedade antecipatória, por sua vez, provoca no paciente o comportamento de esquiva fóbica (Klein, 1987; Nutt, 2010). Esta ocorre como uma terceira fase do TP, em que o paciente, com medo de ter uma nova crise, passa a evitar situações e locais onde

um ataque ocorreu no passado, ou seja, provável de ocorrer no futuro (Nutt, 2010). Assim, evita passar por situações em que seja difícil escapar ou obter ajuda, caso uma nova crise ocorra. Este sintoma é conhecido como agorafobia, definida no DSM-IV como “ansiedade em estar em lugares onde obter ajuda pode ser difícil ou constrangedor ou que a ajuda pode não estar disponível na eventualidade de um ataque de pânico” (APA, 2002). Situações típicas seriam estar longe de casa, em meio a uma multidão, em uma ponte ou em um ônibus ou metrô. Muitas vezes estes pacientes enfrentam melhor estas situações se estiverem acompanhados de alguém conhecido. Frequentemente, a agorafobia está associada a sintomas de ansiedade psíquica, como medo de perder o controle, de enlouquecer ou se envergonhar, de desmaiar ou até mesmo morrer. Desse modo, a agorafobia pode ser totalmente incapacitante, a ponto do indivíduo não trabalhar, viajar ou até mesmo não sair de casa ou nunca conseguir ficar em casa sozinho (APA, 2009).

3.1 Terapia Cognitivo-Comportamental no TP

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) para TP é uma alternativa terapêutica que possui boa resposta de curto e de longo prazo tanto para os sintomas nucleares do pânico quanto para os sintomas residuais e geralmente persistentes de ansiedade antecipatória, evitação fóbica e agorafobia (Gould et al., 1995; Mitte, 2005; Lydiard et al., 1996; Furukawa et al., 2006). Os estudos confirmaram que a TCC pode alterar o curso do TP não só para prevenir recaídas, mas também porque ela prolonga o intervalo entre elas (Otto et al., 2005).

O tratamento breve com TCC (geralmente ao redor de 12 sessões) está associado a altos índices (acima de 75%) de pacientes livres de pânico. A eficácia demonstrada nos estudos sugere que os resultados de TCC são melhores do que a farmacologia de longo prazo: 87% dos pacientes permanecem sem ataques após um ano e 75-81% dois anos após a finalização de TCC breve (Gould, 1995; Otto, 1995).

A TCC no TP é utilizada para eliminar a hipervigilância sobre os sintomas, corrigir interpretações e crenças distorcidas e eliminar a agorafobia. É também associada à melhora nas condições de comorbidade e qualidade de vida (Telch, 1995; Tsao, 2002). A TCC pode ser introduzida em qualquer etapa do tratamento, variando da prevenção primária às intervenções em indivíduos refratários (Otto, 2005). Pode ser iniciada concomitantemente com tratamento medicamentoso (Otto, 2005; Otto, 1995; Heldt et al., 2003), possui boa aceitabilidade pelos pacientes (Lydiard, 1996; Otto,

2005; Hofman, 1998) e demonstra forte eficácia aguda e forte manutenção dos ganhos do tratamento (Gould, 1995; Furukawa, 2006).

3.2. Técnicas Cognitivas e Comportamentais no Tratamento do TP

As principais técnicas para tratar TP são: Reestruturação Cognitiva, Psicoeducação, Técnicas para enfrentamento da ansiedade e Exposição interoceptiva e ao vivo para conduta evitativa.

Reestruturação cognitiva: As intervenções distorcidas e catastróficas das sensações físicas de ansiedade são comuns no TP, assim como as crenças do paciente sobre a desesperança e a incapacidade de administrar a ansiedade e o pânico. Os objetivos da terapia cognitiva são os de reestruturar esses pensamentos catastróficos (técnica já descrita no TAG)

Psicoeducação: A psicoeducação para o TP decompõe a cascata rápida de ansiedade e pânico e fornece um fundamento para as intervenções de tratamento a serem seguidas. A ênfase é dada na definição e na clarificação da fonte dos sintomas de ansiedade e de pânico, introduzindo o papel dos pensamentos na manutenção do medo e da ansiedade, e o papel da evitação e dos comportamentos de fuga na manutenção dos medos e na perpetuação do transtorno. A psicoeducação é executada em sessões iniciais e repetida a qualquer tempo durante o tratamento (Barlow, 1988). É crucial motivar o paciente a realizar os exercícios de exposição que inevitavelmente envolvem o aumento nos níveis de ansiedade. Durante o processo de psicoeducação utilizam-se recursos audiovisuais e material instrucional (manuais), onde a etiologia, prognóstico e os diferentes tratamentos existentes da doença são abordados. Deve-se salientar a importância da compreensão da ansiedade normal e patológica, bem como do papel do medo na gênese e na manutenção da doença.

Técnicas de enfrentamento da Ansiedade: Padrões de respiração impróprios levam à hiperventilação e aos sintomas fisiológicos (tontura, sufocação e taquicardia) que se originam de um aumento significativo na oxigenação sanguínea. A tensão muscular também desempenha um papel no aumento da ansiedade e pode também causar reações físicas, tais como dores e parestesias (Heldt, 2008; Manfro, 2008). Essas sensações são muito similares a um ataque de pânico e podem ser reduzidas pela utilização de técnicas apropriadas como a respiração diafragmática e relaxamento muscular (ambas descritas no capítulo do TAG).

Técnicas de exposição: A exposição interoceptiva objetiva corrigir as interpretações catastróficas dos sintomas físicos sentidos pelos pacientes como parte da ansiedade antecipatória ou de um ataque de pânico. Com a exposição interoceptiva, os pacientes submetem-se a uma exposição gradual para sentirem-se confortáveis com as sensações. Essa exposição é feita por meio da provocação intencional dos sintomas utilizando-se de exercícios físicos. Por exemplo, os sentimentos de tontura poderiam ser induzidos pelo rotar de uma cadeira giratória ou por um minuto de hiperventilação. Além do treinamento direto para sentir-se confortável com essas sensações (em que os pacientes aprendem a vivenciar as sensações como estranhas ou desconfortáveis, mais do que assustadoras), a exposição interoceptiva também permite que os pacientes identifiquem os pensamentos automáticos e as interpretações catastróficas associadas às sensações físicas e corrija-las. Esse tipo de exposição demonstrou ser eficaz na redução dos ataques de pânico (Ito et al., 1995; Ito et al., 2001).

Os exercícios de exposição interoceptiva podem funcionar como uma preparação para a exposição *in vivo* (Manfro, 2008). As intervenções de exposição interoceptiva são tipicamente introduzidas na sessão e completadas em conjunto pelo menos duas vezes pelo terapeuta e pelo paciente, colocando a atenção em ajudar os pacientes a “não fazer nada” para tentar controlar ou minimizar as sensações. A prática em casa dos exercícios é então indicada, com o objetivo de que o paciente “se acostume” com as sensações quando da próxima sessão semanal. Finalmente, pede-se aos pacientes que completem a exposição interoceptiva em sessões em que eles têm medo do pânico, de forma que o conforto com as sensações possa ser aprendido naquele contexto. Essa prática de exposição interoceptiva fora da sessão proporciona uma transição suave útil à exposição *in vivo*.

A exposição *in vivo* é a principal intervenção aplicada para superar a evitação agorafóbica. Para planejar a exposição *in vivo*, o paciente deve fazer uma lista de lugares ou situações que evitou devido aos medos, e também registrar o nível de ansiedade e os pensamentos automáticos que surgem nessas situações (Manfro, 2008). Essa lista deverá ser disposta em uma hierarquia de acordo o nível de dificuldade para enfrentar lugares e situações. Os exercícios de exposição *in vivo* são iniciados por situações consideradas como menos ansiogênicas e que o paciente está disposto a enfrentar. Para ser eficaz, a exposição deve ser prolongada no tempo (permanecer em uma situação dada por aproximadamente o dobro do tempo do que é necessário para sentir-se confortável naquela situação), repetida freqüentemente, e o nível de ansiedade

deve ser sentido durante a tarefa e monitorado tanto pelo paciente como pelo terapeuta. (Powers, 2006)

A dependência dos parentes é um problema muito comum no TP e suas conseqüências são a perda de autonomia pelo paciente, além da interferência no desempenho e auto-estima reduzida. Os parentes podem geralmente envolver-se em algum estágio do tratamento para auxiliar as tarefas de exposição. No entanto, o tratamento deve encorajar os pacientes a irem a lugares aos quais eles não costumam ir sozinhos para restaurar a autonomia perdida (Manfro, 2008).

4 – Fobia Social (FS)

A Fobia Social, também conhecida como Transtorno de Ansiedade Social, é considerada um dos transtornos mentais mais prevalentes na população geral (Kessler et al., 1994; Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler, 1996). É de curso crônico, potencialmente incapacitante e com altas taxas de co-morbidade (Hirschfeld, 1995; Lecrubier, 1998). Em relação à co-morbidade, é consenso que o diagnóstico de fobia social se apresente freqüentemente associado a outros transtornos mentais em até 80% dos casos (Ballenger et al., 1998; Lecrubier & Weiller, 1997; Rapaport, Panizza, & Judd, 1995; Scheneier et al., 1992).

Estudos epidemiológicos populacionais sugerem que o transtorno é mais freqüente em mulheres, em indivíduos de baixo poder aquisitivo e com início precoce, com 50% em torno de 20 anos de idade. O pico de incidência é aos 15 anos. Menos de 25% dos fóbicos sociais recebem tratamento, e a maioria recebe tratamento inadequado (Digemans, 2001). O termo fobia social é usado para a ansiedade intensa em situações sociais e de desempenho, que leva ao sofrimento e perdas de oportunidades (D'el Rey, 2001).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a fobia social é caracterizada por um medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho. A pessoa teme agir de um modo ou mostrar sintomas de ansiedade que lhe sejam humilhantes e embaraçosos, e a exposição à situação social temida provoca uma resposta de ansiedade intensa, que pode chegar a um ataque de pânico. Geralmente evita estas situações ou as suporta com intenso sofrimento. Este transtorno apresenta significativa interferência nas rotinas de trabalho, acadêmicas e sociais e/ou sofrimento acentuado por ter a fobia. O medo social na grande maioria das vezes está associado às situações de desempenho, como falar em público, as interações sociais do dia-a-dia,

como ir a uma festa, uma entrevista de emprego, etc. (Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius & Fredrikson, 2000; Stein, Torgrud & Walker, 2000). Os indivíduos diagnosticados como fóbicos sociais apresentam uma hipersensibilidade a críticas, mantêm uma avaliação negativa a respeito de si mesmo, sentimentos de inferioridade, e apresentam grande dificuldade em serem assertivos (Lamberg, 1998; Stopa & Clark, 1993). O diagnóstico precoce certamente pode prevenir a piora e a deterioração do quadro, com melhora na situação ocupacional do paciente, na qualidade de vida e nas co-morbidades (Magee et al., 1996).

4.1 - A Terapia Cognitivo-Comportamental da FS

A terapia cognitivo-comportamental é considerada por alguns autores a modalidade de tratamento não farmacológica mais estudada no tratamento da fobia social e sua eficácia já foi demonstrada em um grande número de investigações (Del Rey, Fonseca, & Abdallah, 2006; Ito et al., 2008). No tratamento da FS, a TCC é breve, estruturada e orientada ao momento presente, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e comportamentos disfuncionais. É educativa e de natureza focal, prioriza as discussões práticas realizadas nas seções e nas tarefas de casa, uma vez que paciente e terapeuta trabalham de forma colaborativa. Estudos descritos na literatura indicam que 12 a 16 sessões semanais são suficientes para a redução significativa da sintomatologia (Ito et al., 2008).

O objetivo do tratamento é a redução da ansiedade antecipatória; dos sintomas fisiológicos associados; das cognições negativas que mantêm as crenças disfuncionais e a avaliação negativa pelos outros; e da esquiva fóbica, visando à melhora das habilidades sociais (Ito et al., 2008). Para atingir esses objetivos, faz-se necessária uma abordagem integrada, aliando o tratamento farmacológico, sempre que indicado, à terapia. Nos casos de fobia social restrita, a indicação de exposição sistemática isolada tem se mostrado eficaz, tendo menos chances de recaídas. Na fobia social generalizada, casos mais graves com altas taxas de co-morbidade e muito incapacitantes, a combinação de técnicas cognitivas e comportamentais apresenta melhores resultados (Picon, 2003).

4.2 - Técnicas Cognitivas e Comportamentais para o Tratamento da FS

As principais técnicas que vêm sendo pesquisadas são a exposição sistemática, a reestruturação cognitiva, as técnicas de relaxamento, o treino de habilidades sociais e o Treino em tarefa de concentração (Lincoln, Rief, Hahlweg, Frank, Schroeber & Fiegenbaum, 2003).

Reestruturação cognitiva (descrita anteriormente no TAG): Visa ajudar o paciente a identificar os pensamentos automáticos distorcidos, questionar as bases desses pensamentos à luz das evidências reais (via questionamento socrático ou experimentos comportamentais) e construir alternativas menos tendenciosas e padronizadas (Beck, Emery e Greenberg, 1985; Ellis, 1962). Diversos estudos demonstraram que a reestruturação cognitiva é uma técnica eficaz no tratamento da fobia social, principalmente se for aplicada conjuntamente com técnicas de exposição (Lincoln et al., 2003; McManus, Clark, & Hackmann, 2000; Taylor et al., 1997; Turner, Beidel, & Cooley, 1994).

Exposição (descrita anteriormente no TP): Visa expor o paciente às situações ansiogênicas gradativamente por uma hierarquia, criada com o paciente, até que a ansiedade naturalmente comece a diminuir (habituação). Pode ser feita por meio da imaginação ou ao vivo (Wolpe, 1973). Diversos estudos demonstraram a clara eficácia da exposição no tratamento da fobia social (Fava, Grand, Rafanelli, Conti, & Belluard, 2001; Heimberg, Dodge, & Hope, 1990; Lincoln et al., 2003; Newman, Hofmann, Trabert, Roth & Taylor, 1994).

Relaxamento aplicado: (descrita anteriormente no TAG): Visa ajudar o paciente a controlar os sintomas fisiológicos da ansiedade durante os eventos sociais. Ele aprende a detectar os primeiros sinais de tensão muscular para logo assim descontraí-lo, produzindo uma resposta contrária à de ansiedade (Relaxamento Progressivo de Jacobson). Os estudos mostram que as técnicas de relaxamento facilitam a exposição do paciente à situação temida, porém não são eficazes isoladamente no tratamento da fobia social (Jerremalm, Jansson, & Öst, 1986; Otto, 1999).

Treino em habilidades sociais (descrita anteriormente no TAG): Visa ajudar o paciente a adquirir as habilidades sociais necessárias para um bom relacionamento interpessoal por meio de modelação, ensaio comportamental, *feedback* de correção, reforço social e tarefas de casa. Essas habilidades podem ser treinadas durante a exposição (Argyle, Bryant, & Trower, 1974). O uso de técnicas de treinamento de habilidades sociais tem sido recomendado para todos os pacientes com fobia social,

quer manifestem déficits de habilidades sociais quer não, pois este recurso tem se mostrado bastante eficaz em reduzir a ansiedade no confronto interpessoal (Heimberg, Juster, Hope, & Mattia, 1995; Lincoln et al., 2003).

Treino em tarefa de concentração: Visa ajudar o paciente a direcionar sua atenção para a tarefa em execução e não para si mesmo, começando com situações menos ansiogênicas. Com isso, ele diminui sua percepção das alterações que a ansiedade provoca em seu corpo, quebrando o círculo vicioso de aumento de ansiedade que o auto foco provoca.

Capítulo II

Conclusão

A ansiedade é provavelmente a disfunção emocional que mais aflige a qualidade de vida humana, podendo causar grandes prejuízos nas áreas do funcionamento social e ocupacional. Estes prejuízos são conseqüentes dos erros no processamento de informação e da vulnerabilidade cognitiva, os quais associados a fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais, interagem no desenvolvimento dos sintomas. Portanto, as doenças psicossomáticas surgem como conseqüência de processos psicológicos e mentais do indivíduo desajustado das funções somáticas e viscerais e vice-versa. Ou seja, quando a ansiedade toma maiores proporções, tornando-se prolongada e profunda, tornando-se um estado quase constante de preocupação, medo ou tensão, prejudicando o desempenho e/ou trazendo grande sofrimento, a psicoterapia é indicada.

Dentre os diversos modelos disponíveis para tratamento dos transtornos ansiosos, o modelo Cognitivo-Comportamental (TCC) é o mais prevalente e com melhores respostas. O tratamento clínico da Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade consiste basicamente em provocar uma mudança na maneira alterada de perceber e raciocinar sobre o ambiente e especificamente sobre o que causa a ansiedade (terapia cognitiva) e mudanças no comportamento ansioso (terapia comportamental). Esse método pode ter eficácia duradoura sobre os transtornos ansiosos em geral, além do que abrange técnicas que permitem tanto a extinção do medo condicionado quanto a regulação cognitiva de emoções.

As técnicas utilizadas na Terapia cognitivo-comportamental mostram boa eficácia na intervenção clínica, por isso, este trabalho teve como objetivo descrever as técnicas mais utilizadas e eficazes no tratamento de cada transtorno de ansiedade escolhidos. Este estudo não pretendeu realizar uma ampla revisão, mas sim oferecer subsídios para entender os princípios relevantes dessas técnicas e assim poder contribuir com os profissionais

atuantes na clínica. As sugestões apresentadas em cada transtorno são baseadas em pesquisas e relatos da prática de estudiosos da área, e o principal objetivo foi apresentar exemplos de técnicas para que o profissional possa escolher a que melhor se adapte e atenda as necessidades e peculiaridade de seu paciente e das queixas referidas.

Segundo Rangé (2001), a melhor e mais adequada técnica é aquela que atende aos objetivos terapêuticos, que é bem aplicada e que alcança resultados que minimizem o sofrimento do paciente. Assim, a técnica deve ser escolhida após uma avaliação criteriosa, detalhada e bem embasada. O terapeuta não deve simplesmente utilizar os manuais disponíveis na literatura de forma indiscriminada, pois os pacientes são indivíduos únicos e respondem de forma diferente ao tratamento, o que demanda do terapeuta conhecimento, embasamento e discernimento da necessidade de determinada técnica para determinado paciente.

Por outro lado, a existência de pacotes de tratamento padronizados, de fato, é um avanço para o treinamento e aplicação de estratégias de tratamento, e seu uso pode produzir bons resultados em muitos casos. Todavia, a melhor escolha pode ser a adoção de alguns dos elementos presentes nos pacotes de tratamento ou mesmo o uso de estratégias completamente individualizadas. O que irá definir qual o melhor delineamento do tratamento será a avaliação funcional do caso individual, portanto, é a melhor forma de se desenvolver uma boa análise da queixa apresentada e o delineamento adequado das estratégias de tratamento.

As técnicas propostas nesta revisão são exemplos de combinações e possibilidades de uso, mas é necessário habilidade para replicar, modificar, introduzir ou retirar procedimentos conforme a resposta do paciente e suas condições contextuais para seguir o programa. Melhor do que a técnica em si é entender os princípios das mudanças ou o que faz com que uma técnica interventiva funcione para alguns pacientes enquanto que para outros não gere o efeito esperado.

Na revisão sobre técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas no tratamento de ansiedade generalizada, transtorno do pânico e fobia social constatou-se a eficácia das mesmas, bem como a redução da medicação nos tratamentos combinados e em alguns casos a não utilização de medicamentos, com mudanças significativas do quadro sintomatológico.

Referência Bibliográficas

Almeida Filho N., Mari, J., Coutinho, E., França, J. F., Fernandes, J. G., Andreoli, S. B., & Busnello, E. D. (1992). Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL*, 14(3), 93-104.

Almeida Filho N., Mari, J., Coutinho, E., Franca, J. F., Fernandes, J. G., Andreoli, S. B., & Busnello, E. D. (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*, 171, 524-9.

APA American Psychiatric Association. (2002) *DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

APA. American Psychiatric Association. (2009). *Practice guideline for the treatment of patients with Panic Disorder*. American Psychiatric Press, Washington, DC.

Anderson, J. C., Williams S., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 69-76.

Angelotti, G. (2007). *Terapia Cognitivo-Comportamental para os Transtornos de Ansiedade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Argyle, M., Bryant, B. M., & Trower, P. (1974). Social skills training and psychotherapy: A comparative study. *Psychological Medicine*, 4 (2), 435-443.

Bahls, S., & Novalar, A. B. (2004). Terapias Cognitivo-Comportamentais: Conceitos e pressupostos teóricos. *Psico UTP*, 4, 1-11.

Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., & Lecrubier, Y. (1998). Consensus statement on social anxiety disorder from the internacional consensus group on depression and anxiety. *J. Clin. Psychiatry*, 59, 54-60.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.

Barlow, D. H, Gorman, J. M, Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *J Am Med Association*; 283, 2529-36.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F. & Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.

Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives General Psychiatry*, 62, 953-959.

Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed.

Bernstein, G. A., Borchardt C. M., & Perwien A. R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 35, 1110-9.

Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 611-619.

Borkovec, T. D., & Hu, S. (1990). The Effect of Wony on Cardiovascular Response to Phobic Imagery Behavior research and Therapy, 28 (1), 69-73.

Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The Nature of Wony in Generalized Anxiety Disorder: A Predominance of Thought Activity Behavior Research and Therapy, 28 (2), 153-158.

Borkovec, T. D., & Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (11), 37-42.

Brown, T., O'Leary, T. A., & Barlow, D. H. (1999). Transtorno de Ansiedade Generalizada. In: Barlow, R. H. (Org.). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológico*. (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.

Butler, G., Fennel, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.

Castillo, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 20-23.

Chambless, D. L., & Gillis, M. M. (1993). Cognitive Therapy of Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 248-260.

Dattilio, F. M., & Freeman, A. (1998). Introdução à terapia cognitiva. Em Dattilio, F. M & Freeman, A. (org). *Compreendendo a terapia cognitiva*, Editorial Psy, Campinas, 19- 28.

Davis, M., Eshelman, E. R., & Mackay, M. (1996). *Manual de relaxamento e redução do estresse*. São Paulo: Summus.

D'el Rey, G. J. F. (2001). Fobia social: mais do que uma simples timidez. *Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar*, 5 (3), 273-276.

D'el Rey, G. J. F., & Abdallah, H. B. (2006). Intervenções cognitivas comportamentais na fobia social. *O portal dos psicólogos*. Disponível em: Psicologia.com.pt. (Acessado em: 06/10/2011)

DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically Supported Individual and Group Psychological Treatment for Adult Mental Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 37-52.

Digemans, A. E., van Vliet, I. M, Couvee, J., & Westenberg, H. G. (2001). Characteristics of patients with social phobia and their treatment in specialized clinics for anxiety disorders in the Netherlands. *J. Affect Disorder*, 65 (2), 123-9.

Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2007). Análise e Tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada. In: CABALLO, V. E. (cord.) (2007). *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos*. São Paulo: Livraria Santos Editora.

Dyck, I., Phillips, K., Warshaw, M., Dolan, R., She, M., & Stout, R. (2001). Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Journal of the Personal Disorders*, 15, 60-71.

Ellis, A. (1962). Irrational ideas that cause and maintain neuroses. In A. Ellis. *Reason and emotion in psychotherapy*, New York: Stuart, 78-94.

Fava, G. A., Grand, S., Rafanelli, C., Conti, S., & Belluard, P. (2001). Long-term outcome of social phobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31(5), 899-905.

Foa, E. B. (2006). Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (2), 40.

Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, H., Ekselius, L. & Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychological Medicine*, 30 (6), 1335-1344.

Furukawa, T. A, Watanabe, N., Chrchill, R. (2006). Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia. *Br J Psychiatry*, 188, 305-12.

Gould, R. A, Otto, M, W, & Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev.* 15, 819-44.

Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1999). *A Mente Vencendo o Humor*. Porto Alegre: Artmed.

Heimberg, R. G., Dodge, C. S., & Hope, D. A. (1990). Cognitive-behavioral treatment of social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14 (1), 1-23.

Heimberg, R. G., Juster, H. R., Hope, D. A., & Mattia, J. I. (1995). Cognitive-behavioral group treatment: Description, case presentation, and empirical support. In M. B. Stein. *Social phobia: Clinical and research perspectives*. Washington, DC: American Psychiatric.

Heldt, E., Cordioli, A. V., Knijnik, D. Z., & Manfro, G. G. (2008). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para os transtornos de ansiedade. In: Cordioli AV, organizador. *Psicoterapias; abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.

Heldt, E., Manfro, G. G., Kipper, L., Blaya, C., Malts, S., Isolan, L., Hirakaya, V. N., & Otto, M. W. (2003). Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom*. 72 (1), 43-8.

Hirschfeld, R. M. (1995). The impact of health care reform on social phobia. *J. Clin. Psychiatry*, 56 (5), 13-7.

Hofmann, S. G., Barlow, D. H., Papp, L. A., Detweiler, M. F., Ray, S. E., Shear, M. K., Woods, S. W., & Gorman, J. M. (1998). Pretreatment attrition in a comparative treatment outcome study on panic disorder. *Am J Psychiatry*, 155 (1), 43-7.

Howard, R. C. (1999). Treatment of Anxiety Disorder. Does Specialty Training Help? *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, (5), 470-473.

Ito, L. M., De Araújo, L. A., Tess, V. L. C., De Barros-Neto, T., Asbahr, F. R., & Marks, I. M. (2001). Self-Exposure Therapy for Panic Disorder With Agoraphobia. Randomized controlled study of external v. Interoceptive Self-Exposure.

Ito, L. M., Noshirvani, H., Basoglu, M., & Marks, I. M. (1995). Does Exposure to Internal Cues Enhance Exposure to External Cues in Agoraphobia with Panic? A Pilot Control Study of Self-Exposure. *Psych. and Psychosom*, 65, 24-8.

Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall, P. C., & Asbahr, F. R. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30, 96-101.

Jerremalm, A., Jansson, L., & Öst, L. G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24(2), 171-180.

Kapczinski, F., & Margis, R. Transtorno de Ansiedade Generalizada (2004). In: KNAPP, P. (org.). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

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. *Arch Gen Psychiatry*; 63(4):415-24.

Kessler, R. C., Keller M., & Wittchen, H. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 19-39.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.

Klein, D. F., & Gorman, J. M. (1987). A model of panic and agoraphobic development. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, 335, 87-95.

Knapp, P. Princípios da Terapia Cognitiva (2004). In: KNAPP, P.(org.). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, E., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a Cognitive Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation on a Controlled Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (6), 957-964.

Lamberg, L. (1998). Social phobia: Not just another name for shyness. *Journal of American Medical Academy, 280*(8), 685-686

Lealy, R. L. (2003). *Cognitive Therapy Techniques: a Practitioner's Guide*. Nova Iorque: The Guilford Press.

Lealy, R. L. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy. In: Humberg, R. G., Turk, C. L., & Mennin, D. S. *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. Nova Iorque: The Guilford Press.

Lecrubier, Y. (1998). Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management. *J. Clin. Psychiatry, 59*, 33-7.

Lecrubier, Y., & Weiller, E. (1997). Comorbidities in social phobia. *Int. Clin. Psychopharmacology, 12* (6), S17-S21.

Liden, M., Zubaegel, D., Baer, T., Franke, U., & Schlattmann, P. (2005). Efficacy of Cognitive Behaviour Therapy in Generalized Anxiety Disorders Results of a Controlled Clinical Trial (Berlin CBT-GAD Study). *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*, 36-42.

Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., Schroeber, B., & Fiegenbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy, 41*(11), 1251-1269.

Lipp, M. E. N. (2004). *O stress está dentro de você*. São Paulo: Editora Contexto.

Lydiard, R. B., Brawman-Mintzer, O., & Ballenger, J. C. (1996). Recent developments in the psychopharmacology of anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol*, 64 (4), 660-8.

Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996) - Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.

Manfro, G. G., Heldt, E., & Cordioli, A.V. (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. In: Cordioli AV, organizador. *Psicoterapias; abordagens atuais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Manfro, G. G., Otto, M. W., Mcardle, E. T., Worthington, J. J. 3rd, Rosenbaum, J. F., & Pollack, M. H. (1996). Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder. *J Affect Disord*, 41(2):135-9.

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 25 (1).

Marshall, J. R. (1997). Panic disorder: a treatment update. *J. Clin. Psychiatry*. 58, (1), 36-42.

McManus, F., Clark, D. M. & Hackmann, A. (2000). Specificity of cognitive bases in social phobia and their role in recovery. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28 (3), 201-209.

Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord.*, 88 (1), 27-45.

Mitte, K. (2007). Comparando la eficacia de la terapia cognitiva comportamental y la psicofarmacológica en los trastornos de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica ano XVI*, 69-74.

Nardi, A. E. & Valença, A. M. (2005). *Transtorno do pânico. Diagnóstico e Tratamento.*, Rio de Janeiro Guanabara Koogan.

Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., & Molnar, C. (2004). Integrative Psychotherapy. In: Humberg, R. G., Turk, C. L., & Mennin, D. S. *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. Nova Iorque: The Guilford Press.

Newman, M. G., Hofmann, S. G., Trabert, W., Roth, W. & Taylor, S. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behaviour Research and Therapy*, 25 (5), 503-517.

Nutt, D., & Ballenger, J. (2010). Transtornos de ansiedade: Transtorno do pânico e Transtorno de ansiedade social. Rio de Janeiro: *Med Line*.

Otto, M. W. (1999). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Model, methods and outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (9), 14-19.

Otto, M. W., & Deveney, C. (2005). Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *J Clin Psychiatry*, 66 (4), 28-32.

Otto, M. W., & Whittal, M. L. (1995). Cognitive-behavior therapy and longitudinal course of panic disorder. *Psychiatry Clin North*, 18 (4), 803-20.

Pereira, A. L. S. (2005). Construção de um Protocolo de Tratamento para o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Picon, P. (2003). Terapia cognitivo-comportamental do transtorno de ansiedade social. In: Caminha, R. M., & Habigzang, L. F. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais, teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Powers, M. B., Smits, J. A. J., Leyro, T. M., & Otto, M. W. (2006). Translational research perspectives on maximizing the effectiveness of exposure therapy. In:

Richard, D. C. S., & Lauterbach, D. L., *Comprehensive Handbook of Exposure Therapies*. Boston: Academic Press.

Raedt, R. (2006). Does neuroscience hold promise for the further development of behavior therapy? The case of emotional change after exposure in anxiety and depression. *Scandinavian Journal of Psychology* (47), 225-236.

Rangé, B. (2001). *Psicoterapias cognitive-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre, Artmed.

Rapaport, M. H., Paniccia, G., & Judd, L. L. (1995). Advances in the epidemiology and therapy of social phobia: directions for the nineties. *Psychopharmacology Bulletin*, 31 (1), 125-9.

Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Russo, J., Mercier, E., Thomas, R., McQuaid, J., Katon, W. J., Craske, M. G., Bystritsky, A., & Sherbourne, C. D., (1999). Panic disorder in primary care setting: comorbidity, disability, service utilization and treatment. *J. Clin. Psychiatry*, 60 (7), 492-99.

Scarpato, A. T. (2001). O estranho que me habita: a síndrome do pânico numa perspectiva formativa. *Rev Reich Instit Sed Sapientiae*. 10, 50-66.

Schneier, F., Johnson, J., Horning, C., Liebowitz, M., & Weissman, M. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*. 49, 282-88.

Shinohara, H., & Nardi, A. E. (2001). Transtorno de Ansiedade Generalizada. In: Rangé, B. (org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed

Spielberger, C. D., & Biaggio, A. (1994). *Manual do STAXI*. São Paulo, Vetor.

Stein, M. B., Torgrud, L. J., & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes and severity. *Archives of General Psychiatry*, 57(9), 1046-1052.

Stopa, L. & Clark, D. M. (1993). Cognitive process in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31(2), 255-267.

Taylor, S., Woody, S., Koch, W. J., McLean, P., Patterson, R. J. & Anderson, K. W. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia: Efficacy and mode of action. *Behaviour Modification*, 21(4), 487-511.

Telch, M. J., Schmidt, N. B., Jaimez, T. L., Jacquin, K. M., & Harrington, P.J. (1995). Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *J Consult Clin Psychol*, 63 (5), 823-30.

Tsao, J. C., Lewin, M. R., & Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions: replication and extension. *Behav Ther*, 33, 493-509.

Turner, S. M., Beidel, D. & Cooley, M. R. (1994). A multicomponent of behavioral treatment for social phobia: Social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 381-390.

Tyrer, P. J., Sevenright, N., & Ferguson, S. (1992). The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety depression and personality disorders. *Acta Psychiatry Scand*, 85, 201- 206.

Vassey, M. W., & Borkovec, T. D. (1992). A catastrophising assessment of worrisome thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 505-20.

Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy*. 2^a ed., London: Pergamon.