



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**UMA REFLEXÃO CRÍTICA ACERCA DA NOSOGRAFIA DAS
PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE NO DSM-5**

ANA BEATRIZ RAPOSO VASCONCELOS

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR CSONGOR JUHOS

Coordenador do Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR CSONGOR JUHOS

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2015

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Prof. Doutor Csongor Juhos, apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção de grau de Mestre na especialidade
de Psicologia Clínica

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais por me terem proporcionado esta experiência fantástica e por estarem sempre presentes, pelo vosso carinho, apoio, conselhos e compreensão. Por tudo o que fazem por mim, Um Grande Muito Obrigado, estão sempre no meu coração.

Aos meus irmãos, pelos momentos de humor, pelo incentivo, carinho, apoio e disponibilidade constante.

Aos meus avós, por sempre terem acreditado em mim e pelo carinho, amor e apoio que sempre me têm dado em todos os níveis da minha vida.

Agradeço também ao meu namorado, por ser um verdadeiro companheiro, nos piores e nos melhores momentos, agradeço-lhe pelos conselhos, pelo apoio e por encher a minha vida de alegria, amor e entusiasmo para ultrapassar da melhor forma possível, os desafios com que me deparo.

Por fim, mas não por último, ao Orientador do Seminário de Dissertação, Prof. Dr. Csongor Juhos, por todo o apoio e contribuição, pelas sugestões e observações ao longo desta etapa. Muito obrigada por toda a orientação.

“Não desejo suscitar convicções, o que desejo é estimular o pensamento e derrubar preconceitos.”

(Sigmund Freud)

RESUMO

As Perturbações de Ansiedade acarretam uma sobrecarga tanto a nível económico como a nível social. Mais ainda, correspondem ao grupo de perturbações que apresenta uma prevalência mais elevada em Portugal, sendo que, 16.5% da população Portuguesa apresenta Perturbações de Ansiedade.

Desta forma, o problema em estudo prende-se com a necessidade de analisar se desde a introdução do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) em 1952, até à sua mais recente edição, publicada em 2013, nomeadamente, o DSM-5, verifica-se uma crescente diferenciação na nosografia das perturbações, em geral, e das Perturbações de Ansiedade, em particular, e compreender se a multiplicação das mesmas é justificável. Para tal, a ênfase será colocada no DSM-5 e nas semelhanças entre diferentes Perturbações Ansiosas. Também, de forma a aprofundar esta ideia, pretende-se analisar as intervenções psicoterapêuticas no âmbito destas perturbações, para que se possa constatar as semelhanças existentes no tratamento de diferentes categorias de Perturbações Ansiosas.

Em conclusão, foi possível confirmar que, existe de facto uma tendência ao longo dos DSM's em distinguir sintomas e, desta forma, diferenciar e multiplicar perturbações. Constatou-se, também, que as Perturbações de Ansiedade apresentam níveis cada vez mais fracos no que respeita à sua validade discriminante e fiabilidade, e por outro lado, elevada comorbilidade entre si. Mais ainda, são muitas as semelhanças ao nível das características de diagnóstico, desenvolvimento e curso, e factores de risco e de prognóstico, entre as Perturbações de Ansiedade. Por fim, verificaram-se semelhanças nas intervenções psicoterapêuticas, tanto a nível psicofarmacológico, cognitivo-comportamental, como psicodinâmico, para o tratamento de diferentes Perturbações de Ansiedade.

Palavras-chave: Perturbações de Ansiedade, Nosografia, DSM-5, Intervenções Psicoterapêuticas

ABSTRACT

Anxiety Disorders entails a burden in both an economic and social level. Moreover, these correspond to the group of disorders with a higher prevalence in Portugal, where 16.5% of the population presents Anxiety Disorders.

That said, the problema in study concerns the need to analyze if since the introduction of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) in 1952, to its most recent edition, published in 2013, DSM-5, there is a growing differentiation in the nosography of disorders, in general, and Anxiety Disorders, in particular, and understand whether this multiplication of disorders is justified or not. To this end, emphasis will be placed on DSM-5 and the similarities between different Anxiety Disorders. Also, in order to deepen this idea, it is intend to analyze the psychotherapeutic interventions regarding these disorders, so that the similarities in the treatment of different categories of Anxiety Disorders can be observed.

In conclusion, it was possible to confirm that there is indeed a tendency over the DSM's to distinguish symptoms and, thus, differentiate and multiply disorders. It was also found that Anxiety Disorders have increasingly low levels regarding its discriminant validity and reliability, and on the other hand, show high comorbidity among them. Moreover, there are many similarities in terms of diagnostic features, development and course, and risk and prognosis factors among Anxiety Disorders. Finally, there are similarities regarding psychotherapeutic interventions, both in a psychopharmacological, cognitive-behavioral and psychodynamic level, in the treatment of different Anxiety Disorders.

Key-words: Anxiety Disorders, Nosography, DSM-5, Psychotherapeutic Interventions

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	V
ABSTRACT	VI
LISTA DE ABREVIATURAS	IX
I. INTRODUÇÃO	1
II. REVISÃO DE LITERATURA	
2.1. O Diagnóstico na Actualidade	11
2.1.1. Utilidade e Limitações	11
2.1.2. Diferença entre Diagnóstico Psiquiátrico e Formulação Psicodinâmica de Casos	13
2.2. A Evolução do DSM: Do DSM-I ao DSM-5	16
2.3. Validade Discriminante, Fiabilidade e Comorbilidade Diagnóstica no Âmbito das Perturbações de Ansiedade	21
2.4. Perturbações de Ansiedade de acordo com o DSM-5	25
2.5. Características de Diagnóstico; Desenvolvimento e Curso; Factores de Risco e de Prognóstico em:	
2.5.1. Perturbação de Ansiedade de Separação	26
2.5.2. Mutismo Selectivo	27
2.5.3. Fobia Específica	27
2.5.4. Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social)	28
2.5.5. Perturbação de Pânico	29
2.5.6. Especificador do Ataque de Pânico	29
2.5.7. Agorafobia	30

2.5.8. Perturbação de Ansiedade Generalizada	31
2.6. Intervenções Psicoterapêuticas no Âmbito de:	
2.6.1. Perturbação de Ansiedade de Separação	31
2.6.2. Mutismo Selectivo	34
2.6.3. Fobia Específica	37
2.6.4. Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social)	39
2.6.5. Perturbação de Pânico	41
2.6.6. Agorafobia	46
2.6.7. Perturbação de Ansiedade Generalizada	49
2.6.8. Perturbação de Ansiedade Induzida por Substância/Medicamento	51
III. CONCLUSÃO	52
IV. REFERÊNCIAS	64

LISTA DE ABREVIATURAS

APA	Associação Americana de Psiquiatria
ASHPP	Agorafobia Sem História de Perturbação de Pânico
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – Décima Edição
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
DSM-I	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Primeira Edição
DSM-II	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Segunda Edição
DSM-III	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Terceira Edição
DSM-III-R	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Terceira Edição - Revista
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Quarta Edição
DSM-IV-TR	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Quarta Edição – Texto Revisto

DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Quinta Edição
EUA	Estados Unidos da América
FE	Fobia Específica
FS	Fobia Social
IMAO	Inibidores da Monoamina Oxidase
ISRS	Inibidores Selectivos de Recaptação de Serotonina
ISRSN	Inibidores Selectivos de Recaptação de Serotonina e de Noradrenalina
MS	Mutismo Selectivo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAG	Perturbação de Ansiedade Generalizada
PAS	Perturbação de Ansiedade de Separação
PCC	Psicoterapia Cognitivo-Comportamental
PCCG	Psicoterapia Cognitivo-Comportamental em Grupo
PFPP-XR	Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy - eXtended Range
POC	Perturbação Obsessivo-Compulsiva
PP	Perturbação de Pânico

PPD	Psicoterapia Psicodinâmica
PPDB	Psicoterapia Psicodinâmica Breve
PSPT	Perturbação de Stress Pós-Traumático
PCIT	Parent-Child Interaction Therapy
SCID-CV	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica
SNS	Sistema Nacional de Saúde

I. INTRODUÇÃO

Em primeiro lugar é fundamental compreender a origem da ansiedade para que, posteriormente, se possa entender a origem das Perturbações de Ansiedade.

Neste sentido, é importante ter em conta que definir comparativamente os termos “ansiedade” e “angústia” é um problema fundamental para todo o autor de língua românica (Pereira, 1997, cit. por Viana, 2010).

Tanto o vocábulo “angústia” como “ansiedade” derivam do termo grego “agkhô” (αγκη), que significa estrangular, sufocar, oprimir (Viana, 2010).

De acordo com Pichot (1996), deste termo surgem, na língua latina, os verbos “ango” e “anxio”, cujo significado é apertar, constringir fisicamente (cit. por Viana, 2010).

No francês e no português, surgem daí os termos técnicos “angústia” (em francês “angoisse”) e “ansiedade” (“anxiété”). Embora no inglês se encontre tanto o termo “anxiety”, como “anguish”, este último possui quase que exclusivamente um sentido literário, não sendo utilizado como termo técnico (Pereira, 1997, cit. por Viana, 2010).

Henry Ey propôs que se considerassem os termos “angústia” e “ansiedade” como sinónimos, mas privilegiou o uso da palavra “ansiedade” e enfatizou os aspectos orgânicos e comportamentais do fenómeno ansioso (Pereira, 1997, cit. por Simonetti, 2011).

Já a posição adoptada pela psicanálise caracteriza-se por considerar “angústia” e “ansiedade” como sinónimos, mas utiliza predominantemente o termo “angústia”, considerando-o o conceito principal, conceito mais amplo que incluiria a ansiedade no seu interior como um dos seus sintomas (Simonetti, 2011).

Segundo Del Porto (2002), é possível afirmar que “angústia” refere-se a um quadro subjectivo, com foco no sofrimento, voltada para o sujeito, considerada como condição essencial da vida humana e por isto mesmo devendo ser enfrentada e até minimamente suportada. Quanto à “ansiedade”, esta refere-se a um quadro objectivo, com foco no comportamento e nas alterações corporais, voltada para o futuro, e considerada como uma contingência a ser resolvida (cit. por Simonetti, 2011)

Posto isto, no presente trabalho os termos “ansiedade” e “angústia” serão considerados sinónimos, optando-se pela utilização do termo “ansiedade”.

Freud (1916-1917/1969), ao definir ansiedade, refere-se a esta como sendo o estado subjectivo pelo qual somos tomados ao perceber o ‘surgimento da ansiedade’, ou seja, esta é, antes de mais, um afecto. Neste sentido, um afecto inclui, em primeiro lugar, determinadas descargas motoras e, em segundo lugar, certos sentimentos. Estes últimos são de dois tipos,

concretamente, percepções das acções motoras que ocorreram e sensações directas de prazer ou desprazer.

Em suma, a ansiedade, a nível fisiológico, é um estado desprazeroso particular, acompanhado por reacções de descarga que são percebidas e sentidas pelo sujeito (Freud, 1916-1917/1969).

Segundo DiTomasso, Freeman, Carvajal e Zahn (2009), os elementos comuns à experiência de ansiedade incluem: um estado emocional tenso, caracterizado por uma variedade de sintomas, tais como, dor no peito, palpitações e falta de ar; uma apreensão anormal; dúvida em relação à natureza de uma ameaça; crença na realidade da ameaça, entre outros. Mais ainda, o sistema nervoso humano está preparado para mobilizar o sujeito a responder de uma de três formas face a uma ameaça objectiva e fisicamente perigosa, podendo este lutar, fugir ou ficar paralisado.

Mas mais do que descrever a ansiedade e suas manifestações, interessa entender a sua origem.

Inicialmente, Freud (1916-1917/1969) define ansiedade como sendo uma transformação da libido recalcada, ou seja, a ansiedade seria um afecto que incide posteriormente em relação ao recalçamento, como um produto deste último.

No entanto, o autor procurou redefinir ansiedade. Ao contrário daquilo que havia determinado anteriormente, Freud (1925-1926/1996), na sua obra *Inibições, Sintomas e Ansiedade*, afirma que as primeiras irrupções de ansiedade — bastante intensas — são anteriores à diferenciação do Superego. Desta forma, é perfeitamente plausível que factores quantitativos, como a intensidade da excitação e a ruptura da protecção contra estímulos, sejam as causas imediatas dos recalçamentos primordiais. Assim, a ansiedade passa a ser considerada um afecto anterior e causador do recalçamento.

Para Freud (1925-1926/1996), o estado de ansiedade é a reprodução de uma vivência que reúne as condições para o aumento da excitação e para a descarga em direcções específicas, sendo desta forma que o desprazer associado à ansiedade adquire o seu carácter próprio. No ser humano, tal vivência prototípica é o nascimento e, portanto, o estado de ansiedade seria uma reprodução do trauma do nascimento.

Desta forma, a ansiedade surge, inicialmente, como reacção a um estado de perigo (i.e. como um sinal), e posteriormente é reproduzida sempre que um estado desse tipo se apresenta (Freud, 1925-1926/1996).

No entanto, o autor afirma, que ao se deparar com uma nova situação de perigo, pode ser despropositado, por parte do sujeito, responder com o estado de ansiedade referente a um

perigo anterior em vez de optar por uma reacção adequada. Contudo, a adequação ao fim pode novamente se evidenciar quando a situação de perigo é reconhecida como eminente e sinalizada pela irrupção da ansiedade. Então a ansiedade pode ser substituída por medidas mais apropriadas.

Neste sentido, o autor distingue duas possibilidades para o surgimento da ansiedade: uma inapropriada, em que a situação traumática antiga continua a dominar, e outra apropriada, em que a repetição da experiência traumática aparece como um sinal, preparando o sujeito para se adaptar à nova situação de perigo.

Segundo Klein (1948/1975), a ansiedade surge, primeiramente, da operação da pulsão de morte, e é sentida pelo sujeito, como um medo de aniquilamento (morte), adoptando a forma de um medo de perseguição. Uma vez que a luta entre as pulsões de vida e de morte persiste ao longo da vida, esta fonte de ansiedade nunca é eliminada e entra, como um factor permanente, em todas as situações de ansiedade.

Fontes importantes da ansiedade primária são o trauma do nascimento (ansiedade de separação) e a frustração de necessidades corporais. Estas experiências são sentidas desde o início e causadas por objectos. Mesmo que esses objectos sejam sentidos como externos, por meio de introjecção, estes tornam-se perseguidores internos e vão reforçar, assim, o medo do impulso destrutivo interno. O medo do impulso destrutivo parece ligar-se imediatamente a um objecto, ou melhor, é vivenciado como medo de um incontrolável objecto dominador (Klein, 1948/1975).

Na obra *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbioses and Individuation*, Mahler, Pine e Bergman (1975/2000), ao descreverem o processo de adaptação numa perspectiva psicanalítica, afirmam que este é um processo passível de observação directa em bebés e crianças, ao contrário do que acontece nos adultos. Desde o início, o bebé molda-se e desenvolve-se na matriz da díade mãe-bebé.

Quaisquer adaptações feitas pela mãe em função do seu bebé, e quer esta seja uma mãe sensível e empática, ou não, a capacidade de adaptação maleável da criança e a sua necessidade de adaptação, de forma a poder obter satisfação, é muito maior do que a da sua mãe, cuja personalidade, com todos os seus padrões de carácter e defesa, se encontra firmemente, e frequentemente de forma rígida, definida (Mahler, 1963, cit. por Mahler et al., 1975/2000).

O bebé ganha a sua “forma” em harmonia e contraste com o estilo da mãe – quer esta proporcione um objecto saudável ou patológico para o processo de adaptação. Em termos metapsicológicos, o foco da perspectiva dinâmica – o conflito entre impulso e defesa – é significativamente menos importante nos primeiros meses de vida do que virá a ser mais tarde,

quando a estruturação da personalidade irá processar conflitos intra e inter sistémicos de extrema importância (Mahler et al., 1975/2000).

Tensão, ansiedade traumática, fome biológica, o desenvolvimento do Ego e a homeostasia, são conceitos próximos da biologia que são importantes nos primeiros meses de vida e que se traduzem como precursores da ansiedade com conteúdo psíquico, ansiedade sinal, pulsão oral ou outras, funções do Ego e dos mecanismos reguladores internos (traços de personalidade e defensivos) (Mahler et al., 1975/2000).

A perspectiva adaptativa é mais relevante na primeira infância – o bebé nasce no próprio cume das demandas adaptativas sobre si. Felizmente, estas demandas são colmatadas pela habilidade do bebé, face à sua personalidade maleável e ainda por formar, em ser moldado pelo ambiente e em moldar o mesmo (Mahler et al., 1975/2000).

Ainda, para se compreender a origem da ansiedade, é importante referir que segundo Spitz (1965/1979), as experiências de prazer, bem como, de desprazer, são experiências afectivas da primeira infância, com um papel igualmente importante na formação do sistema psíquico e da personalidade do indivíduo, sendo que, afectos de prazer surgem no decorrer dos três primeiros meses de vida, em que a reacção de sorriso surge como a sua manifestação mais notável, e as manifestações de desprazer seguem um percurso paralelo, tornando-se cada vez mais específicas no decorrer dos três primeiros meses de vida.

É a partir do quarto mês que o bebé expressa o seu desprazer, quando o seu cuidador se separa dele. Uma vez que, nesta idade o bebé apenas sorri para a face humana, então este não demonstra desprazer quando um brinquedo lhe é retirado, somente chora quando o seu cuidador interrompe o jogo e se separa dele. Depois, mais propriamente ao sexto mês, o bebé chora quando se separa do cuidador e quando o seu brinquedo lhe é retirado (Spitz, 1965/1979).

Entre o sexto e o oitavo mês, ocorre uma mudança no comportamento do bebé no que respeita ao seu relacionamento com os outros. A capacidade de diferenciação perceptiva diacrítica já se encontra bem desenvolvida, o que permite ao bebé distinguir um amigo de um estranho. Assim, o bebé apresenta intensidades variáveis de apreensão ou ansiedade face a um estranho, rejeitando-o. Os seus comportamentos variam entre abaixar os olhos “timidamente”, cobri-los com as mãos, atirar-se de bruços para o berço e esconder o rosto com os cobertores, chorar ou gritar (Spitz, 1965/1979).

Tais comportamentos por parte do bebé são considerados por Spitz (1965/1979), uma das primeiras manifestações de ansiedade propriamente dita, uma vez que, a criança sente medo de perder a mãe/cuidador, que se tornou num objecto libidinal. Este medo está vinculado a uma situação anterior de desprazer. A criança não sente medo face ao estranho, demonstra-se ansiosa

pois entende que este estranho não possui os mesmos traços da mãe/cuidador, ou seja, o desprazer assume a forma de ansiedade específica, quando um estranho se aproxima da criança, causada pelo medo de ter perdido o seu objecto libidinal. Esta ansiedade indica o aparecimento do segundo organizador da psique.

É de mencionar, que durante os períodos críticos, as “correntes de desenvolvimento” integrar-se-ão umas com as outras nos vários sectores de personalidade, bem como, as funções emergentes e capacidades resultantes dos processos de maturação. Esta integração traduz-se num processo delicado, que quando bem-sucedido, conduz a um “organizador” da psique. Quanto ao primeiro organizador da psique, este é visível através do aparecimento da resposta de sorriso (Spitz, 1965/1979).

De acordo com Spitz (1965/1979), a personalidade da mãe é dominante na díade. Logo, é possível inferir que onde prevalecem relações impróprias entre mãe e filho, a personalidade da mãe foi incapaz de oferecer uma relação “normal” ao seu filho, ou então, devido à personalidade da mãe, esta é levada a perturbar uma relação “normal” entre mãe/bebé.

É, portanto, possível afirmar que a personalidade da mãe pode funcionar como um agente provocador de doença, como uma toxina psicológica. Neste sentido, o autor denominou este grupo de distúrbios nas relações objectais, mais propriamente, as suas consequências, de doenças psicotóxicas da infância, e distinguiu uma série de padrões prejudiciais do comportamento materno, ligados a distúrbios psicotóxicos da criança, nomeadamente: rejeição primária manifesta activa (rejeição global da maternidade) ou passiva (hostilidade generalizada à maternidade); superpermissividade materna ansiosa (mãe ansiosamente superpreocupada); hostilidade disfarçada em ansiedade (manifestação de ansiedade, sobretudo em relação ao filho, a qual corresponde à presença de uma hostilidade inconsciente recalcada muito forte); oscilação entre mimo e hostilidade (mães com personalidades extrovertidas, com facilidade para o contacto intenso e positivo, e com tendências aloplásticas. A maioria com personalidades infantis, expressa por frequentes explosões de emoções negativas e de hostilidade violenta); oscilação cíclica de humor (mães depressivas, com mudanças de humor acentuadas e intermitentes em relação aos filhos) e, por último, hostilidade conscientemente compensada (para estas mães, a criança serve como um meio para a satisfação narcisista e exibicionista, ao invés de servir como objecto de amor. As mães estão cientes de que as suas atitudes face à criança são inadequadas, sentindo-se culpadas, o que as leva a supercompensar de forma consciente por meio de uma doçura melosa, acidulada).

Em suma, é possível constatar que a ansiedade tem a sua origem no primeiro ano de vida do sujeito. No entanto, o seu posterior desenvolvimento será delineado e modificado

através de vivências sociais, podendo manter-se num nível tolerável ou, ao interferir significativamente na rotina normal do sujeito e causando mal-estar significativo, levar ao desenvolvimento de Perturbações de Ansiedade.

Desta forma, a ansiedade define-se como fenómeno clínico quando: implica um comprometimento ocupacional do indivíduo, impedindo a realização das suas actividades profissionais, sociais e/ou académicas; envolve um grau de sofrimento considerado pelo indivíduo como significativo e quando as respostas de evitamento e eliminação ocupam um tempo considerável do dia do sujeito. Esses casos são tratados pela literatura médica e psicológica como Perturbações de Ansiedade (Zamignani & Banaco, 2005).

Segundo DiTomasso e Gosch (2002), uma das características dos indivíduos mais propensos à ansiedade, é estes acreditarem que existe uma ameaça e, desta forma, activam os elementos físicos inerentes ao estado ansioso, na ausência de uma ameaça real e objectiva.

De acordo com Stein, Hollander e Rothbaum (2009), a personalidade e o temperamento do sujeito, são aspectos cruciais para a compreensão das Perturbações de Ansiedade. Existem três razões principais que corroboram esta preposição.

Em primeiro lugar, os traços específicos, como a sensibilidade à ansiedade, podem ser factores de vulnerabilidade face a Perturbações de Ansiedade particulares, como a Perturbação de Pânico (PP), ou ainda, face a características específicas ou subtipos de perturbações, como por exemplo, compulsões de verificação (Stein et al., 2009).

Em segundo lugar, os traços mais abrangentes, como o neuroticismo, podem ser factores de vulnerabilidade que influenciam o risco do sujeito apresentar vários tipos de perturbações (Stein et al., 2009).

A terceira razão tem por base a premissa de que alguns traços e temperamentos podem ser endofenótipos, ou seja, variáveis-traço que são correlacionadas com uma dada perturbação, e que assentam algures na corrente causal entre genes e perturbações (Gottesman & Gould, 2003).

Posto isto, de acordo com a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) existem doze categorias de Perturbações de Ansiedade, sendo estas: Perturbação de Pânico Sem Agorafobia; Perturbação de Pânico Com Agorafobia; Agorafobia Sem História de Perturbação de Pânico (ASHPP); Fobia Específica (FE); Fobia Social (FS); Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC); Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT); Perturbação Aguda de Stress; Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG); Perturbação de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral; Perturbação de Ansiedade Induzida por Substância e Perturbação de Ansiedade Não Especificada (APA, 1994).

No entanto, de acordo com a quinta edição do DSM (DSM-5) as categorias de Perturbações de Ansiedade passam a ser: Perturbação de Ansiedade de Separação (PAS); Mutismo Selectivo (MS); FE; FS; PP; Especificador do Ataque de Pânico; Agorafobia; PAG; Perturbação de Ansiedade Induzida por Substância/Medicamento; Perturbação de Ansiedade Devida a Outra Condição Médica; Perturbação de Ansiedade com Outra Especificação e Perturbação de Ansiedade Não Especificada (APA, 2013/2014).

Segundo Stein et al. (2009), vários investigadores demonstraram preocupação pelo facto de que a expansão das nossas nosologias possa ter surgido à custa de considerações menos empíricas acerca de características partilhadas por perturbações emocionais, que relativamente a características únicas de perturbações específicas, possam ter mais significância na compreensão da prevenção e na predição da resposta ao tratamento.

Esta expansão levanta questões acerca da validade discriminante, nomeadamente, se o sistema de classificação actual está a distinguir sintomas e perturbações, que na realidade são apenas variações de síndromes mais amplas (Stein et al., 2009), sendo esta a questão-chave que o presente estudo pretende elaborar, tendo como foco a nosografia das Perturbações de Ansiedade no DSM-5, como será abordado posteriormente.

De acordo com Stein et al. (2009), existem evidências que vão de encontro à hipótese de que as Perturbações de Ansiedade não representam entidades distintas, mais ainda, existe informação que indica que várias perturbações emocionais respondem de forma semelhante aos mesmos tratamentos psicológicos ou médicos.

Posto isto, é importante mencionar que actualmente as perturbações mentais acarretam uma sobrecarga tanto a nível económico como social, e as Perturbações de Ansiedade não são excepção. Foram realizados três inquéritos epidemiológicos que demonstraram uma prevalência de Perturbações de Ansiedade na população Norte-Americana, com percentagens idênticas ou superiores às Perturbações do Humor ou por Uso de Substâncias (Stein et al., 2009).

Existem quatro principais factores associados ao risco do aumento das Perturbações de Ansiedade, sendo estes, o género, uma vez que as mulheres apresentam o dobro da probabilidade de desenvolver Perturbações de Ansiedade ao longo da vida, a idade, pois as percentagens de Perturbações de Ansiedade são menores na população mais envelhecida, a raça/etnia, uma vez que, segundo o National Comorbidity Survey Replication (Kessler et al., 2005), com o objectivo de estudar a prevalência da doença mental nos Estados Unidos da América (EUA), a população caucasiana apresenta uma percentagem de risco significativamente maior, em relação a outras, para o surgimento de uma Perturbação de Ansiedade ao longo da vida, e por último, o estatuto económico, pois de acordo com o estudo

da Área de Captação Epidemiológica (Regier et al., 1988; 1990, cit. por Stein et al., 2009), também com o objectivo de estudar a prevalência da doença mental nos EUA, foram relatadas percentagens maiores de Perturbações de Ansiedade, nomeadamente, Fobia, PP e POC, em participantes com um estatuto socioeconómico mais baixo (Stein et al. 2009).

É relevante salientar, em que aspectos económicos as Perturbações de Ansiedade assumem um estatuto de “fardo”. São portanto três os “fardos económicos”, especificamente, o prejuízo no trabalho, ou seja, os dias em que o sujeito com perturbação falta, juntamente com os dias em que o sujeito é menos eficiente no trabalho devido, precisamente, à sua perturbação, o rendimento, pois indivíduos com Perturbações de Ansiedade tendem a viver abaixo do limiar de pobreza federal e, por último, o custo global para a sociedade, e aqui existem dois tipos de custo, nomeadamente, o directo, que inclui custos a nível do serviço psiquiátrico (como a hospitalização e a terapia) e a nível médico (como tratamentos de emergência), e o indirecto, que se refere à perda de produtividade resultante do suicídio, do absentismo excessivo ou da capacidade de trabalho reduzida. Estes custos são menores que os directos (Stein et al., 2009).

É ainda de referir, que a comorbilidade vital da Depressão Major com Perturbações de Ansiedade é particularmente elevada, sendo que, o mesmo acontece a um nível inverso, ou seja, pacientes com Depressão Major apresentam uma grande probabilidade de desenvolver uma Perturbação de Ansiedade comórbida (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005).

Por fim, é importante conhecer a prevalência das Perturbações de Ansiedade em Portugal. Neste sentido, o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental foi o primeiro estudo a avaliar a epidemiologia das perturbações psiquiátricas numa amostra representativa da população adulta Portuguesa. Foram aplicadas entrevistas realizadas com a versão computadorizada do Instrumento de Avaliação do *World Mental Health Survey* (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

Os resultados do estudo mostraram que a prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal é muito elevada, especificamente, mais de um em cada cinco dos indivíduos da amostra apresentava uma perturbação psiquiátrica nos doze meses anteriores à entrevista. Esta prevalência é a segunda mais alta a nível europeu, com um valor quase igual à da Irlanda do Norte, que ocupa o primeiro lugar (Caldas de Almeida et al., 2013).

As Perturbações de Ansiedade são o grupo que apresenta uma prevalência mais elevada em Portugal (16.5%) e que mais contribuem para que, em conjunto com a Irlanda do Norte, nos distingamos dos outros países da Europa em relação à prevalência das perturbações psiquiátricas (Caldas de Almeida et al., 2013).

As Fobias Específicas (8.6%), a Perturbação Depressiva Major (6.8%), a POC (4.4%), a FS (3.1%) e a Perturbação Stress Pós-Traumático (2.3%) são as perturbações psiquiátricas mais frequentemente encontradas na população estudada (Caldas de Almeida et al., 2013).

É de referir, que as mulheres apresentam maior número de Perturbações Depressivas e Perturbações de Ansiedade, comparativamente aos homens (Caldas de Almeida et al., 2013).

Os resultados acerca do tempo que decorre entre o começo de uma perturbação psiquiátrica e o momento em que se inicia o seu tratamento são certamente dos mais surpreendentes e preocupantes do estudo. Um ano após o começo da perturbação, mais de metade dos sujeitos ainda não tinha obtido qualquer tratamento. A mediana do tempo de espera para início de tratamento é de quatro anos nos casos de Depressão Major e de dois e três anos nos casos de PP e de PAG (Caldas de Almeida et al., 2013).

Os dados sobre o uso de psicofármacos revestem-se de uma importância muito grande, pois, pela primeira vez, foi possível avaliar a real magnitude do uso de medicamentos numa amostra representativa da população Portuguesa e compreender como se distribui este uso entre os vários diagnósticos psiquiátricos (Caldas de Almeida et al., 2013).

O estudo confirmou o elevado consumo de psicofármacos na população Portuguesa. Quase um quarto das mulheres e um décimo dos homens da população geral referem o uso de ansiolíticos no ano anterior. Os ansiolíticos são tomados não só por pessoas com diagnóstico de Perturbações de Ansiedade, mas também, e até em maior percentagem, por pessoas com diagnóstico de Perturbações Depressivas. O uso de antidepressivos é menos frequente mas, mesmo assim, mais de um décimo das mulheres e quase 4% dos homens da população geral usou estes medicamentos nos doze meses anteriores, quer por Perturbações Depressivas, quer por Perturbações de Ansiedade (Caldas de Almeida et al., 2013).

De acordo com o Relatório Anual *Estatística do Medicamento 2013* (INFARMED, 2015), os psicofármacos ocupam o terceiro lugar na categoria de medicamentos mais vendidos no Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Posto isto, em termos da pertinência deste estudo, foram abordadas, ao longo da introdução, algumas questões associadas a estas perturbações, nomeadamente, o seu desenvolvimento, a sobrecarga e sofrimento que este tipo de perturbações acarreta para a vida do sujeito e a sua expansão nosológica. Mais ainda, foi dada a conhecer a prevalência das Perturbações de Ansiedade na população Portuguesa, de forma, a que se entenda a necessidade urgente de intervenções psicoterapêuticas que beneficiem o sujeito em pleno.

Em relação ao problema em estudo, pretende-se analisar se existe uma tendência ao longo das várias edições do DSM para distinguir sintomas e, por sua vez, “estreitar” categorias

de perturbações que na realidade são variações de síndromes mais alargadas, tendo como foco o DSM-5 e as Perturbações de Ansiedade, uma vez, que são as perturbações com maior prevalência em Portugal. Mais ainda, de forma a aprofundar esta ideia, pretende-se analisar as intervenções psicoterapêuticas existentes no âmbito destas perturbações, para que se possa constatar as semelhanças existentes no tratamento de diferentes categorias de Perturbações Ansiosas.

Assim, para se tentar compreender esta crescente diferenciação dos quadros nosológicos no que respeita as Perturbações de Ansiedade e se de facto é justificável, bem como, as intervenções psicoterapêuticas neste âmbito é necessário:

- Em primeiro lugar, abordar a utilidade e as limitações do diagnóstico na actualidade, para que se entenda as vantagens inerentes a este, mas sobretudo, demonstrar que a separação conceitual e prática das perturbações pode estar, actualmente, comprometida;

- Em segundo lugar, evidenciar a diferença entre o diagnóstico psiquiátrico e a formulação psicodinâmica de casos, de modo a, demonstrar que no diagnóstico psiquiátrico surgiu uma tendência para se substituir as grandes categorias por descrições especificadas de fenómenos objectivos, ou seja, as categorias nosográficas estão cada vez mais descritivas, detalhistas e casuísticas, e posteriormente, destacar que a formulação psicodinâmica de casos, por não se focar exclusivamente sobre o sintoma, cria outras condições respectivamente à intervenção psicoterapêutica;

- O terceiro argumento assentará na evolução do DSM e, portanto, nas diferenças entre, particularmente, o DSM-II, que possui uma compreensão psicanalítica da perturbação mental e o DSM-5, que se encontra muito assente no modelo biomédico;

- Em quarto lugar, analisar a validade discriminante, fiabilidade e comorbilidade diagnóstica no âmbito das Perturbações de Ansiedade, para demonstrar, que o sistema de classificação actual está a distinguir sintomas e perturbações, que acabam por se traduzir em variações de síndromes mais amplas;

- Em quinto lugar, descrever o que se entende por Perturbações de Ansiedade no DSM-5 e, de seguida, descrever detalhadamente as características de diagnóstico, desenvolvimento e curso, factores de risco e de prognóstico, da maioria das Perturbações de Ansiedade descritas no DSM-5, com o propósito de se evidenciar as grandes semelhanças entre estas perturbações;

- Por fim, pretende-se demonstrar as semelhanças entre as intervenções psicoterapêuticas relativas a diferentes Perturbações de Ansiedade.

II. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O Diagnóstico na Actualidade:

2.1.1. Utilidade e Limitações

Segundo Araújo e Neto (2014), a visão da psiquiatria traduzida através da psicopatologia, segue o modelo médico instituído desde os tempos de Hipócrates, no qual o diagnóstico era fundamentalmente empírico. A observação, descrição e categorização de doenças que compartilham sinais e sintomas permite a formulação de diagnósticos que, por sua vez, auxiliam na identificação da causa de uma determinada patologia, na previsão da sua evolução e no planeamento terapêutico.

A aplicação de métodos de classificação tem utilidades distintas consoante o foco que se dá ao objecto estudado, podendo servir à aplicação clínica, científica ou estatística. Independentemente da ciência é fundamental que se tenha clareza sobre o tipo de informação que se pode obter através de cada ferramenta, fugindo assim, da possibilidade de formular juízos distorcidos (Araújo et al., 2014).

Segundo McWilliams (2011), o abuso da linguagem diagnóstica pode ser demonstrado com facilidade, o que não significa que isso seja um argumento para que esta seja descartada. Todas as formas de males são passíveis de derivar a partir de ideais valiosos, como o amor, o patriotismo ou o cristianismo, não por culpa da sua perspectiva original, mas precisamente porque esta acabou por ser pervertida. Neste sentido, a questão que se impõe deverá ser se a aplicação cuidadosa e não abusiva dos conceitos psicodiagnósticos aumenta a probabilidade do cliente obter ajuda. (McWilliams, 2011).

De acordo com a autora, existem pelo menos cinco vantagens relacionadas com a realização do diagnóstico, quando efectuado de forma sensível e após o treino adequado.

A primeira vantagem assenta na sua utilidade para o planeamento do tratamento, no sentido em que, o planeamento do tratamento é a justificação tradicional para o diagnóstico. Este supõe um paralelo entre a psicoterapia e o tratamento médico sendo que, na medicina, a relação entre diagnóstico e psicoterapia é, idealmente, directa (McWilliams, 2011).

Como segunda vantagem, a autora refere as implicações no que toca ao prognóstico, pois o profissional que espera de um paciente com carácter obsessivo o mesmo nível de progresso que seria atingido por uma pessoa que de repente desenvolveu uma obsessão

intrusiva, corre o risco de cometer grandes equívocos. Uma apreciação dos problemas pessoais em profundidade e extensão beneficia tanto o psicoterapeuta como o paciente. As categorias do DSM, por vezes, contêm conclusões sobre a gravidade e eventual prognóstico de uma condição em particular, mas, por vezes, estas simplesmente permitem que se estabeleça uma classificação que seja aceite em comum acordo sem qualquer informação implícita sobre o que se pode esperar do processo psicoterapêutico.

A terceira vantagem refere-se à sua contribuição para a protecção dos clientes de serviços de saúde mental, uma vez que, práticas de diagnóstico conscientes encorajam a comunicação ética entre os profissionais e seus potenciais clientes. Como base para uma avaliação cuidadosa, o psicoterapeuta pode falar com o paciente sobre o que pode ser esperado e, assim, evitar prometer demais ou criar desvios (McWilliams, 2011).

A quarta vantagem tem a ver com o seu valor em capacitar o psicoterapeuta para a transmissão de empatia. Alguém que ataca um entrevistador qualificando-o como manipulador, pode ter um carácter essencialmente histérico ou uma personalidade psicopática, no entanto, uma resposta psicoterapêutica irá depender da hipótese do profissional. Perante um sujeito com uma estrutura mental histérica pode ser benéfico para este que o psicoterapeuta comente sobre os sentimentos de medo e impotência do sujeito (McWilliams, 2011).

Por fim, é também vantajoso o seu papel na redução da probabilidade de abandono do tratamento, ou seja, entrevistadores experientes são capazes de identificar no fim de uma sessão inicial, se estão a lidar com alguém cujo carácter tende para a fuga. Pode ser reconfortante para pacientes hipomaniacos, por exemplo, que o psicoterapeuta comente o quão difícil pode ser para estes encontrar coragem para permanecer na psicoterapia, o que aumenta a probabilidade de que esses clientes resistam a tentações de fuga (McWilliams, 2011)

Segundo Araújo et al. (2014), é possível aceitar que, apesar das muitas limitações, o uso do DSM-5 permite obter informações importantes sobre sujeitos diagnosticados com determinada perturbação mental. É possível inferir que pacientes com a mesma perturbação, partilhando traços semelhantes, possam apresentar comportamentos semelhantes. Da mesma forma, nomear classes de respostas pode auxiliar na identificação de comportamentos similares entre si. Além disso o uso do manual da Associação Americana de Psiquiatria (APA) possibilita a comunicação entre profissionais fornecendo uma padronização na linguagem psiquiátrica e facilitando o diálogo entre as diferentes áreas.

Passando agora para as suas limitações, para muitas pessoas, incluindo alguns terapeutas, a palavra “diagnóstico” adquiriu uma conotação negativa. O mau uso das formulações psicodiagnósticas leva a que, por exemplo, uma pessoa complexa seja simplificada

por um entrevistador que se sente ansioso perante a incerteza, ou seja, o diagnóstico pode ser utilizado como defesa contra a ansiedade face ao desconhecido, ou que uma pessoa considerada problemática seja punida com um rótulo que atribui a ideia de patologia (McWilliams, 2011).

Mais ainda, mesmo quando a formulação diagnóstica é adequada para um cliente em particular, existem disparidades enormes entre as pessoas em dimensões que ultrapassam o seu nível de organização e estilo defensivo. Por vezes, é mais importante considerar que as complicações emocionais de alguém de certa idade, raça, etnia, origem social, deficiência física ou orientação sexual, são mais importantes do que avaliar o seu tipo de personalidade (McWilliams, 2011).

Assim, o diagnóstico não deve ser aplicado além da sua utilidade. Um desejo contínuo de reavaliar um diagnóstico inicial sob a luz de novas informações é parte do que constitui um terapeuta ideal (McWilliams, 2011).

De acordo com Banzato (2004), um dos pontos mais vulneráveis das classificações de perturbações actuais é a inflação provocada pelas mesmas das taxas de comorbilidade, o que de certa forma acaba por se contrapor à aparente arrumação das suas categorias diagnósticas. O facto de os sintomas psiquiátricos serem bastante inespecíficos e flutuantes ao longo do tempo torna problemática e, em certa medida, arbitrária a separação conceitual e prática das perturbações. Compreender que as classificações diagnósticas funcionam como instrumentos provisórios é fulcral para a sua utilização.

2.1.2. Diferença entre Diagnóstico Psiquiátrico e Formulação Psicodinâmica de Casos

O diagnóstico psiquiátrico é fruto do método hipotético-dedutivo, que se movimentou vigorosamente no século XIX, cristalizando o estatuto da ciência e do qual a medicina moderna recebeu o seu impulso (Câmara, 2007).

Inicialmente, a psiquiatria mantinha uma estrutura baseada em sintomas, a qual se revelou insustentável, tornando-se necessária uma mudança de paradigma. Alguns eminentes psicopatologistas, como Khalbaum e Hecker, clamavam por uma psiquiatria baseada no método clínico, o estatuto científico da medicina. A classificação baseada em sintomas tornara-se complicada, confusa e inútil, variando de escola para escola (Câmara, 2007).

Neste sentido, não havia uma definição clínica baseada em hipóteses verificáveis que definisse doenças biologicamente específicas e possibilitasse o avanço da pesquisa

farmacológica, eliminasse vieses culturais e sociais, e uniformizasse as observações, possibilitando conhecer a distribuição e prevalência das doenças mentais (Câmara, 2007).

Foi Emil Kraepelin quem reformulou a psiquiatria. Nas sucessivas edições do seu *Manual de Psiquiatria*, que foram aparecendo ao longo dos anos, de 1883 a 1915, propõe uma classificação das doenças mentais fundada nas noções de curso e na caracterização clínica rigorosa dos estádios evolutivos das doenças até à fase terminal. O seu objectivo foram, portanto, as descrições clínicas do padrão e do curso dos sintomas e perturbações mentais. Partiu de estudos transversais para definir esses padrões, e de estudos retrospectivos e prospectivos para caracterizar as evoluções. Kraepelin iniciou a sua pesquisa definindo parâmetros e mensurando-os estatisticamente, de forma sistemática. Neste sentido, Kraepelin caracterizava a faixa etária em que certos quadros costumavam aparecer, a sua prevalência, a estabilidade dos complexos sintomáticos, o seu efeito ao longo da vida do doente, etc. Desta forma, rompeu com o método sintomático e inaugurou o método clínico na psiquiatria (Kraepelin, 2004).

Kraepelin partiu de três hipóteses complementares para reformular a psiquiatria nas suas bases actuais. A primeira e segunda hipótese estabeleciam que a doença era definida por um padrão de sintomas que evoluía conjuntamente, também de acordo com um padrão (Câmara, 2007).

A terceira hipótese, contudo, permanece sendo o problema essencial da psiquiatria. Esta hipótese estabelece que as síndromes específicas possuem um substrato anatomopatológico ou fisiopatológico. A verificação desta hipótese foi objecto de intensas e repetidas pesquisas laboratoriais por Kraepelin e seu colega Alois Alzheimer. No curso destas investigações, foi descoberto o substrato anatomopatológico da demência senil, que foi rebaptizada como Demência de Alzheimer. Contudo, os substratos físicos da Demência Precoce, da Psicose Maníaco-Depressiva, ou de outras perturbações, nunca foram encontrados (Câmara, 2007).

A não verificação da terceira hipótese, conceitualizadora da causalidade da doença mental, porém, não desafiava a hipótese nula. Charcot já havia chegado à mesma encruzilhada quando, ao investigar a histeria, declarou-a uma doença *sine materiae*, abrindo caminho para a interpretação dinâmica ou psicogénica (Câmara, 2007).

No entanto, Kraepelin não aceitava a hipótese dinâmica das perturbações mentais pelo simples facto desta não ser verificável. Assim, insistiu na existência de uma etiologia positiva que os métodos da época não conseguiam alcançar (Câmara, 2007).

Segundo Marques-Teixeira (2001), de acordo com o modelo Kraepeliniano, as diferentes perturbações estavam subordinadas umas às outras, numa organização piramidal cujo vértice

era ocupado pelas Psicoses Orgânicas, seguindo-se, na escala descendente, as Psicoses Esquizofrênicas, as Psicoses Maníaco-Depressivas, e assim sucessivamente. Seguiu, portanto, um critério de classificação hierárquico.

O método e os resultados de Kraepelin, por serem rigorosamente científicos, permanecem ainda hoje como paradigmáticos em psiquiatria. O diagnóstico psiquiátrico moderno é ao mesmo tempo descritivo e evolutivo, biológico e epidemiológico, psicológico e social, favorecendo ainda critérios fenomenológicos para o tratamento (Câmara, 2007).

Segundo Figueiredo e Tenório (2002), se o diagnóstico psiquiátrico sempre foi fenomenológico, é importante notar, que surgiu uma tendência para se substituir as grandes categorias, nomeadamente, Neurose, Psicose Maníaco-Depressiva, Esquizofrenia, Toxicomania, entre outras, por descrições especificadas de fenómenos objectivos. Esta é uma tendência mais ou menos recente e demonstra a influência exercida pelo sistema Norte-Americano de classificação.

Ainda de acordo com os autores, a CID modificou-se significativamente na sua décima versão, aproximando-se da lógica descritiva do DSM. Em relação à versão anterior, as categorias nosográficas da CID, são cada vez mais descritivas, detalhistas e casuísticas em detrimento das grandes categorias que já caracterizaram a psicopatologia psiquiátrica. Em termos da própria psiquiatria, isso implica uma tendência da classificação da OMS em se aproximar da fragmentação que já caracterizava o Norte-Americano DSM. Isto é revelador de um empobrecimento interno à própria lógica psiquiátrica, no sentido em que se vem privilegiar a descrição dos sintomas, privilegiar a síndrome em detrimento da doença, em detrimento da categoria de doença.

Deste modo, no que concerne à distinção entre diagnóstico sindrómico e diagnóstico nosológico (i.e. que permite identificar a doença propriamente dita e não apenas descrever os sintomas, e assim, orientar o sujeito para uma intervenção com um alcance mais profundo), isso resulta em eliminá-la na prática, uma vez que o diagnóstico nosológico é, cada vez mais, um diagnóstico sindrómico (Figueiredo et al., 2002).

Por outro lado, a formulação psicodinâmica de casos, tem como objectivo, de uma forma geral, aumentar a probabilidade da psicoterapia conseguir ajudar o sujeito. Neste sentido, ao compreender o modo idiossincrático como o sujeito organiza o conhecimento, a emoção, a sensação e o seu comportamento, o psicoterapeuta obtém mais opções para exercer influência em todas as áreas descritas e, desta forma, contribuir para a melhoria do paciente (McWilliams, 1999/2004).

O psicoterapeuta que faz uma formulação psicodinâmica elabora um processo muito diferente do exercício de correspondência de sintomas em que consiste o diagnóstico de acordo com o DSM (McWilliams, 1999/2004).

É precisamente o “desembaraçar” das muitas e diferentes vias de causalidade, que acaba por permitir aos pacientes dominarem os padrões que pretendem mudar (McWilliams, 1999/2004).

Neste sentido, a lógica diagnóstica psicodinâmica, denominada estrutural, propõe-se a ir além dos fenómenos (Figueiredo et al., 2002).

No entanto, o diagnóstico psicodinâmico é de estrutura, mas é também sob transferência. Desta forma, durante a entrevista clínica de orientação psicodinâmica, é discutível dizer que se está sob transferência. Ainda assim, o analista não desiste de ocupar um lugar e de fazer um trabalho que venha a produzir uma certa fala, que possa, idealmente, mostrar algo sobre a posição do sujeito na fantasia (Figueiredo et al., 2002).

Portanto, não se trata apenas de dizer que a fala do paciente está presente na entrevista clínica de orientação psicodinâmica e ausente na psiquiátrica (na psiquiatria mais fiel à tradição clínica, a fala do paciente também está presente). Trata-se sim, de que na entrevista clínica psicodinâmica, essa fala é produzida num certo registo da transferência, no registo de um certo encaminhamento. Aí reside a tentativa de ir mais além dos fenómenos, nomeadamente, a relação, a posição do sujeito face ao outro (Figueiredo et al., 2002).

De acordo com Figueiredo et al. (2002) o diagnóstico influencia, ele próprio, o alcance de um tratamento. Ao propor que o diagnóstico incida não exclusivamente sobre o sintoma, mas sobre a implicação do sujeito no sintoma, o modelo psicodinâmico cria as condições para que a própria intervenção clínica vá mais além (Figueiredo et al., 2002).

2.2. A Evolução do DSM: Do DSM-I ao DSM-5

No ano de 1952, a APA publicou a primeira edição do DSM (DSM-I), e as edições seguintes, publicadas em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R) e 1994 (DSM-IV), foram revistas, modificadas e ampliadas (E. Gomes de Matos, T. Gomes de Matos, & G. Gomes de Matos, 2005). Em 2000 foi publicada a revisão da quarta edição do DSM (DSM-IV-TR) e, por fim, em 2013, o DSM-5.

Enquanto o DSM-I, em 1952, seguia uma estrutura criteriológica com uma hierarquização claramente de tipo Kraepeliniano, por sua vez, o DSM-II, de 1968, embora

conservasse o princípio de exclusão hierárquica para as Psicoses Orgânicas, não era preciso quanto a essa hierarquização relativamente às Perturbações Psicóticas e Neuróticas (Marques-Teixeira, 2001).

De acordo com Russo e Venâncio (2006), o DSM-I baseava-se numa compreensão “psicossocial” da doença mental, concebida como uma reacção a problemas da vida e situações de dificuldade impingidas individualmente. A influência exercida pela psicanálise encontra-se evidenciada nesta primeira edição do DSM, pelo uso frequente de conceitos como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”.

No DSM-I, a ansiedade é descrita como sendo a principal característica das Perturbações Psiconeuróticas, a qual pode ser sentida e manifestada de forma directa ou controlada de forma inconsciente e automática, através da utilização de vários mecanismos de defesa, tais como, a conversão e o deslocamento. A ansiedade nestas Perturbações é um sinal de perigo sentido e percebido pela parte consciente da personalidade. É produzida por uma ameaça dentro da personalidade, como por exemplo, por emoções reprimidas que incluem impulsos agressivos, bem como, hostilidade e ressentimento, com ou sem a estimulação de situações externas, tais como, a perda do amor, perda de prestígio, ou, ameaça de prejuízo (APA, 1952).

As categorias de Psiconeuroses descritas no DSM-I incluem: Reacção Ansiosa; Reacção Dissociativa; Reacção Conversiva; Reacção Fóbica; Reacção Obsessivo-Compulsiva; Reacção Depressiva e Outra Reacção Psiconeurótica (APA, 1952).

Na edição seguinte do manual (DSM-II), o modo psicanalítico de compreender a perturbação mental tornou-se ainda mais evidente. No DSM-II foi abandonado, entre outros, o uso da noção de concepção “biopsicossocial” das perturbações mentais, surgindo em seu lugar um modo específico de conceber a doença mental, que corresponderia a níveis de desorganização psicológica do indivíduo (Russo et al., 2006).

Ainda segundo Russo et al. (2006), a substituição da primeira pela segunda edição do DSM, não significou uma ruptura importante em termos das concepções dominantes no campo, mas veio antes expressar a hegemonia psicanalítica no que diz respeito à compreensão (e possível tratamento) da doença mental. A história das edições posteriores do DSM demonstra que essa hegemonia deu claros sinais de enfraquecimento, como veremos de seguida.

É ainda de mencionar, que de acordo com o DSM-II, a ansiedade é descrita como sendo a principal característica das Neuroses, e pode ser sentida e manifestada de forma directa ou ser controlada de forma inconsciente e automática por conversão, deslocamento e vários outros mecanismos psicológicos. Por sua vez, estes mecanismos, geralmente, produzem sintomas que são experienciados como uma inquietação subjectiva, a qual o paciente deseja atenuar. As

categorias de Neuroses descritas no DSM-II são: Neurose de Ansiedade (ou de Angústia); Neurose Histórica do Tipo Dissociativo e do Tipo Conversivo; Neurose Fóbica; Neurose Obsessivo-Compulsiva; Neurose Depressiva; Neurose Neurastênica (Neurastenia); Neurose de Despersonalização (Síndrome de Despersonalização); Neurose Hipocondríaca e Outras Neuroses. (APA, 1968).

De acordo com Gomes de Matos et al. (2005), o DSM-III foi o mais revolucionário de todos e tornou-se um marco na história da psiquiatria moderna.

Este veio incluir novas características relativas aos critérios de diagnóstico, uma abordagem multiaxial para a avaliação, descrições de maior expansão relativas às Perturbações e várias categorias adicionais e, por outro lado, deixou de incluir várias categorias consagradas ao longo do tempo (APA, 1980).

Concretamente, foram descritas novas categorias diagnósticas, como por exemplo, a Neurose de Ansiedade foi subdividida em PP com e sem Agorafobia e PAG, a FS tornou-se uma entidade nosológica própria e a Psicose Maníaco-Depressiva passou a ser denominada de Perturbação do Humor Bipolar, com ou sem sintomas psicóticos (Gomes de Matos, et. al., 2005).

Mais ainda, muitas palavras passaram a ser evitadas, como o termo “Neurose”, por exemplo, que deixou de ser usado de forma a não suscitar questões etiológicas, bem como, a palavra histeria, pelo mesmo motivo. A expressão “doença mental” foi substituída por “perturbação mental”, entre outras coisas (Gomes de Matos et al., 2005).

Ainda relativamente ao DSM-III, cerca de 60% das perturbações apresentavam critérios de exclusão hierárquica, baseados na intensidade da alteração funcional do sujeito em consequência da perturbação apresentada (Marques-Teixeira, 2001).

Assim, um paciente diagnosticado como esquizofrénico, por exemplo, não poderia receber o diagnóstico simultâneo de PP. A Esquizofrenia, patologia mais grave, era considerada hierarquicamente superior ao quadro do Pânico. Desta forma, era atendida a velha máxima da medicina, que preconiza a identificação de uma única patologia para explicar todos os sintomas que compõem o quadro clínico de um paciente (Gomes de Matos et al., 2005).

No entanto, em 1987, com a publicação do DSM-III-R, esta hierarquia foi abolida e o manual passou a incentivar a elaboração simultânea de dois ou mais diagnósticos num mesmo paciente, surgindo assim, o conceito de comorbilidade em psiquiatria, que foi confirmado pelo DSM-IV e amplamente difundido nos anos 90, sendo utilizado regularmente nos dias de hoje (Gomes de Matos et al., 2005).

Segundo Wang (2011), a quarta edição do DSM foi repleta de ressalvas e críticas pelos especialistas da saúde mental. As categorias diagnósticas do DSM-IV são definidas como um padrão de comportamento ou síndrome psicológica, clinicamente significativa (com sofrimento, incapacitação ou perda da liberdade individual), que não representa respostas esperadas ou culturalmente sancionadas (por exemplo, reacção de luto), nem desvios e conflitos socialmente determinados (por exemplo, política, religião e sexualidade).

A classificação no DSM-IV é baseada numa lista ideal de sintomas, sem que a sua causalidade seja presumida ou exigida, e segue uma abordagem categórica. De acordo com o DSM-IV, dois indivíduos que se queixem de quatro dos nove sintomas definidores de Depressão Major, por exemplo, são diagnosticados e tratados como equivalentes, sem se tomar em consideração a intensidade dos sintomas de ambos (Wang, 2011).

Como já foi mencionado, no ano de 2000, o manual sofreu uma nova reformulação (DSM-IV-TR). Esta edição vem ampliar as informações acerca de cada diagnóstico e mantém-se mais próxima da nomenclatura utilizada pela CID (Catani, 2014).

Quanto ao DSM-5, este veio trazer alterações significativas. Uma das inovações prende-se com o facto de ter vindo incorporar critérios dimensionais no diagnóstico. Esta alteração teve como objectivo a facilitação e a fluidez no diagnóstico, bem como, a aproximação à realidade terapêutica (APA, 2013/2014).

Outra alteração foi a adopção de um limiar mais baixo de diferenciação entre a doença mental e a saúde mental. Condições previamente não incluídas nas classificações psiquiátricas, como, por exemplo, Perturbação Neurocognitiva Ligeira e Perturbação de Desregulação do Humor Disruptivo, passaram à categoria de diagnósticos, e ainda, a presença de uma situação de luto deixou de excluir o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major (APA, 2013/2014).

No que respeita às alterações no DSM-5 relativamente às Perturbações de Ansiedade, os diagnósticos de POC, Perturbação Aguda de Stress e PSPT, foram colocados em novos capítulos (Araújo et al., 2014).

O diagnóstico de quadros fóbicos (Agorafobia, FE e FS) deixou de exigir que o indivíduo com mais de 18 anos reconheça o seu medo como excessivo ou irracional, visto que muitos pacientes tendem a superestimar o perigo oferecido pelo objecto ou evento fóbico em questão. A duração mínima para o diagnóstico dessas perturbações passa a ser de seis meses para todas as idades (Araújo et al., 2014).

A PP e a Agorafobia foram separadas como diagnósticos independentes, reconhecendo a existência de casos nos quais a Agorafobia ocorre sem a presença de sintomas de pânico. Além disso, a observação de que o ataque de pânico pode ocorrer como comorbilidade em

outras perturbações mentais, que não as Perturbações de Ansiedade fez com que o DSM-5 incluísse o ataque de pânico como especificador para todas as demais perturbações (Araújo et al., 2014).

A PAS e o MS saíram do extinto capítulo das “Perturbações Geralmente Diagnosticadas pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência” e passaram a pertencer às Perturbações de Ansiedade. Os critérios diagnósticos para a PAS são semelhantes aos do antigo manual, mas aceitam que os sintomas tenham início em indivíduos com mais de 18 anos. Os critérios para o diagnóstico de MS foram praticamente inalterados (Araújo et al., 2014).

De acordo com Sandín (2013), embora o comité de direcção e os grupos de trabalho do DSM-5 tenham efectuado um grande e trabalhoso esforço na tentativa de realizar a melhor classificação possível no que toca às perturbações mentais, o seu caminho tem sido caracterizada por um nível excepcional de debate tenso. Este nível de debate, talvez, tenha sido agravado pela diversidade de modelos teóricos e escolas de psicopatologia e intervenção em saúde mental, bem como, a elevada participação de pessoas e grupos de diferentes áreas (não necessariamente psiquiatria ou psicologia clínica).

As críticas referiram, muitas vezes, questões como: dificuldades na diferenciação entre o normal e o patológico; a necessidade de se voltar a modelos filosóficos da psicopatologia; a inadequação do modelo médico e a demanda por modelos mais psicossociais e contextuais, entre outras (Sandín, 2013).

Outras críticas têm a ver com aspectos do conteúdo do manual, tais como, as alterações nos critérios diagnósticos relativamente aos descritos no DSM-IV, e também, às propostas de novas perturbações mentais. O DSM-5 reflecte, sem dúvida, aspectos positivos, bem como, negativos (Sandín, 2013).

Entre os aspectos positivos inclui-se, a sua tentativa em dar um passo além do paradigma dos DSM-III/IV, com a incorporação de variáveis dimensionais na classificação psicopatológica, como já foi dito anteriormente (Sandín, 2013).

Embora, apenas se tenha conseguido introduzir alguns espectros (autismo, esquizofrenia, POC, etc.), uma nova abordagem híbrida (categórico-dimensional) para classificar as perturbações de personalidade e um esquema de avaliação dimensional (avaliações transversais e sobre gravidade), este foi um passo importante para incorporar, explicitamente, conceitos dimensionais (Sandín, 2013).

No entanto, o DSM-5 também reflecte aspectos negativos. Para além dos problemas que podem surgir com o diagnóstico de algumas novas perturbações (por exemplo, Perturbação Neurocognitiva Ligeira, Perturbação de Sintomas Somáticos, etc.), e na opinião do autor, um

aspecto negativo é que, embora o DSM-5 continue a ser um sistema de classificação ateórico, talvez esteja impregnado de forma excessiva no modelo biomédico.

Segundo Sandín (2013), existem actualmente provas suficientes para se ser céptico acerca da utilidade clínica da classificação baseada na biologia.

Por fim, é fulcral salientar, que uma característica crucial, nas diferentes versões do DSM, foi o aumento progressivo do número de categorias nosográficas, de forma que as particularidades comportamentais foram sendo cada vez mais colocadas em evidência, de maneira detalhada. Assim, se o DSM-I contava com 106 categorias diagnósticas, o DSM-III contava já com 265 categorias e o DSM-IV com 297, o DSM-5 conta com mais de 400 categorias diagnósticas (Birman, 2014).

2.3. Validade Discriminante, Fiabilidade e Comorbilidade Diagnóstica no Âmbito das Perturbações de Ansiedade

De acordo com McWilliams (2011), embora um sincero esforço para aumentar a validade e a fiabilidade tenha inspirado as consequentes edições do DSM, a validade e a fiabilidade dos DSM's pós 1980, ano em que foi publicado a terceira edição do DSM (DSM-III), têm sido cada vez menores.

Neste âmbito, e de acordo com Barlow e Wincze (1998), com o aparecimento do DSM-III, nos EUA, uma nova perturbação, denominada de PAG, foi estabelecida separadamente da PP. Uma vez que a PAG foi relegada a uma categoria residual, acabou por gerar uma certa confusão no diagnóstico. Embora a versão revista da terceira edição do DSM (DSM-III-R) tenha removido a PAG como uma categoria residual, também veio complicar o exame clínico necessário para se obter um diagnóstico de PAG. Com a publicação do DSM-IV, a PAG foi ainda mais aperfeiçoada, numa tentativa de melhorar a fiabilidade, bem como, a discriminabilidade da perturbação. No entanto, continuam a haver controvérsias neste sentido, e uma série de questões permanecem sem solução.

No âmbito de um estudo sobre a fiabilidade do Inventário de Sintomas Psiquiátricos do DSM-III, cujos métodos utilizados foram o método do entrevistador-observador e de consistência interna, dos 39 diagnósticos investigados apenas 11 apresentaram condições para o cálculo do coeficiente de fiabilidade Kappa (Andreoli et al., 2001).

A maior parte desses 11 diagnósticos, relativos a toda a vida do sujeito, apresentaram um coeficiente Kappa acima de 0,75. Os diagnósticos que apresentaram concordância excelente

foram os de Agorafobia ($k = 1,00$), Perturbação Distímica ($k = 1,00$), outras Perturbações Psicóticas ($k = 1,00$), Abuso e Dependência de Álcool ($k = 1,00$) e o diagnóstico de Dependência de Tabaco ($k = 0,80$; $p < 0,01$). O diagnóstico de PAG ($k = 0,46$; $p < 0,05$) apresentou uma concordância suficiente e o diagnóstico de outras Perturbações de Ansiedade ($k = 0,34$; $p < 0,05$) apresentou uma concordância pobre (Andreoli et al., 2001).

Para os diagnósticos relativos ao último ano de vida do sujeito, foi possível calcular o coeficiente de fiabilidade Kappa de seis diagnósticos. Destes, o diagnóstico de PAG ($k = 1,00$) apresentou concordância excelente, o diagnóstico de Fobia Simples ($k = 0,64$) apresentou concordância boa e os diagnósticos de outras Perturbações de Ansiedade ($k = 0,34$), Abuso de Álcool ($k = 0,35$) e Dependência de Álcool ($k = 0,35$) apresentaram concordância pobre (Andreoli et al., 2001).

Em 1994 foi publicado pela APA o DSM-IV, como já foi mencionado, que introduziu algumas modificações em relação à versão anterior, com o objetivo de aumentar a validade dos critérios diagnósticos propostos (Del-Ben et al., 2001).

Posto isto, com o objectivo de verificar a aplicabilidade da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica – *Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinical Version* (SCID-CV) na prática clínica, foi levado a cabo um estudo de fiabilidade, através do método teste-reteste, da versão do instrumento traduzido e adaptado para português (Del-Ben et al., 2001).

Neste sentido, os resultados obtidos sugeriram que a SCID-CV traduzida e adaptada para o português é um instrumento que permite bons índices de fiabilidade do diagnóstico psiquiátrico, já que a concordância geral da entrevista foi bastante satisfatória, bem como, a concordância obtida nas categorias diagnósticas maiores e na grande maioria das categorias diagnósticas específicas, submetidas ao tratamento estatístico. A excepção residiu no diagnóstico de ASHPP, que não apresentou uma concordância estatisticamente significativa. Esta baixa fiabilidade poderá estar relacionada com a própria validade dessa mesma categoria diagnóstica (Del-Ben et al., 2001).

A concordância obtida neste estudo para as Perturbações de Ansiedade foi satisfatória, mas menor do que aquela obtida para outras categorias diagnósticas maiores. Uma vez que a amostra era reduzida, não foi possível realizar um tratamento estatístico apropriado para outras Perturbações de Ansiedade, como FE, FS e PAG, para as quais também não constam critérios específicos na estrutura da entrevista. Entretanto, para essas categorias também foram observadas discrepâncias entre os diagnósticos obtidos na primeira e na segunda entrevista (Del-Ben et al., 2001).

Quanto ao DSM-5, Dunker (2014), afirma que este vem dar continuidade à descaracterização dos grandes quadros e à fragmentação de unidades sintomáticas cada vez menores.

Segundo o autor, um estudo Holandês demonstrou que a fiabilidade das categorias hoje utilizadas pelo DSM-5 encontra-se em níveis menores relativamente aos estabelecidos nas primeiras edições do Manual. É de notar que o grande argumento para a introdução de um código específico a ser utilizado pelo sistema de saúde mental Americano, redigido pela APA, foi precisamente, a necessidade de categorias que fossem mais confiáveis e consensuais, ou seja, que permitisse a diferentes psiquiatras de distintas orientações teóricas ou clínicas, serem capazes de olhar para o mesmo paciente e chegar ao mesmo diagnóstico. Isso dependeria, então, de um “corte” mais restrito e de uma objectivação mais clara dos sintomas, traços e sinais. Para isso, é imperativa a existência de certos patamares estatisticamente verificáveis cuja força e precisão são estabelecidos por convenção.

Desta forma, e de acordo Dunker (2014), sendo que as categorias de alta precisão são fundamentais, então, devem-se elevar os patamares de fiabilidade, tendo isto sido feito nos primeiros anos do DSM. No entanto, com o seu triunfo como código de referência para a saúde mental, e com o seu emparceiramento crescente com a classificação geral de doenças produzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - Classificação Internacional de Doenças (CID) -, os patamares de fiabilidade, inclusive para a inclusão de novas perturbações, foram sendo reduzidos. Isso é revelador de uma política “ampliacionista”, que leva a uma inclusão indiscriminada de pessoas no campo da doença mental.

Relativamente à comorbilidade diagnóstica, esta refere-se à noção de co-ocorrência sintomática, e é definida pela existência, num mesmo paciente, de um reagrupamento sintomático, cujos elementos não são individualmente específicos de uma perturbação. (Marques-Teixeira, 2001).

Podem ocorrer casos em que várias perturbações estão presentes ao mesmo tempo no indivíduo e em que não é possível identificar o que é primário e o que não é, sendo, por isso, mais correcto referir que esse paciente apresenta mais que um diagnóstico coexistente (comorbilidade) (Castillo, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000).

É estimado que cerca de metade das crianças com Perturbações de Ansiedade tenham também outra Perturbação de Ansiedade (Bernstein, Borchardt, & Perwien, 1996).

De facto, a elevada comorbilidade entre Perturbações de Ansiedade é mencionada no DSM-5. Mais concretamente, no âmbito de crianças com PAS, existe uma comorbilidade

elevada com a PAG e FS. Quanto aos adultos, as comorbilidades comuns incluem FE, PSPT, PP, PAG, FS, Agorafobia, entre outras (APA, 2013/2014).

No caso do MS, as condições comórbidas mais comuns são outras Perturbações de Ansiedade, encontrando-se em primeiro lugar a FS, seguida da PAS e FE (APA, 2013/2014).

Sujeitos com FE têm o risco aumentado de desenvolver outras perturbações, incluindo outras Perturbações de Ansiedade (APA, 2013/2014).

No caso da prevalência da PP, esta é elevada em indivíduos com outras perturbações, particularmente outras Perturbações de Ansiedade (e sobretudo Agorafobia) (APA, 2013/2014).

Ainda de acordo com o DSM-5 (APA, 2013/2014), a maioria dos sujeitos com Agorafobia também tem outras perturbações mentais. Os diagnósticos adicionais mais frequentes incluem outras Perturbações de Ansiedade, Perturbações Depressivas, PSPT e Perturbação de Uso de Álcool, mais ainda, outras Perturbações de Ansiedade, muitas vezes, precedem o aparecimento de Agorafobia

Em relação às comorbilidades em sujeitos cuja apresentação preencha os critérios para o diagnóstico de PAG, é provável que tenham preenchido, ou preencham, critérios para o diagnóstico de outras Perturbações de Ansiedade (APA, 2013/2014).

Posto isto, foi elaborado um estudo por Lipsitz et al. (1994), com o objectivo de analisar a relação entre a PAS na infância, relatada de forma retrospectiva, e Perturbações de Ansiedade em adultos, tendo por base os critérios do DSM-III-R, em 252 pacientes numa clínica de pesquisa de Perturbações de Ansiedade.

Os resultados demonstraram que a prevalência da PAS na infância foi significativamente maior entre pacientes com dois ou mais diagnósticos de Perturbações de Ansiedade na idade adulta, em relação a pacientes com apenas uma Perturbação de Ansiedade. Isto sugere que a PAS durante a infância pode ser um factor de risco para o surgimento de múltiplas síndromes de ansiedade na idade adulta (Lipsitz et al., 1994).

Em outro estudo, realizado por Manfro, Isolan, Blaya, Santos e Silva (2002), que pretendia avaliar a relação entre a história de Perturbações de Ansiedade na infância e a PP na vida adulta, foi encontrado um número substancial de pacientes com PP que apresentavam história de Perturbações de Ansiedade na infância.

Observou-se ainda, que a presença de ansiedade na infância, mais especificamente ansiedade generalizada, está associada à presença de Depressão e de Agorafobia na vida adulta (Manfro et al., 2002).

Mais ainda, um estudo executado por Fernandes (2014), cuja amostra era composta por indivíduos com FS, foram encontradas comorbilidades com outras perturbações,

concretamente, seis indivíduos preencheram também critérios para PP (18.80 %), dois para Agorafobia (6.30 %), cinco para a PAG (15.60 %), dois para a POC (6.30 %), quatro para a FE (12.50 %), um para a PSPT (3.10 %) e oito para o Episódio Depressivo Major (25 %).

Júnior (2010) afirma, que tal como em adultos, as Perturbações de Ansiedade em crianças apresentam frequentemente comorbilidade entre elas.

Desta forma, e com o objectivo de avaliar, numa amostra comunitária de crianças e adolescentes, a presença de comorbilidades nas diferentes Perturbações de Ansiedade em comparação com um grupo de controlo, Júnior (2010), verificou que pacientes com Perturbações de Ansiedade apresentaram mais comorbilidades com outras Perturbações de Ansiedade, como também, Depressão e enurese em comparação ao grupo de controlo.

Ainda no mesmo âmbito, num estudo conduzido por Mansur de Souza (2011), cuja amostra foi composta por crianças e adolescentes com Perturbações de Ansiedade, o diagnóstico mais frequente foi o de PAG (n=23; 82%) e todos os pacientes apresentavam pelo menos mais de uma comorbilidade, sobretudo com outra Perturbação de Ansiedade.

Tendo em conta que as Perturbações de Ansiedade apresentam níveis cada vez mais fracos no que respeita à sua validade discriminante e fiabilidade, e por outro lado, uma elevada comorbilidade entre si, será de facto legítima e vantajosa a sua nosografia, que se apresenta ao longo das novas edições do DSM, cada vez mais detalhada e diferenciada? Ou será que esta divisão categórica minuciosa se vem traduzir como menos respeitadora e compreensiva face à origem da problemática interna do sujeito que sofra de uma perturbação ansiosa?

2.4. Perturbações de Ansiedade de acordo com o DSM-5

De acordo com o DSM-5 (APA, 2013/2014), as Perturbações de Ansiedade englobam perturbações que partilham entre si características de medo e ansiedade excessivos, bem como, comportamentos relacionados. Neste sentido, *medo* é a resposta emocional face a uma ameaça iminente real ou percebida, e *ansiedade* é a antecipação de uma ameaça futura. Naturalmente que ambos os estados se sobrepõem, no entanto, também divergem, sendo o medo mais vezes associado a picos de excitação autonómica necessários à luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, enquanto a ansiedade está mais vezes associada a tensão muscular e a estados de vigilância em preparação para perigos futuros e comportamentos cautelosos e de evitamento.

As Perturbações de Ansiedade diferem entre si nos tipos de objectos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamentos de evitamento, e na ideação cognitiva associada.

Estas perturbações tendem a ter uma elevada comorbilidade entre si, podendo ser diferenciadas pelo exame minucioso dos tipos de situações receadas ou evitadas e do conteúdo presente nos pensamentos ou crenças associados (APA, 2013/2014).

2.5. Características de Diagnóstico; Desenvolvimento e Curso; Factores de Risco e de Prognóstico em:

2.5.1. Perturbação de Ansiedade de Separação

De acordo com o DSM-5 (APA, 2013/2014), a característica fundamental da PAS consiste em um medo ou ansiedade excessivos face à separação de casa ou das figuras de vinculação. A ansiedade é superior ao que é esperado em relação ao nível de desenvolvimento do indivíduo. Sujeitos com PAS têm sintomas que preenchem pelo menos três dos seguintes critérios: experienciam preocupação excessiva recorrente quando é antecipada ou ocorre a separação da casa ou de figuras de vinculação importantes; quando se preocupam com o bem-estar ou morte das figuras de vinculação, particularmente quando estão separadas das mesmas, necessitam de saber onde elas estão e querem manter o contacto com elas; preocupam-se com acontecimentos adversos que possam suceder a si próprios, como por exemplo ter um acidente, que os possam impedir de se voltarem a reunir com as figuras de vinculação mais importantes; são relutantes ou recusam sair sozinhos por medo de separação; têm medo ou relutância persistentes e excessivos de estar sozinhos ou sem as figuras de vinculação importantes em casa ou noutros contextos; têm relutância ou recusa persistentes em adormecer sem ter próxima uma figura de vinculação importante ou em dormir fora de casa e, por fim, podem ter pesadelos repetidos com um conteúdo que traduz a sua ansiedade de separação, como a destruição da família num incêndio. Nas crianças, quando ocorre ou foi antecipada a separação das figuras de vinculação mais importantes, são comuns sintomas físicos como dores de cabeça, náuseas, vómitos entre outros, enquanto sintomas cardiovasculares como palpitações, tonturas ou sensação de desmaio, são mais comuns em adolescentes e adultos.

Passando agora para o desenvolvimento e curso, o início da PAS pode ser precoce, mais propriamente na idade pré-escolar, mas também pode ocorrer em qualquer altura durante a infância, e em casos mais raros, durante a adolescência. Há tipicamente períodos de exacerbação e de remissão. Em alguns casos, quer a ansiedade por uma possível separação quer o evitamento de situações que impliquem a separação de casa ou do núcleo familiar podem persistir ao longo da vida adulta (APA, 2013/2014).

Em termos de factores de risco e de prognóstico, a nível ambiental a PAS desenvolve-se, muitas vezes, depois de acontecimentos de vida stressantes, sobretudo uma perda. Ainda, a protecção excessiva dos pais, bem como a intrusividade, pode estar associada a esta perturbação. A nível genético e fisiológico, esta perturbação em crianças pode ser hereditária (APA, 2013/2014).

2.5.2. Mutismo Selectivo

Segundo o DSM-5 (APA, 2013/2014), as crianças com MS quando em encontros com outras pessoas em interacções sociais, não iniciam o discurso ou não respondem quando os outros lhes falam. A falta de discurso ocorre nas interacções sociais com adultos ou crianças. Crianças com MS falam nas suas casas na presença dos membros da família próxima, mas, muitas vezes, nem mesmo com amigos próximos ou familiares de segundo grau falam. A perturbação é muitas vezes marcada por ansiedade social elevada. Na escola, estas crianças recusam, muitas vezes, falar, o que vai ter influência no seu rendimento escolar.

Quanto ao desenvolvimento e curso desta perturbação, regra geral, o seu início verifica-se antes dos 5 anos de idade, mas pode não ser clinicamente detectada até à entrada na escola, onde surge o aumento da interacção social (APA, 2013/2014).

Os factores de risco para o MS não estão bem identificados. A afectividade negativa (neuroticismo) ou inibição comportamental podem desempenhar um papel, bem como a história parental de timidez, isolamento social e ansiedade social. A nível ambiental, os pais de crianças com MS foram descritos como excessivamente protectores e mais controladores do que os pais de crianças com outra Perturbação de Ansiedade ou sem perturbações. Devido à significativa sobreposição entre o MS e a FS, poderão existir factores genéticos comuns a ambas as condições (APA, 2013/2014).

2.5.3. Fobia Específica

A característica-chave desta perturbação é o medo ou a ansiedade circunscritos à presença de uma situação ou objecto particular, a qual pode ser designada por *estímulo fóbico*. De forma a cumprir os critérios de diagnóstico, o medo e a ansiedade devem ser intensos ou graves. A quantidade de medo experimentado pode variar com a proximidade ao objecto ou situação temida e pode ocorrer em antecipação ou na presença do objecto ou situação. Outra característica desta perturbação é que o medo ou a ansiedade são evocados quase sempre que o sujeito está em contacto com o estímulo fóbico. Outro critério assenta no facto do sujeito evitar

activamente a situação, mas, se não consegue ou decide não a evitar, a situação ou objecto vão desencadear medo e ansiedade intensos. *Evitamento activo* significa que o indivíduo se comporta de forma intencional no sentido de prevenir ou minimizar o contacto com os objectos ou situações fóbicos. Os comportamentos de evitamento ou recusa continuada em participar em actividades que possam envolver a exposição a um objecto ou situação fóbica podem, na ausência de manifesta ansiedade ou pânico, ser úteis na confirmação do diagnóstico. O medo ou a ansiedade são desproporcionais ao perigo real que o objecto ou situação apresentam, ou mais intensos do que é considerado necessário, mas o contexto sociocultural do sujeito tem de ser tomado em consideração (APA, 2013/2014).

No que toca ao desenvolvimento e curso, esta perturbação desenvolve-se por norma durante o início da infância com a maioria dos casos a surgir antes dos 10 anos de idade. É improvável que as fobias que persistem na idade adulta reitam (APA, 2013/2014).

Em relação aos factores de risco temperamentais para uma FE, tais como, neuroticismo ou inibição comportamental, são também factores de risco para outras Perturbações de Ansiedade. Os factores de risco ambientais para Fobias Específicas, tais como, protecção parental excessiva, perda ou separação parental e abuso físico e sexual, podem ser preditivos de outras Perturbações de Ansiedade (APA, 2013/2014).

2.5.4. Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social)

A característica central da Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social) é o medo e a ansiedade intensos em situações sociais nas quais o sujeito possa ser escrutinado pelos outros. Nas crianças, o medo ou ansiedade deve estar presente junto dos pares e não apenas durante a interacção com adultos. Quando exposto a situações sociais, o sujeito teme que possa ser avaliado negativamente. As situações sociais provocam quase sempre medo ou ansiedade. A ansiedade antecipatória pode, por vezes, ocorrer bastante antes das situações. O indivíduo evitará, muitas vezes, situações sociais que receia. Em alternativa, as situações são enfrentadas com medo ou ansiedade acentuada. O medo ou a ansiedade são considerados desproporcionais ao risco real de ser avaliado negativamente ou às consequências de tal avaliação (APA, 2013/2014).

Relativamente ao desenvolvimento e curso da FS, a idade média do seu aparecimento nos EUA é aos 13 anos de idade. No entanto, o seu aparecimento pode acontecer na primeira infância. Esta perturbação pode diminuir depois que um sujeito com medo de namorar case, e pode reemergir após um divórcio (APA, 2013/2014).

No que concerne aos factores de risco e de prognóstico, a nível temperamental, os traços subjacentes que predispõem os sujeitos a FS incluem inibição de comportamento e medo de avaliações negativas. Mais ainda, a FS é hereditária (APA, 2013/2014).

2.5.5. Perturbação de Pânico

A PP refere-se aos ataques de pânico inesperados recorrentes. O ataque de pânico é um período abrupto de medo ou desconforto intensos que atinge o seu pico em minutos e, durante o qual, quatro ou mais de uma lista de treze sintomas físicos e cognitivos ocorrem. Para o diagnóstico de PP é necessário que ocorra mais do que um ataque de pânico inesperado completo. As preocupações relativas aos ataques de pânico ou às suas consequências relacionam-se geralmente com aspectos físicos, tais como, preocupação de que os ataques indiquem a presença de uma doença ameaçadora da vida; sociais, como embaraço ou medo de ser julgado negativamente pelos outros devido a sintomas de pânico observáveis ou sobre o funcionamento mental, como enlouquecer ou perder o controlo (APA, 2013/2014).

Passando agora para o seu desenvolvimento e curso, nos EUA, a idade média de início da PP é entre os 20 e os 24 anos. Um pequeno número de casos tem o seu início na infância, e, o seu início após os 45 anos é pouco habitual. O curso natural, caso a perturbação não seja tratada, é crónico mas com períodos recorrentes de agravamento e melhoria. Embora os ataques de pânico sejam muito raros na infância, muitas vezes, a primeira ocorrência de «momentos assustadores» reporta-se retrospectivamente à infância. Muitos sujeitos mais velhos com «sensações de pânico» apresentam um «híbrido» de ataques de pânico com sintomas limitados e ansiedade generalizada (APA, 2013/2014).

Em relação aos factores de risco temperamentais, o neuroticismo e a sensibilidade à ansiedade, são factores de risco para o início de ataques de pânico, mas a sua importância para o diagnóstico de PP é desconhecida. Apesar de a ansiedade de separação na infância poder preceder, principalmente quando grave, o desenvolvimento da PP, não é um factor de risco consistente. A nível ambiental, relatos de crianças vítimas de abuso físico e sexual são mais comuns na PP do que noutras Perturbações de Ansiedade. A maioria dos sujeitos identifica factores de stress nos meses anteriores ao primeiro ataque de pânico (APA, 2013/2014).

2.5.6. Especificador do Ataque de Pânico

A característica fundamental do ataque de pânico é um período abrupto de medo ou desconforto intensos que atinge um pico em minutos e, durante o qual, se desenvolvem quatro

ou mais de uma lista de treze sintomas físicos e cognitivos. Desses treze, onze são físicos, como palpitações, náuseas, suores e sensação de tontura, desmaio ou cabeça vazia, e dois são cognitivos, por exemplo, medo de perder o controlo ou de «enlouquecer» e medo de morrer (APA, 2013/2014).

Quanto ao seu desenvolvimento e curso, nos EUA, a média para o aparecimento dos ataques de pânico é entre os 22 e 23 anos de idade nos adultos (APA, 2013/2014).

Em relação a factores de risco temperamentais destacam-se o neuroticismo e sensibilidade à ansiedade, como factores de risco para o início de ataques de pânico. Muitos indivíduos identificam factores de stress nos meses anteriores ao primeiro ataque de pânico (APA, 2013/2014).

2.5.7. Agorafobia

A característica central da Agorafobia é o medo ou ansiedade acentuados, ou intensos, desencadeados pela exposição real, ou pela antecipação a um amplo conjunto de situações. O diagnóstico requer a presença de sintomas em pelo menos duas das seguintes cinco situações: utilização de transportes públicos; estar em espaços abertos, tais como mercados, parques de estacionamento ou pontes; estar em espaços fechados, como cinemas ou lojas; estar de pé numa fila ou numa multidão ou estar fora de casa sozinho. O medo ou ansiedade podem tomar a forma de ataque de pânico com sintomas completos ou limitados. Também, medo ou ansiedade são evocados quase sempre que um sujeito contacta com a situação temida. O sujeito evita activamente a situação ou, se não é capaz de evitá-la ou escolhe não o fazer, a situação desencadeia medo ou ansiedade intensos. O medo, ansiedade ou evitamento têm de ser desproporcionados relativamente ao perigo real que as situações agorafóbicas pressupõem e ao contexto sociocultural (APA, 2013/2014).

Passando agora para o desenvolvimento e curso, em dois terços de todos os casos de Agorafobia, o aparecimento inicial é anterior aos 35 anos. Existe um risco substancial de incidência no final da adolescência e início da idade adulta. O seu início na infância é raro. A idade média global do aparecimento da Agorafobia é aos 17 anos. O seu curso é tipicamente persistente e crónico (APA, 2013/2014).

No que concerne aos factores de risco temperamentais, a inibição comportamental e a disposição neurótica estão fortemente relacionadas com a Agorafobia. No âmbito ambiental, acontecimentos negativos na infância, como a morte de um progenitor, e outros acontecimentos stressantes, como ser atacado, estão associados ao início da Agorafobia. Além disso, sujeitos

com Agorafobia descrevem o ambiente familiar e educacional como sendo caracterizado por afectos reduzidos e protecção excessiva. No âmbito genético e fisiológico, a hereditariedade na Agorafobia é de 61% (APA, 2013/2014).

2.5.8. Perturbação de Ansiedade Generalizada

A característica fulcral da PAG é ansiedade e preocupação excessivas (apreensão expectante) sobre vários acontecimentos e actividades. A intensidade, duração e frequência da ansiedade e preocupação são desproporcionadas em relação à probabilidade real ou impacto do acontecimento antecipado. A ansiedade e preocupação são acompanhadas por pelo menos três dos seguintes sintomas adicionais: agitação ou nervosismo ou tensão interior, fadiga fácil, dificuldades na concentração ou mente vazia, irritabilidade, tensão muscular e Perturbações do Sono, embora para as crianças apenas um sintoma adicional seja requerido (APA, 2013/2014).

Relativamente ao desenvolvimento e curso, muitos sujeitos com esta perturbação relatam que se sentiram ansiosos e nervosos toda a sua vida. A média de idades de início da PAG é aos 30 anos, todavia a idade de início é muito variável. Os sintomas da PAG tendem a ser crónicos e a ter agravamento e melhoria recorrentes ao longo da vida (APA, 2013/2014).

Quanto aos factores de risco e de prognóstico, em termos dos temperamentos, a inibição comportamental, o neuroticismo e o evitamento de danos estão associados a PAG. No que toca aos factores ambientais, embora as adversidades da infância e a protecção parental excessiva estejam associadas a esta perturbação, não há factores ambientais identificados como sendo específicos para a perturbação ou como sendo necessários ou suficientes para estabelecer o diagnóstico (APA, 2013/2014).

2.6. Intervenções Psicoterapêuticas no âmbito de:

2.6.1. Perturbação de Ansiedade de Separação

Segundo Ponton (2006/2013) existe uma série de tratamentos habitualmente utilizados no âmbito da PAS, a maioria dos quais centram-se em um ou mais tipos de psicoterapia. Tal como acontece com a maioria das problemáticas na infância, quanto mais cedo a intervenção, mais provável é que o tratamento seja bem-sucedido.

De acordo com Choate, Pincus, Eyberg e Barlow (2005), existe investigação que sugere que a *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT), que pretende melhorar o comportamento da

criança alterando a interação entre pais e filhos, tem sido eficaz no tratamento de comportamentos disruptivos em crianças pequenas.

Este tipo de terapia encontra as suas bases nas teorias da vinculação e da aprendizagem social (Sturmey & Hersen, 2012).

Neste sentido, Choate et al. (2005), decidiram realizar um estudo piloto com o objectivo de aplicar uma PCIT para o tratamento da PAS.

A amostra foi composta por três famílias, nas quais havia uma criança com idade compreendida entre os 4 e os 8 anos, com um diagnóstico primário de PAS. Após o tratamento, foram observadas alterações clinicamente significativas no que toca à ansiedade de separação. Também, os comportamentos disruptivos diminuíram e os ganhos obtidos foram mantidos, pelo menos, num intervalo de três meses, em que houve seguimento (Choate et al., 2005).

Estes resultados sugerem que a PCIT pode ser particularmente útil para o tratamento de crianças com PAS, a Perturbação de Ansiedade na infância com maior prevalência, e no entanto, que apresenta menos pesquisa (Choate et al., 2005).

Os resultados deste estudo apoiam a investigação, delineando a contribuição de factores familiares na ansiedade durante a infância (Choate et al., 2005).

É possível proporem-se vários mecanismos que possam ter sido responsáveis pela diminuição dramática no comportamento de separação ansiosa, observados durante a PCIT, nomeadamente, o aumento dos níveis de controlo por parte das crianças, o aumento do reforço social de comportamentos corajosos, a melhoria na vinculação pais-criança e a diminuição dos níveis de ansiedade dos pais (Choate et al., 2005).

Por fim, os resultados fornecem evidências iniciais promissoras de que a PCIT pode ser eficaz no tratamento de crianças com PAS (Choate et al., 2005).

De acordo com Thyer e Sowers-Hoag (1988), a PAS é uma variante de outras Perturbações de Ansiedade, e tem uma resposta positiva e semelhante aos tratamentos que incorporam elementos de exposição a estímulos que evocam ansiedade.

Segundo Ponton (2006/2013), a Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (PCC) é o principal tipo de tratamento usado para a PAS. Neste tipo de psicoterapia, o foco está em ensinar às crianças várias aptidões, concretamente, como reconhecer sentimentos ansiosos relativos à separação e como identificar as suas reações físicas face à ansiedade. As crianças são também ensinadas a identificar os seus pensamentos em situações de separação que provocam ansiedade e a desenvolver um plano para lidar com a situação de forma adaptada. É lhes ainda ensinado a avaliar o sucesso das estratégias de *coping* que utilizaram.

Além disso, as estratégias cognitivo-comportamentais, tais como, modelagem, *role-playing*, treino de relaxamento e técnicas de reforço, são utilizadas. As crianças são orientadas para desenvolverem uma lista de situações que são sentidas como um desafio para elas, como, por exemplo, ir a uma festa de aniversário sem o seu pai/mãe ou ficar em casa com uma ama. As crianças são ensinadas a implementar as suas aptidões de *coping*, enquanto enfrentam gradualmente cada uma dessas situações. Os sucessos das crianças são altamente elogiados pelo psicoterapeuta e pelos pais (Ponton, 2006/2013).

Segundo Ponton (2006/2013), e como já foi mencionado, investigações recentes sugerem que a incorporação dos pais de uma forma mais central no tratamento de crianças com Perturbações de Ansiedade pode ser extremamente útil na redução dos comportamentos ansiosos das mesmas e pode reforçar a eficácia e manutenção do tratamento.

Aos pais, muitas vezes, são ensinadas novas formas de interagir com os seus filhos, para que, os medos da criança não sejam inadvertidamente reforçados. São lhes ensinadas, ainda, formas de dar à criança elogios e reforço positivo para comportamentos corajosos (Ponton, 2006/2013).

No que toca a crianças mais novas que têm mais dificuldade em identificar os seus pensamentos, uma forma de psicoterapia de jogo pode ser utilizado. O psicoterapeuta valida os sentimentos da criança e ajuda a mesma a entender algumas das razões por detrás destes. O psicoterapeuta, em seguida, fornece formas alternativas de lidar com os sentimentos, com as quais uma criança mais nova se consiga relacionar (Ponton, 2006/2013).

De acordo com Mohatt, Bennett e Walkup (2014), tanto a PCC, como os Inibidores Selectivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), são tratamentos eficazes para a PAS, PAG e FS, em crianças e adolescentes. A combinação da PCC com um ISRS é superior à utilização de apenas uma destas formas de tratamento.

No que se refere à idade adulta, um estudo conduzido por Butcher (1983), que pretendia descrever o tratamento comportamental de uma ansiedade de separação contínua experimentada por um sujeito com 31 anos de idade, do sexo masculino, com uma longa história de fobia escolar na infância.

O paciente foi tratado com sucesso, através da utilização de uma grande variedade de estratégias comportamentais. Uma técnica psicoterapêutica considerada novidade foi utilizada: o paciente usava um bleeper que funcionava como um lembrete regular para que se preparasse para uma situação fóbica e para relaxar face à antecipação de acontecimentos considerados assustadores por este (Butcher, 1983).

Passando agora para outra abordagem de intervenção, foi conduzido um estudo por Muratori, Picchi, Bruni, Pattarnelo e Romagnoli (2003), com o objectivo de avaliar os efeitos a curto e longo prazo de uma Psicoterapia Psicodinâmica Breve (PPDB) em crianças com Perturbações de Internalização.

Na amostra foram incluídos sujeitos com Perturbações Depressivas e Ansiosas. Quanto às Perturbações Ansiosas, foram incluídos sujeitos com diagnósticos de PAG (5 sujeitos), PAS (17 sujeitos), e FE (12). O objectivo do tratamento consistia em evidenciar a natureza da problemática conflitual central e elucidar a sua ligação aos sintomas da criança e ao mundo representacional dos pais (Muratori et al., 2003).

A intervenção, com duração de onze semanas, foi elaborada da seguinte forma: primeiro foram realizadas cinco sessões com os pais e a criança, nas quais o psicoterapeuta possibilitava que as representações dos pais emergissem e reconhecia a ligação entre a reconstrução, por parte dos pais, da sua própria história e o comportamento da criança; posteriormente eram realizadas cinco sessões apenas com a criança, em que o psicoterapeuta, recorrendo a intervenções verbais e ao brincar, trabalhava no sentido de levar a criança a focar a sua percepção no sintoma e no seu papel defensivo e, por fim, era realizada novamente uma sessão com os pais e criança, onde o psicoterapeuta evidenciava a problemática conflitual central partilhada e a sua relação com o sintoma da criança, e com as representações dos pais. Foram, ainda, realizadas consultas de *follow-up* após seis meses e após dois anos (Muratori et al., 2003).

Os resultados demonstraram que a PPDB é eficaz no tratamento de Perturbações de Internalização, incluindo pacientes com PAS. Os benefícios do tratamento foram manifestados a curto e a longo prazo (Muratori et al., 2003).

2.6.2. Mutismo Selectivo

De acordo com Ribeiro (2013), os psicofármacos utilizados no tratamento da FS, são da mesma forma, eficazes no tratamento do MS.

Segundo Kumpulainen (2002), os ISRS, bem como, os Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAO), têm sido relatados como úteis no tratamento de crianças e adolescentes com MS. É ainda de referir, que segundo a autora, actualmente, a psicofarmacoterapia não pode ser recomendada como um tratamento exclusivo, no entanto, se outros métodos de tratamento não forem capazes de auxiliar o paciente, por si só, então a medicação pode ser incluída de forma conjunta.

São muitas as intervenções que têm sido desenvolvidas para o tratamento do MS, e incluem estratégias comportamentais, psicoterapias familiares, terapias do discurso, entre outras. Os planos de intervenção variam, de certa forma, devido à variedade de conceptualizações por detrás do MS (Ribeiro, 2013).

De acordo com Peixoto (2006), algumas das psicoterapias mais utilizadas no tratamento do MS são, a Psicoterapia Comportamental, a Psicoterapia Psicodinâmica (PPD) e a Psicoterapia Familiar Sistémica.

Se tivermos em consideração que na base do MS estão factores relacionados com ansiedade, então, os princípios a nível comportamental utilizados nestes casos, são provavelmente benéficos e incluem várias técnicas (Ribeiro, 2013).

Segundo Camposano (2011), estratégias utilizadas no tratamento do MS para aumentar a comunicação verbal e diminuir a ansiedade são: a moldagem, estratégia que envolve dividir a meta, ou seja, a comunicação verbal, em etapas mais pequenas, de forma a minimizar a ansiedade; a auto-modelagem, que se traduz num processo de duas etapas geralmente utilizado para incitar a fala e, por fim, a gestão de contingência, que se refere ao uso de reforço positivo, de forma a encorajar a criança a praticar verbalizações.

Ainda centrando-nos na abordagem comportamental e de acordo com Freeman, Garcia, Miller e Dow (2004), a Psicoterapia Comportamental é, de uma forma geral, a primeira e a principal intervenção para o tratamento do MS, apesar de ser uma intervenção demorada e de requerer a cooperação plena dos pais, professores e outros técnicos da escola. As principais estratégias comportamentais estudadas neste âmbito são a gestão de contingência e a auto-modelagem.

Embora o sucesso das intervenções comportamentais raramente seja contestado, a abordagem comportamental, no que respeita a psicoterapia, não coloca ênfase nos pensamentos ansiosos do indivíduo. Alguns pesquisadores consideram que esta seja uma grande falha da Psicoterapia Comportamental e salientam a importância de que haja um processo de reestruturação cognitiva. A PCC constitui-se num programa de tratamento que incorpora técnicas comportamentais, mas inclui várias componentes em adição a essas mesmas técnicas (Camposano, 2011).

Foi realizado um estudo de caso por Reuther, Davis III, Moree e Matson (2011), com o propósito de demonstrar os resultados obtidos no tratamento de uma criança de 8 anos, de sexo masculino, com MS, utilizando um tratamento para a ansiedade já estabelecido - *Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders* (Chorpita, 2007, cit. por Reuther et al., 2011).

O tratamento foi composto por 21 sessões, e incluiu módulos sobre psicoeducação, exposição, reestruturação cognitiva, habilidades sociais e gestão e prevenção de recaída. Uma barreira a superar antes do início do tratamento, teve a ver com a falta de comunicação por parte da criança para com o psicoterapeuta (Reuther et al., 2011).

De forma a garantir que o sujeito compreendesse a psicoeducação, na primeira sessão do tratamento modular, e que conseguisse participar na criação de uma hierarquia de exposição, um objectivo inicial ao tratamento foi precisamente, aumentar o seu comportamento verbal face ao psicoterapeuta (Reuther et al., 2011).

Além disso, uma vez que, a acomodação por parte da família era um factor que levava a que o MS no sujeito se mantivesse, outro objectivo inicial foi diminuir esta acomodação. Para identificar e trabalhar a acomodação por parte da família, foi realizada uma sessão com a mãe do sujeito, na qual o psicoterapeuta abordou questões psicoeducativas acerca da ansiedade e como o comportamento de evitamento pode levar a que a ansiedade se mantenha (Reuther et al., 2011)

O motivo da necessidade de se diminuir a acomodação por parte da família foi explicado, bem como, a razão pela qual a exposição é necessária no tratamento da ansiedade, e como esta ajuda na redução da mesma, apesar do desconforto inicial. A mãe do sujeito concordou em trabalhar na diminuição da acomodação em casa, incentivando o filho a falar em situações sociais. Foi também ensinado à mãe, que esta deveria dar elogios verbais a ganhos graduais.

Quanto ao objectivo inicial, nomeadamente aumentar o comportamento verbal do sujeito face ao psicoterapeuta, para tal, foram utilizadas técnicas comportamentais, tais como, a exposição, o reforço e a modelagem (Reuther et al., 2011).

Por fim, os ganhos do tratamento foram mantidos, tendo sido observados através da reavaliação do sujeito em sessões de *follow-up* no primeiro e sexto mês após o término das sessões (Reuther et al., 2011).

De acordo com Camposano (2011), actualmente, para o tratamento do MS, intervenções psicodinâmicas projectivas, tais como, a Ludoterapia, a Musicoterapia e a Arte-terapia, são, geralmente, utilizadas por psicoterapeutas em conjunto com outras abordagens de tratamento.

Neste sentido, foi realizado um estudo qualitativo por Campos e Arruda (2014), com o objectivo de relatar e descrever os principais momentos do processo Ludoterapêutico individual de duas crianças com MS, atendidas num serviço público universitário, no qual o brincar, como método de tratamento psicodinâmico, foi utilizado como a forma de expressão e de comunicação possível. Constatou-se que o brincar permitiu aceder e trabalhar o mundo interno

das crianças, possibilitando que ambas as crianças iniciassem a verbalização e a produção de representações simbólicas.

Segundo Camposano (2011), a Musicoterapia pode ajudar a criança com MS a expressar os seus pensamentos ou sentimentos, através de um meio não-verbal, bem como, a reduzir a sua ansiedade através da expressão musical.

De forma semelhante à Musicoterapia, a Arte-terapia fornece à criança com MS, uma forma não-verbal para esta articular os seus sentimentos e medos (Camposano, 2011).

Apesar destas intervenções não serem, de forma geral, utilizadas como principais formas de tratamento, a Ludoterapia, Musicoterapia, e a Arte-terapia, podem melhorar a auto-estima do paciente, e ainda, fornecer ao psicoterapeuta uma oportunidade para este construir um relacionamento com a criança, bem como, criar um espaço seguro e convidativo para a mesma (Camposano, 2011).

Passando agora para a Psicoterapia Familiar Sistémica, esta é, muitas vezes, uma componente necessária para um plano de tratamento eficaz relativamente a crianças com MS (Camposano, 2011).

De acordo com Camposano (2011), pode ser benéfico para todos os membros da família participarem na psicoterapia, a fim de ser possível resolverem-se questões familiares subjacentes, que podem ter levado a que o MS se tenha mantido.

De uma forma geral, o objectivo da Psicoterapia Familiar Sistémica, no que respeita ao MS, é identificar tipos de relacionamentos familiares e padrões de comunicação, que podem ter contribuído para o desenvolvimento da ansiedade da criança. Assim, ao se deslocar a atenção para comportamentos verbais em vez de não-verbais, está-se a fornecer um reforço positivo para tais comportamentos (Camposano, 2011).

2.6.3. Fobia Específica

Com o objectivo de estudar o uso de psicofármacos no tratamento da FE, foi realizado um estudo piloto por Benjamin, Ben-Zion, Karbofsky e Dannon (2000), que concluiu que o uso do ISRS Paroxetina poderá mostrar-se eficaz no tratamento de FE.

Segundo Unlenhuth et al. (1999), os ISRS são o medicamento de eleição no que toca a Perturbações de Ansiedade, incluindo FE (cit. por Ginsburg & Walkup, 2004).

De acordo com Ginsburg et al. (2004), as técnicas cognitivo-comportamentais mais comuns no tratamento da FE em crianças são a exposição, dessensibilização sistemática, imersão, gestão de contingência, treino de relaxamento, entre outras.

Barlow, Raffa e Cohen (2002), afirmam que existe um consenso no que toca ao tratamento de eleição para as Fobias Específicas, sendo este, o recurso a técnicas de exposição, em particular, a exposição ao vivo.

Foi realizado um estudo por Silverman et al. (1999), que pretendeu avaliar a eficácia de um tratamento com recurso à técnica gestão de contingência com base na exposição, bem como, a eficácia de um tratamento com recurso a estratégias de auto-controlo com base na exposição, em comparação com uma condição de controlo, nomeadamente, uma abordagem de suporte educacional, para o tratamento de crianças diagnosticadas com Perturbações Fóbicas, entre elas, FE e FS.

Neste estudo, gestão de contingência refere-se a uma técnica com base no modelo de condicionamento operante, no qual, os pais das crianças geram reforços pré-determinados de forma a obter o comportamento desejado. O auto-controlo refere-se a uma abordagem cognitivo-comportamental com o objectivo de ensinar à criança como identificar os seus sintomas ansiosos e a desenvolver capacidades para controlar esses mesmos sintomas, através de uma reestruturação cognitiva. Por último, o suporte educacional refere-se a uma abordagem de tratamento, na qual, as perturbações ansiosas eram discutidas. Esta abordagem consistia num tratamento não directivo, e portanto, não recorria a técnicas de exposição (Silverman et al., 1999).

As crianças e os seus pais completaram um programa de tratamento de dez semanas, no qual, participaram separadamente, em sessões com o psicoterapeuta, seguindo-se uma breve reunião conjunta (Silverman et al., 1999).

Os resultados revelaram que as crianças em ambas as condições de tratamento apresentaram melhorias substanciais. Através de sessões de follow-up três, seis e doze meses depois, observou-se que os ganhos do tratamento foram mantidos. Curiosamente, as crianças do grupo de controlo também mostraram melhorias comparáveis no pós-tratamento e nas sessões de follow-up (Silverman et al., 1999).

Foi conduzido um estudo por Pachana, Woodward e Byrne (2007), com o objectivo de avaliar a eficácia da exposição, em conjunto com outras componentes da PCC, em indivíduos de meia-idade e mais velhos com diagnóstico de FE.

A amostra era composta por 16 adultos com idades compreendidas entre os 45 e os 68 anos, e diagnosticados com uma FE (Pachana et al., 2007).

O plano de tratamento foi composto por dez sessões, concretamente, cinco sessões iniciais em grupo, seguidas de cinco sessões de psicoterapia individual. As sessões em grupo eram conduzidas em pequenos grupos de dois a sete indivíduos (Pachana et al., 2007).

Os resultados comprovaram a eficácia da exposição em conjunto com a PCC para o tratamento da FE em indivíduos de meia-idade e mais velhos (Pachana et al, 2007).

De acordo com Lyness-Richards (1997), a Ludoterapia é a aplicação das propriedades especiais do acto de brincar em função da cura de problemas psicológicos da criança.

Desta forma, uma vez que, uma das funções centrais do brincar é ajudar a criança a controlar a ansiedade, então, a Ludoterapia é particularmente adequada para o tratamento de crianças com medos e fobias (Lyness-Richards, 1997).

Muitas crianças que iniciam uma psicoterapia apresentam medos ou fobias como sintoma. Além disso, crianças que são encaminhados para psicoterapia com outros problemas primários, podem também apresentar fobias que precisam de ser abordadas durante o tratamento (Lyness-Richards, 1997).

As técnicas da Ludoterapia podem ser projectadas para que se possa atender às necessidades psicoterapêuticas da criança, independentemente da orientação teórica do psicoterapeuta. Mais ainda, as técnicas da Ludoterapia podem ser baseadas em abordagens comportamentais, psicodinâmicas, ou centradas na pessoa (Lyness-Richards, 1997).

Relativamente à PPD, é ainda de referir, que em um estudo de um caso de fobia infantil, nomeadamente, um menino de nove anos de idade, através da exploração do mundo interno do sujeito, constatou-se que a problemática familiar era uma questão proeminente (Gurfinkel, 2006).

2.6.4. Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social)

De acordo com Silveira e Valença (2005), os ISRS constituem, actualmente, o tratamento psicofarmacológico de eleição no que respeita à FS. Já os IMAO não podem ser considerados o tratamento de primeira escolha, embora já tenham demonstrado eficácia, devido aos efeitos secundários graves e sequelas irreversíveis que podem causar.

Segundo Castillo et al. (2000), vários procedimentos cognitivo-comportamentais têm sido descritos para o tratamento do medo de situações sociais ou do isolamento social em crianças. O tratamento cognitivo da FS foca-se, em primeira instância, na modificação de pensamentos mal-adaptados que parecem contribuir para o comportamento de evitamento social. Quanto ao tratamento comportamental, este centra-se na exposição gradual à situação temida.

As estratégias da intervenção psicoterapêutica cognitivo-comportamental em crianças e adolescentes seguem os mesmos princípios do tratamento em adultos, com excepção da

gradação da exposição aos estímulos temidos, a qual deve ser planeada com um maior número de etapas (Castillo et al., 2000).

Outra abordagem passível de ser utilizada no tratamento da FS é a Psicoterapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (PCCG).

Foi realizado um estudo por Heimberg, Salzman, Holt e Blendell (1993) com o propósito de avaliar os resultados a longo prazo de uma PCCG em pacientes com FS.

As estratégias utilizadas foram as seguintes: exercícios estruturados para treinar os pacientes na identificação, análise e disrupção de cognições problemáticas; exposição a simulações de situações instigadoras de ansiedade; estratégias de reestruturação cognitiva para ensinar os pacientes a controlar os seus pensamentos mal-adaptados antes, durante e depois das exposições simuladas; tarefas de casa que envolviam exposições ao vivo a situações já confrontadas nas simulações realizadas e tarefas de casa que envolviam a reestruturação cognitiva aplicada pelo próprio sujeito antes e depois de completar as tarefas de casa de componente comportamental (Heimberg et al., 1993).

Concluiu-se que a PCCG proporciona resultados eficazes e duradouros no tratamento da FS (Heimberg et al., 1993).

De acordo com Porto (2005), a PCC tem demonstrado eficácia no tratamento de Perturbações de Ansiedade e reconhece a relevância da participação dos pais no processo psicoterapêutico.

A orientação aos pais é importante no tratamento da criança com FS, uma vez que, a infância é um período crítico para o desenvolvimento das habilidades sociais e os pais são os mediadores de tal aquisição. As relações entre pais e filhos possuem um carácter afectivo, educativo e de cuidado, o que vai implicar muitas e variadas demandas de habilidades sociais. O exercício dessas habilidades é orientado para promover o desenvolvimento integral dos filhos e prepará-los para a vida (Porto, 2005).

Desta forma, a PCC na infância pode apresentar dois enfoques distintos que são interdependentes, nomeadamente, a intervenção realizada directamente com a criança e a intervenção realizada com a família. A orientação aos pais é um aspecto importante no tratamento infantil (Porto, 2005).

O psicoterapeuta no tratamento da criança com FS deve: avaliar se os pais apresentam eles próprios alguma perturbação mental e compreender como a psicopatologia dos pais promoveu o surgimento da ansiedade social na criança e, quando necessário, encaminhar os pais para tratamento individual; avaliar as habilidades-chave dos pais para lidar e reforçar os comportamentos positivos da criança; certificar-se que os pais compreenderam claramente as

explicações acerca da FS, nomeadamente, quais são os sintomas e como estes podem ser mantidos devido ao evitamento e a pensamentos distorcidos da criança, e que compreenderam, também, o porquê do reforço e da exposição serem estratégias utilizadas no tratamento; avaliar a motivação dos pais para o tratamento da criança, incluindo a sua disponibilidade no que respeita à participação nas sessões e ao auxílio da criança nas tarefas de casa e, por fim, o psicoterapeuta deve estar atento a essas variáveis do comportamento parental, que podem influenciar negativamente o tratamento, desde as entrevistas iniciais (Porto, 2005).

Quanto ao tratamento da FS através da PPD, os medos do sujeito são analisados no contexto da história dos seus relacionamentos. Medos expressos, expectativas dos outros e suposições sobre os outros, são questões exploradas em conjunto com experiências emocionais associadas, tais como, culpa e vergonha (Magee, Erwin, & Heimberg, 2009).

O objectivo da PPD no que concerne à FS, refere-se à internalização de objectos mais benignos e compreensivos, a qual se acredita estar associada à redução dos sintomas (Magee et al., 2009).

2.6.5. Perturbação de Pânico

A nível psicofarmacológico, segundo Yacubian e Minutentag (2001), a eficácia, boa tolerabilidade e o fácil manuseamento clínico, fazem dos ISRS, cada vez mais, a primeira escolha para o tratamento de pacientes com PP.

De acordo com Ito (2001), o tratamento da PP através da PCC, é breve, quando toma como foco a redução da ansiedade geral, dos ataques de pânico e do evitamento fóbico, tendo uma duração média de 20 sessões. Psicoterapeuta e paciente trabalham em conjunto, planeando estratégias para lidar com as dificuldades do sujeito. A auto-aplicação, entre as consultas, das técnicas aprendidas é essencial para o sucesso do tratamento e para a manutenção da melhoria clínica a longo prazo.

As sessões são planeadas através de uma agenda que contém os objectivos e metas a serem alcançados ao longo da semana, as estratégias apresentadas, a revisão de diários com as respectivas tarefas de casa, os acontecimentos importantes relacionados com o tratamento e o planeamento dos próximos passos (Ito, 2001).

Segundo Ito (2001), as tarefas de casa são fundamentais para que o sujeito possa praticar as estratégias aprendidas durante as sessões e verificar o grau da sua aprendizagem no que respeita ao manuseamento da ansiedade e aos desencadeantes dos ataques de pânico. A utilização de diários contendo a informação detalhada e consistente de dados durante todo o

processo de tratamento permite identificar problemas e dificuldades na realização dos exercícios, adaptar as estratégias utilizadas e avaliar o progresso alcançado.

A primeira etapa da PCC no tratamento da PP é a avaliação de todas as características da PP, como a duração e frequência e, principalmente, os desencadeantes do quadro, como factores de stress, dificuldades interpessoais, pensamentos ansiogénicos, sensações corporais, ansiedade antecipatória, evitamento fóbico, entre outras. Problemas decorrentes de complicações associadas à perturbação, como os de origem familiar e conjugal, devem ser identificados e receber enfoque na fase inicial da psicoterapia. Dificuldades de ordem diversa podem ser abordadas rapidamente, mas se requererem mais tempo e atenção, deverão ser, no momento apropriado, encaminhadas para uma psicoterapia mais abrangente (Ito, 2001).

Terminada a avaliação, inicia-se uma nova fase que consiste na transmissão de informação ao paciente referente a todos os aspectos da perturbação. O modelo Cognitivo-Comportamental da PP é apresentado, destacando-se o papel dos pensamentos e dos comportamentos disfuncionais no desencadeamento de um ataque de pânico, e das técnicas da psicoterapia na modificação dos padrões adquiridos e condicionados (Ito, 2001).

Quanto às técnicas utilizadas, a técnica de exposição, que envolve o confronto com os estímulos que desencadeiam os ataques de pânico até a redução da ansiedade ser atingida, deve ser executada, inicialmente, com o paciente imaginando-se nas situações ansiogénicas e descrevendo-as da forma mais real possível. Na exposição interoceptiva tenta-se reproduzir as sensações físicas que desencadeiam ou acompanham o ataque de pânico. A exposição ao vivo é essencial no tratamento do medo e dos sintomas de evitamento e consiste em permanecer em contacto, por tempo prolongado, com as situações temidas, até que a ansiedade diminua de forma significativa, desapareça ou habitue (Ito, 2001).

Outra técnica utilizada é a reestruturação cognitiva, em que o psicoterapeuta define pensamentos automáticos negativos e orienta o paciente a identificá-los e a monitorizá-los antes de um ataque de pânico e durante. Paciente e psicoterapeuta examinam durante a sessão os pensamentos automáticos negativos que ocorreram ao longo da semana. O paciente é estimulado a explorar alternativas para esses pensamentos, questionando a sua veracidade, reduzindo assim, o carácter catastrófico dos mesmos (Ito, 2001).

Ainda de acordo com Ito (2001), o tratamento é concluído quando as metas forem atingidas. Alguns sintomas podem ainda persistir nessa fase, mas esses não devem causar prejuízo. O paciente é orientado para dar continuidade à utilização das técnicas aprendidas e alertado sobre a possibilidade de recaída.

Segundo Manfro, Heldt, Cordioli e Otto (2008), a PCC no tratamento da PP é, tipicamente, breve, sendo composta por dez a vinte sessões estruturadas, com objectivos delineados a serem atingidos. Esta propõe-se a corrigir as interpretações catastróficas, os medos condicionados das sensações corporais e o evitamento. É prática, baseada em tarefas, e tanto o psicoterapeuta como o paciente, desempenham um papel activo.

Quanto à componente psicoeducativa para o tratamento da PP, esta pretende decompor a “cascata” rápida de ansiedade e pânico nos seus elementos constituintes e fornecer um fundamento para as intervenções de tratamento a serem seguidas. A ênfase é dada à definição e à clarificação da fonte dos sintomas de ansiedade e de pânico, introduzindo o papel dos pensamentos na gestão do medo e da ansiedade, e o papel do evitamento e dos comportamentos de fuga na gestão dos medos e na perpetuação da perturbação (Manfro et al., 2008).

As técnicas utilizadas incluem técnicas de respiração, técnicas de exposição e reestruturação cognitiva (Manfro et al., 2008).

Foi realizado um estudo por Heldt, Blaya, Kipper, Salum e Manfro (2008), para avaliar a utilização das técnicas aprendidas durante uma PCCG por pacientes com PP que apresentavam sintomas residuais até dois anos após o término do tratamento.

Segundo Heldt et al. (2008), a PCCG tem por objectivo corrigir as interpretações catastróficas, os medos condicionados das sensações corporais e o evitamento. As primeiras sessões foram dedicadas à compreensão cognitiva do medo e à aprendizagem de técnicas para enfrentar a ansiedade (relaxamento muscular e respiração diafragmática).

Nas sessões subsequentes, foram abordados os pensamentos automáticos, permitindo a identificação e avaliação das evidências a favor e contra as interpretações catastróficas. A exposição interoceptiva foi realizada através da simulação de sintomas físicos e praticada durante a fase intermédia do tratamento. No final do protocolo iniciou-se a exposição ao vivo de forma gradual. As últimas sessões foram direccionadas para a gestão e prevenção de recaídas que podem ocorrer após o término do tratamento (Heldt et al., 2008).

O estudo demonstrou, que independente da resposta à PCCG, os pacientes continuaram a utilizar as técnicas aprendidas durante a psicoterapia num período de até dois anos após o término do tratamento (Heldt et al., 2008).

De qualquer forma, a PCC desenvolvida em grupo oferece um cenário apropriado para gerar situações emocionais adaptativas, proporcionando condições de segurança e de apoio que facilitam a experimentação de novos comportamentos através de técnicas específicas que continuam a ser utilizadas pelos pacientes ao longo do tempo (Heldt et al., 2008).

Passando agora para a PPD, a Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy-eXtended Range (PFPP-XR), inclui uma modificação das seguintes técnicas psicodinâmicas básicas: permitir que o paciente guie o conteúdo das sessões; seguir as associações e os afectos do paciente e, por último, não adoptar uma abordagem directiva ou dar conselhos. Na PFPP-XR, o psicoterapeuta guia o paciente na identificação de como ideias emocionalmente carregadas, conflitos e afectos se relacionam com uma compreensão dinâmica crescente e específica da sua Perturbação de Ansiedade (Busch, Milrod, Singer, & Aronson 2012).

Outra modificação crucial do modelo de trabalho da PPD em PFPP-XR consiste no seu formato de tempo limitado. A PFPP-XR foi testada como um tratamento de 24 sessões, duas vezes por semana, para pacientes com um diagnóstico primário de PP de acordo com o DSM-IV (Milrod, 2007, cit. por Busch et al., 2012).

O término pré-estabelecido e a natureza breve do tratamento tornam essencial a exploração da reacção do paciente ao término da psicoterapia, pelo menos, durante as oito sessões finais. O tempo limitado, bem como, a intensidade emocional que esta questão engendra, pode permitir que os psicoterapeutas e pacientes identifiquem e articulem reacções à separação mais rapidamente do que seria possível em tratamentos com um fim mais aberto. Esta questão pode ser uma vantagem no tratamento de pessoas em que a resposta à separação se encontra mais acentuada e complicada, sendo esta uma parte crucial da sua vulnerabilidade ao pânico e ansiedade (Busch et al., 2012).

A PPD assenta num conjunto de conceitos, técnicas e práticas acordadas que constituem a situação psicoterapêutica, em que a transferência, a resistência e os conflitos relacionados podem ser reconhecidos, clarificados e entendidos por ambos os participantes (Busch et al., 2012).

Componentes básicos deste modelo de tratamento incluem: a gestão da confidencialidade e da divulgação; o formato das sessões; o cronograma, frequência e duração das sessões; a duração total do tratamento; a orientação para os fenómenos inconscientes dinâmicos; a consistência, no sentido em que, as mudanças e variações no setting, cronograma, e comportamento do psicoterapeuta, devem ser minimizadas o mais que possível, para facilitar o reconhecimento da resistência, transferência e conflito; flexibilidade, uma vez que, embora a consistência, seja importante, se esta for excessivamente rigorosa, então os parâmetros de tratamento em si podem se tornar numa poderosa distração, acentuando o desafio de iniciar ou manter o paciente em tratamento; neutralidade técnica e, por último, actividade do psicoterapeuta e intervenções relacionadas, no sentido em que a verbalização por parte do psicoterapeuta é a intervenção psicoterapêutica essencial na PPD (Busch et al., 2012).

Um objectivo explícito do tratamento psicodinâmico é ajudar os pacientes a reconhecer, tolerar e integrar aspectos que são evitados por estes, no que toca às suas experiências. Em PPD, particularmente de tempo limitado, o psicoterapeuta está atento, em cada momento, à necessidade para aferir o nível de actividade e o tipo de intervenção verbal que melhor aborda o estado mental actual do paciente (Busch et al., 2012).

A PFPP-XR pode ser dividida em cerca de três fases de tratamento. Na primeira fase, as intervenções têm como objectivo explorar e aliviar a ansiedade, os ataques de pânico e o evitamento fóbico. O psicoterapeuta foca-se nas circunstâncias que antecedem a ansiedade e no início do pânico, pensamentos e sentimentos durante episódios de ansiedade e nos significados dos sintomas de ansiedade. Enquanto esta exploração prossegue, o psicoterapeuta é capaz de formular questões psicologicamente significativas envolvidas na gênese da ansiedade, pânico e evitamento dos pacientes (Busch et al., 2012).

Na segunda fase do tratamento, o psicoterapeuta explora a configuração mental que provoca sintomas de ansiedade nos pacientes, com maior profundidade, bem como os seus fundamentos dinâmicos, incluindo factores de desenvolvimento. À medida que os conflitos inconscientes dos pacientes emergem durante a psicoterapia, conexões dinâmicas são procuradas activamente com as configurações emocionais que ocorrem durante as situações de ansiedade (Busch et al., 2012).

Durante esta fase, a intensificação da transferência permite trabalhar os padrões de relacionamento, pois estes podem ser observados a emergir na própria relação com o psicoterapeuta. O objectivo desta fase da psicoterapia é reduzir a vulnerabilidade à ansiedade, através de um maior reconhecimento e compreensão dos estados intrapsíquicos, em conjunto com o aumento da tolerância aos afectos e fantasias. Tais mudanças internas podem, também, levar a alterações nos aspectos problemáticos das relações interpessoais (Busch et al., 2012).

A terceira fase do tratamento, nomeadamente, o término, permite a revivescência de conflitos em torno da raiva, autonomia e separação, directamente com o psicoterapeuta, para que os sentimentos subjacentes e fantasias sejam melhor articulados, entendidos e tornados menos assustadores. Uma nova capacidade para gerir a separação, autonomia, raiva e culpa irá ajudar os pacientes na gestão do conflito intrapsíquico e interpessoal, de uma forma independente do psicoterapeuta, após o término da terapia. A reacção do paciente ao término da psicoterapia deve ser trabalhada no último terço (i.e. durante as quatro semanas finais) do tratamento (Busch et al., 2012).

2.6.6. Agorafobia

De acordo com Bond (2010), os ISRS são eficazes no tratamento da Agorafobia. Estes reduzem a severidade do pânico, eliminam ataques, diminuem o evitamento activo e melhoram a qualidade de vida do sujeito de uma forma geral.

Segundo Craske e Barlow (2014), o tratamento da Agorafobia já é considerado bastante específico desde os anos 70, colocando a sua ênfase na técnica de exposição, para que o sujeito seja capaz de lidar com o medo e evitamento de situações específicas. No entanto, pouca consideração era atribuída aos ataques de pânico, quer na sua conceituação, quer no tratamento da Agorafobia.

Entretanto, o desenvolvimento de tratamentos específicos para o controlo do pânico, entre meados e finais da década de 80, afastou o interesse da Agorafobia. Porém, este interesse foi renovado mais tarde, especificamente, com a necessidade de avaliar se os tratamentos para o controlo do pânico seriam, por si só, suficientes para o tratamento da Agorafobia, e ainda, se sua combinação com tratamentos que visam directamente a Agorafobia seria superior em termos gerais (Craske et al., 2014).

Posto isto, existem vários settings diferentes para a realização de uma PCC no tratamento da PP e da Agorafobia. O primeiro setting – clínica ou consultório para pacientes em ambulatório – é adequado para a utilização de estratégias como psicoeducação, reestruturação cognitiva, atribuição e revisão de tarefas de casa e dramatizações. Além disso, certas exposições podem ser realizadas no consultório, como a exposição interoceptiva a sensações corporais temidas descritas posteriormente (Craske et al., 2014).

No segundo setting - ambiente natural - a reestruturação cognitiva e outras competências para gerir a ansiedade são colocadas em prática. O paciente é confrontado com as situações temidas (exposição ao vivo). Esta última técnica pode ser realizada com o auxílio do psicoterapeuta ou por conta própria (Craske et al., 2014).

O terceiro setting – unidade de internamento - é mais apropriado quando se está a realizar uma PCC muito intensiva (por exemplo, quando existe necessidade de contacto diário com o psicoterapeuta), ou quando se está a tratar sujeitos com problemas muito graves, que já não são capazes de funcionar em casa. O maior problema deste último setting refere-se à baixa generalização para o ambiente domiciliário do paciente. Sessões de transição e de reforço posteriores ao internamento, em consultório ou na própria casa do paciente, facilitam a generalização (Craske et al., 2014).

É ainda de referir que a PCC para o tratamento da PP e Agorafobia pode ser realizada em formato individual ou em grupo (Craske et al., 2014).

Foi conduzido um estudo por Hoffart e Martinsen (1990), no qual um programa de tratamento que integrava uma abordagem comportamental e uma abordagem psicodinâmica para pacientes diagnosticados com Agorafobia foi aplicado. Os pacientes que recebiam este tratamento integrado eram comparados com pacientes que realizavam uma PPD.

Os pacientes que sofriam de Agorafobia foram hospitalizados numa clínica psiquiátrica durante onze semanas. Estes integraram grupos com um total de oito sujeitos de ambos os sexos (Hoffart et al., 1990).

Na primeira semana os ansiolíticos foram completamente retirados, os pacientes foram informados acerca dos sintomas e do processo fisiológico de hiperventilação e foram treinados a controlar a sua respiração. Eram apresentadas interpretações alternativas para os seus sintomas somáticos, e muitos pacientes desenvolveram uma estratégia de coping para os ajudar a controlar o seu nível de ansiedade (Hoffart et al., 1990).

A segunda semana do tratamento foi iniciada com uma palestra sobre ansiedade, que incluía uma descrição das suas diferentes formas. O curso típico da Agorafobia também foi descrito. Foi dada a conhecer aos pacientes a seguinte “lei”: um nível elevado de ansiedade deve diminuir se o sujeito suportar a situação provocadora de ansiedade durante um tempo suficientemente longo. É de acrescentar que esta “lei” reflecte uma necessidade fisiológica e foi a partir desta que os princípios para a técnica de exposição derivaram (Hoffart et al., 1990).

Na sessão seguinte, cada paciente apresentou ao grupo os seus objectivos relativos ao programa. Depois foi lhes atribuída a tarefa de pintar um quadro sobre o tema "A ansiedade e eu", e de seguida, os sujeitos eram incentivados a partilhar com o grupo as associações que atribuíram ao seu próprio quadro (Hoffart et al., 1990).

No período de treino da exposição, o dia começou com uma sessão de planeamento em que as tarefas de treino dos pacientes para aquele dia eram especificadas de forma detalhada, como, por exemplo, viajar sozinho de autocarro para a cidade vizinha e comprar três artigos no supermercado. Era esperado que cada paciente sugerisse a sua própria tarefa e, tanto os psicoterapeutas como os outros pacientes, partilhavam as suas opiniões em relação a uma tarefa que considerassem útil para um determinado paciente. Os psicoterapeutas tentavam estimular a variação e os progressos na selecção das tarefas de treino, desafiando os pacientes a exporem-se às suas áreas mais problemáticas. A dificuldade da tarefa foi aumentada gradualmente e os pacientes eram, geralmente, autorizados a ser acompanhadas durante apenas as primeiras duas tarefas. Os psicoterapeutas confrontavam os pacientes com as suas tendências de evitamento e

defesas que, muitas vezes, surgem nesta fase. Para o exercício das suas tarefas, os pacientes eram instruídos a permanecer dentro da situação até que o nível de ansiedade desaparece. De seguida, era anotado tudo o que aconteceu durante a exposição, incluindo eventos externos, bem como, sensações somáticas, pensamentos, imagens, impulsos e alterações no nível de ansiedade. Posteriormente, os pacientes foram reunidos para uma sessão de reestruturação cognitiva onde relataram as suas experiências relativas às sessões de exposição. Essas experiências eram clarificadas por meio de questões por parte dos psicoterapeutas e outros pacientes, e as alterações no nível de ansiedade eram analisadas. Com base nos resultados da análise o grupo sugeria e discutia estratégias de coping para o próximo confronto com a ansiedade (Hoffart et al., 1990).

Após as três semanas de treino da exposição, os pacientes receberam uma licença com duração de uma semana para poderem testar e consolidar as competências adquiridas no seu ambiente natural. O programa de treino da exposição de cada paciente para aquela semana era planeado no setting de grupo e as experiências eram compartilhadas com o grupo após o seu regresso. Durante esta semana os pacientes também estiveram expostos aos conflitos interpessoais relacionados com o casamento, a família e o trabalho. Em contraste com a sua situação anterior, naquele momento, os sujeitos encontravam-se mais capazes de experienciar e reagir a esses conflitos (Hoffart et al., 1990).

O objectivo final do tratamento em questão não era apenas a redução do medo do medo ou a mudança no comportamento, mas que houvesse também um aumento na autonomia do sujeito e uma maior responsabilização pela sua própria vida. O procedimento de exposição e as contribuições dos psicoterapeutas eram, portanto, destinados a promover essas qualidades. Por exemplo, muitos pacientes Agorafóbicos expressaram expectativas irrealistas e um desejo passivo de serem curados pelos "especialistas". Por outro lado, as expectativas dos psicoterapeutas em relação às actividades do paciente e escolhas responsáveis em tarefas diárias de treino e confronto com tendências de evitamento podem induzir no paciente o sentimento de que não é compreendido, conjuntamente com agressão. Esta agressão, por sua vez, pode aumentar a motivação interna do paciente para lidar com a ansiedade e a sua auto-afirmação na escolha de tarefas de treino. Pode também levar a uma expressão directa de raiva contra os psicoterapeutas. Assim, é proporcionada ao sujeito a experiência emocional correctiva de mostrar a sua agressão e auto-afirmação (Hoffart et al., 1990).

Desta forma, a demanda paradoxal de "ser responsável por si mesmo", que é incorporada no programa de tratamento, parece ter efeitos benéficos. Um maior nível de autonomia também

é alcançado ao se abordar a repressão de conflitos internos que podem ser causadores de ansiedade (Hoffart et al., 1990).

Foram analisados sentimentos importantes, que tinham sido experienciados durante a exposição, nas sessões individuais de PPD. Os conflitos internos comuns nas mulheres Agorafóbicas são o luto não resolvido, a raiva reprimida relativa à dominação por parte do cônjuge ou pai e sentimentos de isolamento ou solidão no casamento. Nos homens, a ansiedade parece estar relacionado, de forma frequente, ao medo da "ferida narcísica". Uma sessão de psicoterapia individual por semana durante o período de treino da exposição foi aumentada para duas sessões por semana nas restantes seis semanas de tratamento (Hoffart et al., 1990).

No período das seis semanas "pós-treino", questões consideradas comuns foram trabalhadas em sessões em grupo. Essas questões incluíam: a ansiedade associada a deixar o papel de pessoa "doente" e assumir funções normais, responsáveis; problemas de auto-afirmação relacionados com as expectativas da família e amigos e preocupações sobre uma possível desgraça que se possa abater sobre os seus entes queridos (Hoffart et al., 1990).

No decorrer de um programa de grupo intensivo os pacientes, muitas vezes, tornam-se intimamente ligados uns aos outros e aos psicoterapeutas. Neste sentido, durante as duas semanas finais, os sentimentos de separação foram analisados no setting de grupo (Hoffart et al., 1990).

Ao contrário destes pacientes, aqueles que realizaram apenas uma PPD, não foram reunidos em grupos constituídos exclusivamente por sujeitos que sofriam de Agorafobia, e o tempo da sua estadia variava. Além disto, os sujeitos foram aconselhados e incentivados a exporem-se a situações que temiam, mas o treino da exposição não foi estruturado para estes pacientes (Hoffart et al., 1990).

Por fim, os resultados demonstraram uma maior eficácia do tratamento integrado em comparação com o tratamento puramente Psicodinâmico relativamente a pacientes com Agorafobia (Hoffart et al., 1990).

2.6.7. Perturbação de Ansiedade Generalizada

Num estudo realizado por Frampton (2014), este observou que a Pregabalina, tal como, os ISRS e os Inibidores Selectivos de Recaptação de Serotonina e de Noradrenalina (ISRSN), é considerada um agente de primeira linha no tratamento a longo prazo da PAG.

De acordo com Castillo et al. (2000), a PCC no que se refere ao tratamento da PAG consiste, de uma forma geral, em provocar uma mudança na maneira alterada de perceber e

raciocinar sobre o ambiente e, especificamente, sobre o que causa a ansiedade (abordagem cognitiva) e mudanças no comportamento ansioso (abordagem comportamental). Este método pode ter uma eficácia duradoura sobre as Perturbações de Ansiedade em geral. Os pais participam de forma activa na PCC com crianças, ao contrário do que é feito com adultos com a mesma perturbação.

Foi efectuado um estudo por Deschênes e Dugas (2013), com o objectivo de avaliar o fenómeno de ganhos repentinos, como, por exemplo, uma rápida redução de sintomas entre duas sessões de tratamento, em sujeitos que realizaram uma PCC para o tratamento da PAG. A amostra era composta por 59 adultos com um diagnóstico primário de PAG.

O tratamento, com duração de 14 semanas, pretendeu aumentar a tolerância à incerteza e, adicionalmente, teve como objectivo identificar crenças positivas sobre a preocupação, a orientação negativa do problema e o evitamento cognitivo. O tratamento foi constituído por 6 componentes, incluindo, psicoeducação e treino da consciencialização face à preocupação, reavaliação da utilidade da preocupação, reconhecimento da incerteza e exposição comportamental, treino de resolução de problemas, exposição imaginária e prevenção de recaída (Deschênes et al., 2013).

Os resultados obtidos sugerem que a experiência de ganhos repentinos prevê resultados positivos durante o tratamento cognitivo-comportamental para a PAG (Deschênes et al., 2013).

Foi realizado um estudo por Leichsenring et al. (2009), com o objectivo de comparar uma PPDB com uma PCC, relativamente aos resultados obtidos no tratamento da PAG.

Tanto a PCC como a PPDB incluíam um máximo de 30 sessões (com duração de 50 minutos), e eram conduzidas de acordo com manuais de tratamento (Leichsenring et al., 2009).

Além das estratégias consideradas frequentes, a PCC incluiu as seguintes intervenções: treino de relaxamento; resolução de problemas; planeamento de actividades recreativas e tarefas de casa (Leichsenring et al., 2009).

Quanto à PPDB, neste estudo, foi privilegiada a identificação da problemática relacional conflitual central do sujeito, associada aos sintomas da PAG. Foi colocada ênfase na aliança psicoterapêutica positiva (Leichsenring et al., 2009).

Os resultados sugerem que a PCC, bem como, a PPDB são ambas benéficas no tratamento de pacientes com PAG (Leichsenring et al., 2009).

Foi conduzido um estudo por Dugas et al. (2003), com o objectivo de testar a PCC em pacientes com PAG, que teve como foco a intolerância à incerteza, através da reavaliação de

crenças positivas sobre a preocupação, em formato de grupo como forma de melhorar o seu rácio custo-benefício.

O tratamento teve duração de 14 semanas e foi composto por sessões com uma duração de duas horas. Quanto aos grupos, estes eram compostos por quatro a seis indivíduos. Os procedimentos foram: apresentação da justificação do tratamento; treino da consciencialização; reavaliação de crenças positivas sobre a preocupação; treino de resolução de problemas e exposição cognitiva (Dugas et al., 2003).

Os resultados apontam para uma semelhança entre a PCCG e a PCC individual no que respeita à eficácia do tratamento da PAG (Dugas et al., 2003).

2.6.8. Perturbação de Ansiedade Induzida por Substância/Medicamento

De acordo com Pulcherio, Bicca e Silva (2002), o uso de voláteis causa, de forma rápida e significativa, danos à memória, percepção, processos cognitivos e interacção social. Pode estar associado a Perturbações de Ansiedade como PP e PAG que, comumente, são desencadeadas pelo uso da substância

Mais ainda, o consumo de THC de forma continuada pode levar à dependência e, muitas vezes, este consumo perdura porque a droga funciona como medicação para melhorar a interacção social ou aliviar sintomas de alguma perturbação associada. Algumas das perturbações comórbidas mais frequentemente encontradas são a Depressão Major, a FS e a FE (Pulcherio et al., 2002).

Foi realizado um estudo por Kushner, Sher e Erikson (1999), cuja amostra foi composta por estudantes universitários de ambos os sexos, com diagnósticos de Perturbações de Ansiedade (de acordo com os critérios do DSM-III), nomeadamente, PAG, Agorafobia, FS e PP, e com diagnósticos de Perturbações de Uso de Álcool (também de acordo com os critérios do DSM-III), concretamente, Dependência de Álcool e Abuso/Dependência de Álcool

Os resultados obtidos revelaram que as Perturbações de Uso de Álcool (especialmente a Dependência de Álcool) e as Perturbações de Ansiedade demonstraram uma relação causal recíproca ao longo do tempo, ou seja, as Perturbações de Ansiedade levam à Dependência de Álcool e a Dependência de Álcool leva ao surgimento de Perturbações de Ansiedade (Kushner et al., 1999).

Posto isto, as Perturbações de Ansiedade aqui descritas, encontram as abordagens psicoterapêuticas interventivas para o seu tratamento supracitadas.

III. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como foco, demonstrar que a nosografia das Perturbações de Ansiedade vigente no DSM-5 vem, comparativamente a edições anteriores do DSM, distinguir sintomas e, desta forma, diferenciar categorias de perturbações de ansiedade, que na realidade são variações de síndromes mais alargadas.

Por sua vez, isto pode levar a que certos indivíduos se vejam confrontado com diagnósticos múltiplos de Perturbações de Ansiedade, ou seja, com vários diagnósticos coexistentes.

Mais ainda, pretendeu-se analisar as intervenções psicoterapêuticas existentes no âmbito destas perturbações, para que fosse possível observar as semelhanças existentes no tratamento de diferentes categorias de Perturbações Ansiosas o que, por sua vez, reforça a primeira ideia.

Antes de mais, foi importante abordar o diagnóstico na actualidade. Neste âmbito, concluiu-se que é possível aceitar que apesar das muitas limitações, o uso do DSM-5 permite obter informações importantes sobre sujeitos diagnosticados com determinada perturbação mental (Araújo, 2014).

No entanto, mesmo quando a formulação diagnóstica é adequado para um sujeito em particular, existem disparidades enormes entre as pessoas em dimensões que ultrapassam o seu nível de organização e estilo defensivo (McWilliams, 2011).

Mais ainda, um dos pontos mais vulneráveis das classificações de perturbações, actualmente, é a inflação provocada pelas mesmas das taxas de comorbilidade, o que de certa forma acaba por se contrapor à aparente arrumação das categorias diagnósticas. O facto de os sintomas psiquiátricos serem bastante inespecíficos e flutuantes ao longo do tempo torna problemática, e em certa medida, arbitraria a separação conceitual e prática das perturbações (Banzato, 2004).

Foi também evidenciada a diferença entre o diagnóstico psiquiátrico e a formulação psicodinâmica de casos, concluindo-se que surgiu uma tendência para se substituir as grandes categorias, nomeadamente, Neurose, Psicose Maníaco-Depressiva, Esquizofrenia, Toxicomania, entre outras, por descrições especificadas de fenómenos objectivos, o que por sua vez, implicou a adopção de categorias nosográficas cada vez mais descritivas, detalhistas e casuísticas em detrimento das grandes categorias que já caracterizaram a psicopatologia psiquiátrica (Figueiredo et al., 2002).

Já o psicoterapeuta que faz uma formulação dinâmica elabora um processo muito diferente do exercício de correspondência de sintomas em que consiste o diagnóstico de acordo com o DSM, conseguindo assim, que a intervenção psicoterapêutica não se veja restringida (McWilliams, 1999/2004).

Passando agora para a evolução do DSM, foi bem visível a discrepância entre o DSM-II, que se regia pelo modo psicanalítico de compreender a perturbação mental (Russo et al., 2006), e que descrevia a ansiedade como sendo a principal característica das Neuroses (APA, 1968), tendo presente a vivência subjectiva dos sintomas por parte do indivíduo, e o DSM-5, que embora tenha incorporado critérios dimensionais no diagnóstico, com o objectivo de facilitar o mesmo e permitir uma aproximação à realidade terapêutica (APA, 2013/2014), veio incluir categorias de Perturbações de Ansiedade cada vez mais detalhadas.

É importante ter ainda em consideração, as diferenças entre as categorias de Perturbação de Ansiedade descritas no DSM-IV, que incluíam a POC, a PSPT, e, a Perturbação Aguda de Stress (APA, 1994), e as categorias de Perturbação de Ansiedade descritas no DSM-5, onde a PP e Agorafobia foram separadas, a PAS e o MS foram incluídas, bem como, o ataque de pânico como especificador (Araújo et al., 2014), e a POC, PSPT e Perturbação Aguda de Stress deixaram de pertencer à categoria de Perturbações de Ansiedade, tendo sido adicionados capítulos exclusivamente destinados a “Perturbações Obsessivo-Compulsivas e Perturbações Relacionadas, bem como, a “Perturbações Relacionadas com Traumas e Factores de Stress” (APA, 2013/2014).

Mais ainda, e relativamente às Perturbações de Ansiedade, constatou-se que estas apresentam níveis cada vez mais fracos no que respeita à sua validade discriminante e fiabilidade (Andreoli et al., 2001; Barlow et al., 1998; Del-Ben et al., 2001; Dunker, 2014; McWilliams, 2011), e por outro lado, elevada comorbilidade entre si (APA, 2013/2014; Fernandes, 2014; Júnior, 2010; Manfro et al., 2002; Mansur de Souza, 2011).

É então plausível questionar a nosografia destas perturbações apresentada no DSM-5.

Posto isto, vejamos então agora, de forma mais clara, as semelhanças existentes entre as Perturbações de Ansiedade descritas no DSM-5, concretamente PAS, MS, FE, FS, PP, ataques de pânico, Agorafobia e PAG, a nível das suas características de diagnóstico, desenvolvimento e curso e factores de risco e de prognóstico. É de mencionar que a Perturbação de Ansiedade Induzida por Substância/Medicamento, a Perturbação de Ansiedade Devida a Outra Condição Médica, a Perturbação de Ansiedade com Outra Especificação e a Perturbação de Ansiedade Não Especificada, não foram previamente, nem serão agora abordadas, por não possuírem os critérios supracitados descritos no DSM-5, ou por as suas características de diagnóstico, o seu

desenvolvimento e curso e os seus factores de risco e de prognóstico serem demasiado específicos e relativos a uma condição concreta, como é o caso da Perturbação de Ansiedade Induzida por Substância/Medicamento e da Perturbação de Ansiedade Devida a Outra Condição Médica.

De forma a facilitar a observação das semelhanças entre as perturbações supracitadas a nível das suas características de diagnóstico, foi construída uma tabela (Tabela 1).

Tabela 1 – Semelhanças entre Perturbações de Ansiedade a nível das Características de Diagnóstico

	PAS	MS	FE	FS	PP	Ataques de Pânico	Agorafobia	PAG
Ansiedade controlada em contexto domiciliar/junto das figuras de vinculação	X	X					X	
A ansiedade, medo ou evitamento é superior ao esperado	X	X	X	X	X	X	X	X
Preocupação excessiva	X							X
Náuseas	X				X	X		
Palpitações	X				X	X		
Tonturas	X				X	X		
Sensação de desmaio	X				X	X		
Sensação de mente vazia					X	X		X
Ansiedade face aos pares e adultos		X		X				
Ansiedade em situações sociais		X		X	X			
Comportamentos de evitamento ou recusa persistentes	X	X	X	X			X	
Antecipação de situações temidas/ansiosas			X	X			X	
Medo/ansiedade evocados perante a situação temida			X				X	

Passo agora a descrever, de forma mais concisa, as várias semelhanças entre perturbações, a nível das suas características de diagnóstico.

A característica fundamental da PAS baseia-se num medo ou ansiedade excessivos face à separação de casa ou das figuras de vinculação. Quanto a crianças com MS, estas são capazes de falar nas suas casas na presença dos membros da família próxima mas, no entanto, muitas vezes, não são capazes de falar com amigos próximos ou familiares de segundo grau. É de notar então, que a ansiedade nestas crianças, que se manifesta por uma incapacidade de falar, não ocorre perante as figuras de vinculação, mas sim, face a outros (APA, 2013/2014). Ou seja, tanto as crianças com PAS como as crianças com MS, quando estão em casa e junto das figuras de vinculação, não apresentam sintomas ansiosos.

Mais ainda, no caso da Agorafobia, pode ocorrer a presença de sintoma quando o sujeito está fora de casa sozinho (APA, 2013/2014).

Na PAS, a ansiedade é superior ao que é esperado em relação ao nível de desenvolvimento do indivíduo, o MS é marcado, muitas vezes, por ansiedade social elevada, e as crianças com esta perturbação recusam, frequentemente, falar na escola, o que interfere no seu rendimento escolar, na FE, de forma a cumprir os critérios de diagnóstico, o medo e a ansiedade devem ser intensos ou graves e desproporcionais ao perigo real que o objecto ou situação apresentam, ou mais intensos do que é considerado necessário, na FS o medo ou a ansiedade são considerados desproporcionais ao risco real de ser avaliado negativamente ou às consequências de tal avaliação, a PP refere-se aos ataques de pânico inesperados recorrentes, a característica essencial do ataque de pânico é um período abrupto de medo ou desconforto intensos, na Agorafobia o medo, ansiedade ou evitamento têm de ser desproporcionados relativamente ao perigo real que as situações agorafóbicas pressupõem e ao contexto sociocultural e, por fim, na PAG a intensidade, duração e frequência da ansiedade e preocupação são desproporcionadas em relação à probabilidade real ou impacte do acontecimento antecipado (APA, 2013/2014). É constatável, portanto, a existência de pensamentos distorcidos e avaliações cognitivas das situações e do mundo irrealistas, na grande maioria das perturbações.

Outra semelhança, assenta no facto de sujeitos com PAS poderem experienciar preocupação excessiva recorrente, embora que face a uma situação concreta, sendo que a característica fulcral da PAG é a ansiedade e preocupação excessivas sobre vários acontecimentos e actividades (APA, 2013/2014).

Mais ainda, nas crianças com PAS, quando ocorre ou foi antecipada a separação das figuras de vinculação mais importantes, são comuns sintomas físicos como dores de cabeça, náuseas, vómitos, entre outros, enquanto sintomas cardiovasculares como palpitações, tonturas ou sensação de desmaio são mais comuns em adolescentes e adultos. Sintomas possíveis

durante a ocorrência de um ataque de pânico são palpitações, náuseas e sensação de tontura, desmaio ou cabeça vazia. Na PAG, a ansiedade e preocupação podem ser acompanhadas por sensação de mente vazia, entre outros sintomas (APA, 2013/2014).

No MS, a falta de discurso ocorre nas interações sociais com adultos ou crianças e, da mesma forma, em crianças com FS, o medo ou ansiedade deve estar presente junto dos pares e não apenas durante a interação com adultos (APA, 2013/2014).

Como já foi referido, o MS é muitas vezes marcado por ansiedade social elevada. A característica central da Perturbação de Ansiedade Social é o medo e a ansiedade intensos em situações sociais nas quais o sujeito possa ser escrutinado pelos outros. Quando exposto a situações sociais, o sujeito teme que possa ser avaliado negativamente. As situações sociais provocam quase sempre medo ou ansiedade. Na PP, as preocupações relativas aos ataques de pânico ou às suas consequências relacionam-se com aspectos sociais, entre outros, como embaraço ou medo de ser julgado negativamente pelos outros devido a sintomas de pânico observáveis (APA, 2013/2014). É verificável, então, medo e ansiedade perante as mesmas situações (i.e. situações sociais), em perturbações distintas.

Na escola, crianças com MS recusam, frequentemente, falar. Sujeitos com FE demonstram comportamentos de evitamento ou recusa continuada em participar em actividades que possam envolver a exposição a um objecto ou situação fóbica. Na FS, o indivíduo evitará, muitas vezes, situações sociais que receia e, em alternativa, as situações são enfrentadas com medo ou ansiedade acentuada. Da mesma forma, o indivíduo que sofre de Agorafobia, evita activamente a situação agorafóbica ou, se não é capaz de evitá-la ou escolhe não o fazer, a situação desencadeia medo ou ansiedade intensos. Ainda, sujeitos com PAS são relutantes ou recusam sair sozinhos por medo de separação, têm medo ou relutância persistentes e excessivos de estar sozinhos ou sem as figuras de vinculação importantes em casa ou noutros contextos (APA, 2013/2014).

Outra semelhança tem por base a antecipação de situações temidas/ansiosas, sendo que, na FE, a quantidade de medo experimentado pode variar com a proximidade ao objecto ou situação temida e pode ocorrer em antecipação ou na presença do objecto ou situação, na FS, a ansiedade antecipatória pode, por vezes, ocorrer bastante antes das situações e, por fim, a característica central da Agorafobia é o medo ou ansiedade acentuados ou intensos, desencadeados pela exposição real ou pela antecipação a um amplo conjunto de situações (APA, 2013/2014).

Mais ainda, uma das características da FE é que o medo ou a ansiedade são evocados quase sempre que o sujeito está em contacto com o estímulo fóbico, bem como, na Agorafobia,

em que o medo ou ansiedade são evocados quase sempre que um sujeito contacta com a situação temida (APA, 2013/2014).

É também de referir que na Agorafobia, o medo ou ansiedade podem tomar a forma de ataque de pânico com sintomas completos ou limitados (APA, 2013/2014).

Relativamente às semelhanças entre as perturbações a nível do seu desenvolvimento e curso, com o propósito de tornar mais clara a observação das mesmas, foi elaborada uma nova Tabela (Tabela 2).

Tabela 2 – Semelhanças entre Perturbações de Ansiedade a nível do Desenvolvimento e Curso

	PAS	MS	FE	FS	PP	Ataques de Pânico	Agorafobia	PAG
Início na infância	X	X	X	X	X			
Aparecimento na adolescência	X			X			X	
Aparecimento na idade adulta					X		X	X
Períodos de exacerbação e de remissão	X			X	X			X
Persistência ao longo da vida adulta	X		X				X	

Como se pode observar através da Tabela 2, e tendo em conta o que foi dito no ponto 2.5. do presente estudo, o início da PAS pode ser precoce, mais propriamente na idade pré-escolar, mas também pode ocorrer em qualquer altura durante a infância, tal como o MS, que tem o seu início antes dos 5 anos, mas pode não ser clinicamente detectado até à entrada na escola, a FE, que se desenvolve-se por norma durante o início da infância com a maioria dos casos a surgir antes dos 10 anos de idade, e a FS, cujo seu aparecimento pode acontecer na primeira infância. No caso da PP, apenas um pequeno número de casos tem o seu início na infância, mas, embora os ataques de pânico sejam muito raros neste período da vida, muitas vezes, a primeira ocorrência de «momentos assustadores» reporta-se retrospectivamente à infância (APA, 2013/2014).

Quanto ao aparecimento de Perturbações de Ansiedade na adolescência, relativamente à FS, a idade média para o seu aparecimento nos EUA é aos 13 anos de idade, na Agorafobia é

aos 17 anos, e em casos mais raros, a PAS, pode aparecer durante a adolescência (APA, 2013/2014).

Já a idade média de início da PP é entre os 20 e os 24 anos, sendo a média para o aparecimento dos ataques de pânico entre os 22 e 23 anos nos adultos. Em dois terços de todos os casos de Agorafobia, o aparecimento inicial é anterior aos 35 anos de idade e existe um risco substancial de incidência no final da adolescência e início da idade adulta. A média de idades de início da PAG é aos 30 anos, todavia a idade de início é muito variável (APA, 2013/2014).

Para além disso, na PAS, existem, tipicamente, períodos de exacerbação e de remissão, tal como na FS, em que a perturbação pode diminuir depois que um sujeito com medo de namorar case, e pode reemergir após um divórcio, na PP, cujo curso natural caso a perturbação não seja tratada, é crónico mas com períodos recorrentes de agravamento e melhoria, e na PAG, cujos sintomas tendem a ser crónicos e o agravamento e melhoria recorrentes ao longo da vida (APA, 2013/2014).

Também, na PAS, em alguns casos, quer a ansiedade por uma possível separação quer o evitamento de situações que impliquem a separação de casa ou do núcleo familiar, podem persistir ao longo da vida adulta, bem como, na FE, em que as fobias podem persistir ao longo da vida adulta, e na Agorafobia, cujo curso é tipicamente persistente e crónico (APA, 2013/2014).

Por último, é de ter em conta, que muitos sujeitos mais velhos com «sensações de pânico» apresentam um «híbrido» de ataques de pânico com sintomas limitados e ansiedade generalizada (APA, 2013/2014).

Com o objectivo de tornar mais fácil a observação das semelhanças entre as diferentes Perturbações de Ansiedade a nível dos seus factores de risco e de prognóstico, foi construída uma terceira tabela (Tabela 3).

Tabela 3 – Semelhanças entre Perturbações de Ansiedade a nível de Factores de Risco e de Prognóstico

		PAS	MS	FE	FS	PP	Ataques de Pânico	Agorafobia	PAG
Ambientais	Acontecimentos de vida stressantes	X		X		X	X	X	

	Protecção parental excessiva	X	X	X		X	X
	Abuso físico e sexual			X	X		
Genéticos e Fisiológicos	Hereditariedade	X			X	X	
	Neuroticismo		X	X		X	X
Temperamentais	Inibição comportamental		X	X	X	X	X

Através da Tabela 3, e recorrendo a informação adicional obtida através do DSM-5, constata-se que, em termos de factores de risco e de prognóstico, a nível ambiental, a PAS desenvolve-se, muitas vezes, depois de acontecimentos de vida stressantes, sobretudo uma perda. Da mesma forma, os factores de risco para Fobias Específicas incluem uma perda ou a separação parental. No âmbito da PP e do ataque de pânico em si, a maioria dos sujeitos identifica factores de stress nos meses anteriores ao primeiro ataque de pânico. Na Agorafobia, acontecimentos negativos na infância, como a morte de um progenitor e outros acontecimentos stressantes, estão associados ao seu início (APA, 2013/2014).

Mais ainda, a protecção parental excessiva pode estar associada à PAS, FE e ao MS. Também, sujeitos com Agorafobia descrevem um ambiente familiar e educacional como sendo caracterizado por afectos reduzidos e protecção excessiva, e na PAG, as adversidades da infância e a protecção parental excessiva estão associadas à perturbação (APA, 2013/2014).

Ainda a nível ambiental, um dos factores de risco para a FE é o abuso físico e sexual, porém, relatos de crianças vítimas de abuso físico e sexual são mais comuns na PP do que noutras Perturbações de Ansiedade (APA, 2013/2014).

A nível genético e fisiológico, tanto a PAS, a FS, como a Agorafobia, podem ser hereditárias (APA, 2013/2014).

No que toca aos factores de risco temperamentais, no MS, FE e na PAG, o neuroticismo ou a inibição comportamental podem desempenhar um papel importante. Também, na FS a

inibição comportamental pode predispor o sujeito a desenvolver esta perturbação. Quanto aos ataques de pânico, o neuroticismo é um dos factores de risco para o início dos mesmos. Na Agorafobia, a disposição neurótica e a inibição comportamental estão fortemente relacionadas com a perturbação (APA, 2013/2014).

É importante mencionar, que a ansiedade de separação na infância pode preceder, sobretudo quando grave, o desenvolvimento da PP (APA, 2013/2014).

Desta forma, foi possível verificar que são muitas as semelhanças em termos de características de diagnóstico, desenvolvimento e curso, e factores de risco e de prognóstico entre as Perturbações de Ansiedade. Tal, permite questionar até que ponto a sua diferenciação nosológica e nosográfica é, de facto, justificável.

Chegamos agora, por fim, ao último ponto deste estudo, que visou analisar as intervenções psicoterapêuticas no tratamento de diferentes categorias de Perturbações de Ansiedade, com o propósito de se observar as semelhanças existentes entre as mesmas. Os ataques de pânico, bem como, a Perturbação de Ansiedade Induzida por Substância/Medicamento, a Perturbação de Ansiedade Devida a Outra Condição Médica, a Perturbação de Ansiedade com Outra Especificação e a Perturbação de Ansiedade Não Especificada, não serão referidas, uma vez que, não possuem critérios que permitam, aqui, abordar as intervenções psicoterapêuticas, ou conduziriam a uma repetição.

Para demonstrar, de uma forma mais simplificada, as semelhanças entre as Perturbações de Ansiedade acima descritas a nível do seu tratamento, foi, também, elaborada uma tabela (Tabela 4).

Tabela 4 – Semelhanças entre Perturbações de Ansiedade a nível do Tratamento

		PAS	MS	FE	FS	PP	Agorafobia	PAG
Psicofarmacologia	ISRS	X	X	X	X	X	X	X
	IMAO		X		X			
PCC	Modelagem	X	X					
	Treino de relaxamento	X		X				X

	Gestão de contingência		X	X				
	Psicoeducação		X			X	X	X
	Reestruturação cognitiva		X	X	X	X	X	X
	Prevenção e gestão de recaída		X			X		X
	Exposição	X	X	X	X	X	X	X
	Tarefas de casa				X	X	X	X
PPD	Explorar e evidenciar a natureza da problemática conflitual central e compreender a sua ligação à ansiedade	X	X	X	X	X	X	X
	Ludoterapia		X	X				
	Identificação e análise da problemática relacional				X			X
	Trabalhar os sentimentos de separação face ao término do tratamento					X	X	
PCC e PPD	Inclusão dos pais	X	X	X	X			
	Intervenção psicoterapêutica em formato de grupo			X	X	X	X	X

Através da Tabela 4 é possível observar que, a nível psicofarmacológico, os ISRS são eficazes no tratamento de PAS (Mohatt, et al., 2014), MS (Kumpilaunen, 2002), FE (Benjamin et al., 2000; Unlenhuth et al., 1999, cit. por Ginsburg et al., 2004), FS (Mohatt et al., 2014; Silveira et al., 2005), PP (Yacubian et al., 2001), Agorafobia (Bond, 2010) e PAG (Frampton, 2014; Mohatt et al., 2014). Os IMAO são eficazes no tratamento do MS (Kumpulainen, 2002) e da FS (Silveira et al., 2005).

Quanto à PCC e suas estratégias, observa-se o seguinte: a modelagem é utilizada no tratamento da PAS (Ponton, 2006/2013) e do MS (Camposano, 2011; Freeman et al., 2004); o treino de relaxamento é utilizado no tratamento de PAS (Ponton, 2006/2013), FE (Ginsburg et al., 2004) e PAG (Leichsenring et al., 2009); a gestão de contingência é utilizada no tratamento do MS (Camposano, 2011; Freeman et al., 2004) e da FE (Ginsburg et al., 2004; Silverman et al., 1999); a componente psicoeducativa está presente no tratamento de MS (Reuther et al., 2011), PP (Manfro et al., 2008), Agorafobia (Craske et al., 2014) e PAG (Deschênes et al., 2013); a reestruturação cognitiva é parte integrante do tratamento de MS (Reuther et al., 2011), FE (Silverman et al., 1999), FS (Heimberg et al., 1993), PP (Ito, 2001; Manfro et al., 2008), Agorafobia (Craske et al., 2014; Hoffart et al., 1990) e PAG (Dugas et al., 2003); a prevenção e gestão de recaída é uma componente do tratamento de MS (Reuther et al., 2011), PP (Heldt et al., 2008; Ito, 2001) e PAG (Deschênes et al., 2013); a exposição é utilizada no tratamento de PAS (Thyer et al., 1988), MS (Reuther et al., 2011), FE (Barlow et al., 2002; Ginsburg et al., 2004; Pachana et al., 2007; Silverman et al., 1999), FS (Castillo et al., 2000; Heimberg et al., 1993; Porto, 2005), PP (Heldt et al., 2008; Ito, 2001; Manfro et al., 2008), Agorafobia (Craske et al., 2014; Hoffart et al., 1990) e PAG (Deschênes et al., 2013; Dugas et al., 2003) e, por fim, as tarefas de casa são recomendadas para o tratamento de FS (Heimberg et al., 1993; Porto, 2005), PP (Ito, 2001), Agorafobia (Craske et al., 2014) e PAG (Leichsenring et al., 2009).

No âmbito da PPD constata-se, que de um modo geral, e em todas as Perturbações de Ansiedade, pretende-se explorar e evidenciar a natureza da problemática conflitual central, e compreender a sua ligação à ansiedade (Busch et al., 2012; Camposano, 2011; Gurfinkel, 2006; Hoffart et al., 1990; Leichsenring et al., 2009; Magee et al., 2009; Muratori et al., 2003). A um nível mais específico, verifica-se que: a Ludoterapia pode ser utilizada no tratamento do MS (Campos et al., 2014; Camposano, 2011), bem como, da FE, sendo que, nesta última, a Ludoterapia pode seguir uma orientação comportamental, centrada na pessoa, ou psicodinâmica (Lyness-Richards, 1997); a identificação e a análise da problemática relacional, como causadora dos sintomas, é privilegiada no tratamento da FS (Magee et al., 2009) e da PAG (Leichsenring et al., 2009) e, por último, os sentimentos de separação, face ao término do

tratamento, são trabalhados no âmbito da PP (Busch et al., 2012) e da Agorafobia (Hoffart et al., 1990).

É ainda de salientar a tendência para incluir os pais, de uma forma mais central, no tratamento de crianças com Perturbações de Ansiedade, mais concretamente, no âmbito da PAS (Choate et al., 2005; Muratori et al., 2003; Ponton, 2006/2013), MS (Freeman et al., 2004), FE (Silverman et al., 1999) e FS (Porto, 2005). Nota-se, ainda, uma tendência para a realização de PCC e PPD em formato de grupo, especificamente, no âmbito da FE (Pachana et al., 2007), FS (Heimberg et al., 1993), PP (Heldt et al., 2008), Agorafobia (Craske et al., 2014; Hoffart et al., 1990) e PAG (Dugas et al., 2003).

Em suma, é essencial que as intervenções psicoterapêuticas não se vejam restringidas aos sintomas manifestos, nem pelo estreitamento das perturbações, resultante da nosografia actual das mesmas no DSM-5, mas antes, que considerem e trabalhem a ansiedade em si, mais especificamente, a forma distinta com que cada sujeito vive, experiencia e lida com a mesma. O facto de as intervenções psicoterapêuticas serem idênticas, tanto no âmbito psicofarmacológico, cognitivo-comportamental e psicodinâmico, no tratamento de diferentes Perturbações de Ansiedade, permite questionar a constante categorização e diferenciação destas perturbações e, mais ainda, reflectir sobre a realidade de alguns sujeitos, que se vêm confrontados com múltiplos, ou seja, coexistentes, diagnósticos.

IV. REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-I*. (1st ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1986). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II*. (2nd ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. (3rd ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais: DSM-5*. (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. (Tradução do original em Inglês *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013).
- Andreoli, S. B., Blay, S. L., Filho, N. A., Mari, J. J., Torres de Miranda, C., Coutinho, E. S. F., França, J., & Busnello, E. D. (2001). Confiabilidade de Instrumentos Diagnósticos: Estudo do Inventário de Sintomas Psiquiátricos do DSM-III Aplicado em Amostra Populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (6), 1393 – 1402.
- Araújo, A. C., & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16 (1), 67 – 82.
- Banzato, C. E. M. (2004). O que (Não) Esperar das Classificações Diagnósticas em Psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7 (1), 97 – 105.
- Barlow, D. H., Raffa, S. D., & Cohen, E. M. (2002). Psychosocial Treatments for Panic Disorders, Phobias, and Generalized Anxiety Disorder. In P. E. Nathan, & J. M. Gorman

(Eds.), *A Guide to Treatments that Work* (2nd ed., pp. 301 – 335). New York: Oxford University Press.

Barlow, D. H., & Wincze, J. (1998). DSM-IV and Beyond: What is Generalized Anxiety Disorder? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98 (393), 23 – 29.

Benjamin, J., Ben-Zion, I. Z., Karbofsky, E., & Dannon, P. (2000). Double-Bind Placebo-Controlled Pilot Study of Paroxetine for Specific Phobia. *Psychopharmacology*, 149 (2), 194 – 196.

Bernstein, G. A., Borchardt, C. M., & Perwien, A. R. (1996). Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (9), 1110 – 1119.

Birman, J. (2014). Drogas, Performance e Psiquiatrização na Contemporaneidade. *Ágora*, 17, 23 – 37.

Bond, A. J. (2010). Agoraphobia. In I. Stolerman (Ed.), *Encyclopedia of Psychopharmacology* (pp. 46 – 49), Berlin: Springer-Verlag.

Busch, F. N., Milrod, B. L., Singer, M. B., & Aronson, A. C. (2012). *Manual of Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy – Extended Range*. (Vol. 36, pp. 51 - 60). New York: Routledge.

Butcher, P. (1983). The Treatment for Childhood-rooted Separation Anxiety in an Adult. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14 (1), 61 – 65.

Caldas de Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Câmara, F. P. (2007). A Construção do Diagnóstico Psiquiátrico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10 (4), 677 – 684.

- Campos, L. K. S., & Arruda, S. L. S. (2014). Brincar como Meio de Comunicação na Psicoterapia de Crianças com Mutismo Seletivo. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5 (2), 15 – 33.
- Camposano, L. (2011). Silent Suffering: Children with Selective Mutism. *The Professional Counselor*, 1 (1), 46 – 56.
- 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.
- Catani, J. (2014). Histeria, Transtornos Somatoformes e Sintomas Somáticos: As Múltiplas Configurações do Sofrimento Psíquico no Interior dos Sistemas Classificatórios. *Jornal de Psicanálise*, 47 (86), 115 – 134.
- Choate, M. L., Pincus, D. B., Eyberg, S. M., & Barlow, D. H. (2005). Parent-Child Interaction Therapy for Treatment of Separation Anxiety Disorder in Young Children: A Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 126 – 135.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2014). Panic Disorder and Agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (5th ed., pp. 1 – 61). New York: The Guilford Press.
- Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labete, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica” Traduzida para o Português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (3), 156 – 159.
- Deschênes, S. S., & Dugas, M. J. (2013). Sudden Gains in the Cognitive-Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy & Research*, 37 (4), 805 – 811.
- DiTomasso, R. A., Freeman, A., Carvajal, R., & Zhan, B. (2009). Cognitive-Behavioral Concepts of Anxiety. In D. J. Stein, E. Hollander, & B. O. Rothbaum (Eds.), *Textbook of Anxiety Disorders* (2nd ed., pp. 103-116). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc.

- DiTomasso, R. A., & Gosch, E. A. (2002). Anxiety Disorders: An Overview. In R. A. DiTomasso, & E. A. Gosch (Eds), *Comparative Treatments for Anxiety Disorders*. (1st ed., pp. 1 – 31). New York: Springer Publishing Company.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langolis, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J-M. (2003). Group Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Treatment Outcome and Long-Term Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 821 – 825.
- Dunker, C. (2014). Subjetivações e Gestão dos Riscos na Atualidade: Reflexões a partir do DSM-5. *Revista EPOS*, 5 (1), 181 – 190.
- Fernandes, F. (2014). *O Contributo de Variáveis Evolucionárias nos Processos Atencionais na Perturbação de Ansiedade Social*. (Tese de Mestrado em Psicologia Clínica). Coimbra: Universidade de Coimbra Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Figueiredo, A. C., & Tenório, F. (2002). O Diagnóstico em Psiquiatria e Psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5 (1), 29 – 43.
- Frampton, J. E. (2014). Pregabalin: A Review os its Use in Adults with Generalized Anxiety Disorder. *Central Nervous System Drugs*, 28 (9), 835 – 854.
- Freeman, J. B., Garcia, A. M., Miller, L. M., Dow, S. P., & Leonard, H. L. (2004). Selective Mutism. In T. L. Morris, & J. S. March (Eds.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (2nd ed., pp. 280 – 301). New York: The Guilford Press.
- Freud, S. (1916-1917/1969). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise: Conferência XXV – A Ansiedade. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira* (Vol. 16, pp. 393-412). Rio de Janeiro: Imago. (Tradução da versão Inglesa The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 1969).
- Freud, S. (1925-1926/1996). Inibições, Sintomas e Ansiedade. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira* (Vol. 20, pp. 153 – 159). Rio

de Janeiro: Imago. (Tradução da versão Inglesa The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud).

Ginsburg, G. S., & Walkup, J. T. (2004). Specific Phobia. In T. H. Ollendick, & J. S. March (Eds.), *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Clinician's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions* (pp. 175 – 197). New York: Oxford University Press.

Gomes de Matos, E., Gomes de Matos, T. M., & Gomes de Matos, G. M. (2005). A Importância e as Limitações do Uso do DSM-IV na Prática Clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27 (3), 312 – 318.

Gottesman, I. I., & Gould, T. D. (2003). The Endophenotype Concept in Psychiatry: Etymology and Strategic Intentions. *American Journal of Psychiatry*, 160 (4), 636 – 645.

Gurfinkel, A. C. (2006). *Fobia: Coleção Clínica Psicanalítica*. (3ª ed, pp. 119 – 132). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Gusmão, R. M., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., & Caldas de Almeida, J. M. (2005). O Peso das Perturbações Depressivas: Aspectos Epidemiológicos Globais e Necessidades de Informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129 – 146.

Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., & Blendell K. A. (1993). Cognitive-Behavioral Group Treatment for Social Phobia: Effectiveness at Five-Year Followup. *Cognitive Therapy and Research*, 17 (4), 325 – 339.

Heldt, E., Blaya, C., Kipper, L., Salum, G., & Manfro, G. G. (2008). Utilização de Técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Pacientes com Sintomas Residuais do Transtorno de Pânico: Seguimento de 2 Anos. *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 28 (1), 10 – 15.

Hoffart, A., & Martinsen, E. W. (1990). Exposure-Based Integrated VS. Pure Psychodynamic Treatment of Agoraphobia Inpatients. *Psychotherapy*, 27 (2), 210 – 218.

- INFARMED (2015). *Estatística do Medicamento 2013*. Consultado a 18 de Novembro de 2015, através de http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ESTATISTICA_DO_MEDICAMENTO/Estat_Medic_2013.pdf
- Ito, L. M. (2001). Abordagem Cognitivo-Comportamental do Transtorno de Pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28 (6), 313 – 317.
- Júnior, E. A. S. (2010). *Comorbidades Psiquiátricas Associadas com Transtornos de Ansiedade em uma Amostra de Crianças e Adolescentes*. (Tese de Mestrado em Psiquiatria). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (2), 593 – 602.
- Klein, M. (1975). On the Theory of Anxiety and Guilt (Vol. 3, pp. 25 – 42). In M. Klein, *Envy and Gratitude and Other Works, 1946-1963*. New York: The Free Press. (Obra original publicada em 1948)
- Kraepelin, E. (2004). A Demência Precoce (1ª Parte). In *Obras de Emil Kraepelin*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kumpulainen, K. (2002). Phenomenology and Treatment of Selective Mutism. *Central Nervous System Drugs*, 16 (3), 175 – 180.
- Kushner, M. G., Sher, K. J., & Erikson, D. J. (1999). Prospective Analysis of the Relation Between DSM-III Anxiety Disorders and Alcohol Use Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (5), 723 – 732.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F., Rüger, U., Winkelbach, C., & Leibing, E. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and

Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. *The American Journal of Psychiatry*, 166 (8), 875 – 881.

Lipsitz, J. D., Martin, L. Y., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein D. F., & Fyer, A. J. (1994). Childhood Separation Anxiety Disorder in Patients with Adult Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151 (6), 927 – 929.

Lyness-Richards, D. (1997). Play Therapy for Children with Fears and Phobias. In H. G. Kaduson, D. Cangelosi, & C. Schaefer (Eds.), *The Playing Cure: Individualized Play Therapy for Specific Childhood Problems* (pp. 29 – 59). Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.

Magee, L., Erwin, B. A., & Heimberg, R. G. (2009). Psychological Treatment of Social Anxiety Disorder and Specific Phobia. In M. M. Anthony, & M. B. Stein (Eds.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders* (pp. 334 – 349). New York: Oxford University Press.

Mahler, S. M., Pine, F., & Bergman, A. (2000). *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books. (Obra original publicada em 1975)

Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V., & Otto, M. W. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2), 81 – 87.

Manfro, G. G., Isolan, L., Blaya, C., Santos, L., & Silva, M. (2002). Estudo Retrospectivo da Associação entre Transtorno de Pânico em Adultos e Transtorno de Ansiedade na Infância. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (2), 26 – 29.

Mansur de Souza, M. A. (2011). *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Pré-Adolescentes com Transtornos de Ansiedade: Desenvolvimento das Sessões e Avaliação de Respostas*. (Tese de Mestrado em Psiquiatria). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina.

Marques-Teixeira, J. (2001). Comorbilidade: Depressão e Ansiedade. *Saúde Mental*, 3 (1), 9 – 19.

- McWilliams, N. (2004). *Formulação Psicanalítica de Casos*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. (Tradução do original em Inglês Psychoanalytic case formulation. New York: The Guilford Press, 1999).
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Mohatt, J., Bennett, S. M., & Walkup, J. T. (2014). Treatment of Separation, Generalized, and Social Anxiety Disorders in Youths. *The American Journal of Psychiatry*, 171 (7), 741 – 748.
- Muratori, F., Picchi, L., Bruni, G., Pattarnelo, M., & Romagnoli, G. (2003). A Two-Year Follow-up of Psychodynamic Follow-up of Psychodynamic Psychotherapy for Internalizing Disorders in Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (3), 331 – 339.
- Pachana, N. A., Woodward, R. M., & Byrne, G. J. A. (2007). Treatment of Specific Phobia in Older Adults. *Clinical Interventions in Aging*, 2 (3), 469 – 476.
- Peixoto, A. C. A. (2006). *Mutismo Seletivo: Prevalência, Características Associadas e Tratamento Cognitivo-Comportamental*. Dissertação de Doutorado em Psicologia apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Ponton, L. (2013). Treatment of Separation Anxiety Disorder. *Psych Central*. (Trabalho original publicado em 2006) Consultado a 8 de Setembro de 2015, através de <http://psychcentral.com/lib/treatment-of-separation-anxiety-disorder/>
- Porto, P. (2005). Orientação de Pais de Crianças com FS. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (1), 101 – 110.
- Pulcherio, G., & Bicca, C. (2002). Avaliação dos Transtornos Comórbidos. In G. Pulcherio, C., Bicca, & F. A. Silva, (Orgs.), *Álcool, Outras Drogas, Informação: O que Cada*

Profissional Precisa Saber (1ª ed., pp. 79 – 88). São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.

Reuther, E. T., Davis III, T. E., Moree, B. N., & Matson, J. L. (2011). Treating Selective Mutism Using Modular CBT for Child Anxiety: A Case Study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40 (1), 156 – 163.

Ribeiro, C. M. S. (2013). *O Mutismo Seletivo e a Ludoterapia/Atividade Lúdica*. (Tese de Mestrado em Ciências da Educação). Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus.

Russo, J., & Venâncio, A. T. A. (2006). Classificando as Pessoas e suas Perturbações: a “Revolução Terminológica” do DSM-III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9 (3), 460 – 483.

Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de Paradigma en la Clasificación de los Trastornos Mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18 (3), 255 – 286.

Silveira, D. G., & Valença, A. M. (2005). FS: Clínica e Tratamento. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 99 (2), 21 – 25.

Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Rabian, B., & Serafini, L. T. (1999). Contingency Management, Self-Control, and Education Support in the Treatment of Childhood Phobic Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (5), 675 – 687.

Simonetti, A. (2011). *A Angústia e a Ansiedade na Psicopatologia Fundamental*. (Tese de Mestrado em Psicologia Clínica). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Spitz, R. A. (1979). *O Primeiro Ano de Vida: Um Estudo Psicanalítico do Desenvolvimento Normal e Anômalo das Relações Objectais*. (pp. 114 – 152/187 – 232). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda. (Tradução do original em Inglês *The first year of life: A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations*. New York: International Universities Press, 1965).

- Sturme, P., & Hersen, M. (2012). *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology, Vol. 1: Child and Adolescent Disorders*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Stein, D. J., Hollander, E., & Rothbaum, B.O. (2009). *Textbook of Anxiety Disorders*. (2nd ed.). London: American Psychiatric Publishing Inc.
- Thyer, B. A., & Sowers-Hoag, K. M. (1988). Behavior Therapy for Separation Anxiety Disorder. *Behavior Modification*, 12 (2), 205 – 233.
- Viana, M. B. (2010). *Mudanças nos Conceitos de Ansiedade nos Séculos XIX e XX: Da “Angstneurose” ao DSM-IV*. Dissertação de Doutorado em Filosofia apresentada à Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Yacubian, J., & Minutentag, N. (2001). Tratamento do Transtorno de Pânico com Inibidores Seletivos da Recaptura de Serotonina. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28 (1), 19 – 22.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7 (1), 77 – 92.