

## TEMA DE ACTUALIZAÇÃO

### O que é a ansiedade?

POR

ADRIANO S. VAZ SERRA \*

*Na revisão sobre ansiedade que a seguir se apresenta tentamos chamar a atenção para os seguintes pontos:*

— a ansiedade, como conceito, tem sido empregada nas mais variadas acepções, quer em função das condições antecedentes que a evocam, quer como agente causal, força motivadora de um comportamento específico, traço de personalidade, impulso ou resposta emocional;

— presente em numerosas situações psiquiátricas, o seu papel primordial salienta-se, porém, nos transtornos neuróticos;

— constitui um conjunto complexo de emoções, formado pela emoção dominante do medo, à qual se associam outras, entre as quais a culpabilidade, a amargura, a vergonha e o interesse-excitação.

— como a emoção dominante é o medo são abordadas as causas da sua gênese, referindo-se os seus determinantes inatos e adquiridos. Aqueles, explicam-nos a universalidade das respostas de certos medos. Estes últimos, levam-nos a compreender a formação, nas pessoas, de medos específicos;

— as fazer-se a análise da resposta de ansiedade, procura diferenciar-se o que se deve do que não se deve tratar, dá-se realce aos diversos componentes dessa resposta (cognitivo, vegetativo e motor) e ao modo pelo qual se gera e igualmente se perpetua;

— são ainda estabelecidos os dois grandes objectivos da recuperação terapêutica: promover a desactivação fisiológica do indivíduo em relação com as situações ansiógenas e fazê-lo enfrentar essas situações em condições de não-ansiedade, de forma a impedir as respostas de fuga e de evitamento que constituem, afinal, a sua invalidação.

### O que é a ansiedade?

A ansiedade é um termo tão divulgado que faz parte da linguagem comum, onde é empregado nas mais variadas acepções.

Segundo os especialistas o seu uso na língua portuguesa foi pouco frequente antes da 2.<sup>a</sup> metade do século XIX<sup>3</sup>. Em tempos tão recuados como o século XIII as palavras *afan* e *coyta* e *coytado* são consideradas seus sinónimos<sup>4</sup>. No século XV os termos *angustura* e *pressa*<sup>7</sup> e, no século XVI, a palavra *estreita*, parece terem-se revestido de idêntico significado<sup>1</sup>.

No dicionário conceituado de Cândido de Figueiredo a *ansiedade* é definida como 'angústia', 'ânsia', 'incerteza aflitiva' ou ainda 'desejo ardente'. A mesma obra, por sua vez, quando se refere a

*angústia* menciona-a como 'estreiteza', 'aperto do coração', 'aflição' e 'agonia'.

No presente artigo os termos *ansiedade* e *angústia* são utilizados no mesmo sentido, admitindo que aquela se refere mais ao componente cognitivo e esta mais ao componente vegetativo do mesmo construto.

Na gíria corrente as pessoas utilizam o termo *ansiedade* com os mais variados propósitos.

Assim, já temos ouvido indivíduos referirem que estão *ansiosos* por acabarem dado livro policial ou irem ver determinado filme. Há alunos que ficam muito *ansiosos* quando têm exames para fazer. Há seres humanos que sentem grande *ansiedade* quando têm de andar num elevador e preferem, por isso, utilizar uma escadaria, mesmo que tenham de subir muitos lanços.

\* Professor de Psiquiatria da F. M. C. e Director da Clínica Psiquiátrica dos H. U. C.

Há pessoas que sentem *ansiedade* quando se sentem rejeitadas, são submetidas a críticas ou efectuam uma tarefa que consideram importante.

Há indivíduos que mudam de passeio porque ficam *ansiosos* por avistarem ao longe alguém com quem andam de relações tensas.

Na prática clínica psiquiátrica temos encontrado enfermos que lavam demorada e frequentemente as mãos ou outras regiões do corpo, que afirmam ficarem muito *ansiosos* se tal não fizerem quando alguma coisa os toca.

Na vida quotidiana é fácil recordarmos certas pessoas que, no seu convívio, parecem «autênticas pilhas de nervos», sendo assim por natureza. Sensíveis a pressões psicológicas do meio ambiente, estas constituem ameaças potenciais de uma possível descompensação.

Em literatura ou em psicologia a *ansiedade* pode ser valorizada como uma emoção. Em termos laboratoriais tem havido autores que preferem considerá-la como um impulso<sup>6</sup> ou uma simples resposta emocional.

Estes aspectos revelam que o mesmo conceito é considerado segundo formas muito diferentes.

Nalguns casos como força propulsora de determinado comportamento; noutros, como resposta emocional desencadeada por certos estímulos; noutros, como um impulso desagregador de um comportamento adequado; noutros, como um traço de personalidade básica e, noutros ainda, como uma simples emoção.

Os exemplos citados revelam-nos que a *ansiedade* invade tanto o terreno do «normal» como o do «patológico», havendo os que procuram valorizar «o que é herdado» e outros «o que é adquirido».

### A *ansiedade* na prática clínica

Os transtornos mediados pela *ansiedade* são extremamente frequentes.

Qualquer que seja a especialidade a que um clínico se dedique nela encontra situações em que a *ansiedade* desempenha um papel preponderante.

Meltzer (1974), por exemplo, refere que «...a maioria dos doentes que consultam um médico, devido a sintomas relacionados com o coração, de facto *não* têm uma doença cardíaca orgânica. Em vez disso sofrem de manifestações cardíacas de *ansiedade*».

McDonald e Bouchier (1980), ao observarem cem doentes consecutivos, com queixas gastro-intestinais, verificaram que 28 tinham uma doença psiquiátrica marcada, associada ou não a doença

física. Notaram que entre estes, os traços de natureza obsessiva eram mais notórios e, das situações psiquiátricas que predispunham a este tipo de perturbações, os distúrbios de natureza emocional, usualmente designados por «nervos» ou «depressão», ocupavam um lugar preponderante.

Estudos de procedência diferente (Cooper e Morgan, 1973; Gardiner *et al.*, 1974; Marks *et al.*, 1979 e Robertson, 1979) têm revelado dois factos importantes. Um deles, o da frequência notável dos transtornos mediados pela *ansiedade*, tanto na população em geral, como nos enfermos que acorrem ao clínico geral. Outro, a da identificação incorrecta, pelo clínico não-psiquiatra, do enfermo com transtornos psiquiátricos.

Factores como os anos de prática, a variabilidade de casos observados, o interesse geral pelos problemas de psiquiatria, certas características da personalidade do médico e o estilo da entrevista clínica são algumas das circunstâncias de que se tem mostrado dependente a boa ou má identificação dos casos psiquiátricos (Marks *et al.*, 1979; Robertson, 1979).

O doente *ansioso* usualmente é fácil de detectar.

Durante a entrevista com o médico mostra-se inquieto, custa-lhe o «contacto dos olhos» com as outras pessoas, debita as palavras com uma frequência rápida, sai-lhe por vezes a voz num tom mais alto. Queixa-se de que a boca está seca ou de que sente com frequência o corpo a tremer e as mãos frias e húmidas. É comum referir que o coração lhe «costuma bater depressa demais». Olhando-se para ele nota-se que a sua respiração é rápida e acompanhada, nalguns casos, de uma inspiração difícil. Pode mencionar ainda tonturas, dores de cabeça ou vômitos em circunstâncias «em que está mais nervoso».

A família relata e ele reconhece que anda mais irritável, que facilmente se aborrece e que traz a mente cheia de pensamentos de perigo, ou de outra natureza, que não se adequam à realidade e o fazem sofrer terrivelmente. Torna-se mais sensível aos sinais de ameaça. Custa-lhe cumprir com a sua vida rotineira, porque ficou mais lábil às mínimas pressões psicológicas e lhe custa suportar os ruídos do meio ambiente.

Conforme as áreas específicas a que se encontra sensibilizado, por vezes sente-se corar ou a gaguejar impiedosamente em situações sociais em que gostaria de se sair bem. Noutras alturas, perante tarefas importantes em que desejaria lembrar-se de certa matéria, dá-lhe a impressão de que «tudo se lhe varre da memória».



Noutros casos, em sítios confinados, como um autocarro, o metropolitano, um avião ou uma simples sala cheia de gente, começa de repente a sentir-se aflito, a ansiedade a crescer, o pânico a atingi-lo, nota uma autêntica «tempestade vegetativa» dentro de si e só deseja sair (o que nem sempre é possível) do local onde está. Se não consegue sair ou, por qualquer modo, acalmar-se, o pânico acentua-se, agita-se, grita ou toma atitudes que levam os outros a sentirem-se na obrigação de prestar ajuda. É então levado, algumas vezes com grande aparato, a um posto de urgências médicas ou a alguém que lhe possa valer. As circunstâncias em que tal ocorre ficam marcadas por muito tempo na sua recordação.

Conforme foi referido, o «bater demasiado do coração» torna-se uma queixa frequente. Tão usual que um dos primeiros médicos americanos que estudou estas situações, as denominou de «coração irritável», vindo mais tarde a receber o nome do seu autor e a ser conhecido por «Síndrome da Costa», em homenagem a Jacob Mendes da Costa que, em 1871, chamou a atenção para estes casos (Nemiah, 1975).

Num indivíduo com um estado de ansiedade o coração altera facilmente o seu funcionamento. Além de uma taquicardia leve ou moderada, inconstante, pode ocorrer uma pequena depressão na junção S-T e uma inversão das ondas T (Schweitzer e Adams, 1979).

É frequente o indivíduo ansioso preocupar-se com o coração. Muitas vezes adquire o costume de palpar o pulso ou de levar a mão à região pré-cordial, para saber «como o coração está a trabalhar». Tais manobras, em lugar de o apaziguar, inquietam-no mais e, algumas vezes, a frequência cardíaca acentua-se tanto que o enfermo teme que aquele órgão «lhe vá rebentar».

Os estados de ansiedade são frequentes.

Investigações realizadas a nível da população em geral têm revelado uma prevalência que oscila entre 3-5% (Tyrer, 1979) até uma taxa tão alta como 31% (revisão de Schweitzer e Adams, 1979). Admite-se, porém, que cerca de 3/4 dos enfermos com ansiedade patológica nunca são observados por um psiquiatra, o que pode ser um indicativo do êxito conseguido com medidas simples de intervenção terapêutica ou da sua própria evolução favorável. No entanto, em casos mais graves, que carecem de *internamento psiquiátrico*, tem-se observado a sua recaída com frequência, quando têm de enfrentar de novo a comunidade onde vivem (Kerr *et al.*, 1974).

A percentagem de indivíduos do sexo feminino, com estas alterações, costuma ser duas vezes superior à do outro sexo.

A nível das *consultas de um clínico geral* os transtornos mediados pela ansiedade surgem com uma prevalência que, consoante os autores, se encontra entre 10-20% (Schweitzer e Adams, 1979). Constituem, por isso, das situações psiquiátricas mais comuns com que este tipo de clínico tem de aprender a lidar. Além disso, segundo os autores referidos, o tempo que consomem ao médico, pela atenção que é solicitado a prestar ao enfermo e/ou aos seus familiares, é bastante maior do que o que precisa de dedicar às outras situações de rotina.

### A ansiedade no contexto psiquiátrico

Num estudo pormenorizado de Henri Ey (1950), relativo à *ansiedade mórbida*, o autor menciona que o conceito de ansiedade é de introdução recente na semiologia psiquiátrica. Refere que, no século XIX, o termo é pouco usado, preferindo os autores designar as situações que actualmente se denominam por ansiosas, como correspondendo a um estado de *fobia*, de *medo*, de *pantofobia* ou de *panofobia* (H. Ey, pp. 387-388).

O mesmo cientista salienta ainda que foi Lalanne (1902) um dos primeiros autores do presente século que claramente valorizou a ansiedade como uma manifestação frequente nas neuroses e nas psicoses. Porém, assinala que já anteriormente Morel, em 1866, chamara a atenção para o lado emotivo de grande número de quadros clínicos psiquiátricos, no qual a ansiedade estava implícita.

Mais acrescenta Henri Ey que, durante bastante tempo e para muitos cientistas, os termos *ansiedade*, *angústia* e *medo* tiveram um significado idêntico. Isto passou-se com investigadores antigos e, de forma particular, com Darwin, Mosso, Mac Dougall e Ribot que, nos seus estudos sobre as emoções, nunca se referiram nem a angústia nem a ansiedade mas apenas a medo.

Gradualmente, porém, um certo número de psiquiatras e de psicólogos, foram tentando diferenciar a ansiedade do medo. Assim, em síntese, passou-se a mencionar que o *medo* consiste numa «reacção de defesa... frente a um *objecto presente*», enquanto que a *angústia* ou *ansiedade* «préfigura na sua estrutura um *perigo a vir* e, por isso mesmo, mais vago, incerto, misterioso e lancinante» (H. Ey, pg. 382).

Esta tendência para separar a ansiedade do medo encontra-se em diversos artigos e livros de texto.

Levitt (1968, pg. 28), ao rever este tema, assinala que vários teóricos têm proposto que o termo *ansiedade* seja reservado para o medo gerado por uma fonte desconhecida para o indivíduo atingido e se utilize o termo *medo* apenas quando a pessoa tem conhecimento do objecto ou da situação ameaçadora.

Uma propensão idêntica é encontrada noutros autores, como Pollitt (1973) ou Mefferd (1979), aos quais se podem juntar muitos mais.

No entanto a diferenciação não é assim tão linearmente estabelecida se tivermos em conta a importância que os processos cognitivos desempenham nas perturbações emocionais<sup>32</sup>. Há frases que o indivíduo profere para si, na avaliação de situações futuras, que lhe podem determinar ansiedade. Assim, em rigor, não se pode dizer que esta emoção seja uma reacção perante alguma coisa não objectivável, porque aqui o terreno do objectivável está no interior do indivíduo, naquilo que diz a si mesmo e o perturba emocionalmente.

Dentro do contexto psiquiátrico há autores, entre os quais se salienta Lopez Ibor,<sup>15, 16, 17</sup> que procuraram valorizar a determinação endógena da ansiedade. Num dos seus trabalhos<sup>17</sup> refere textualmente: «...a análise clínico-psicológica dos sintomas compele-nos a aceitar a existência de tristeza vital ou endotímica na depressão e uma ansiedade vital ou endotímica na neurose». A ansiedade, nascida de uma base fisiogénica, tenderia a crescer e a organizar-se à volta de um conteúdo, que representaria o seu motivo, ao qual se poderia ir buscar a sua aparente psicogénese.

Não procuramos no presente artigo percorrer os argumentos utilizados para manter esta posição. A descrição que estamos a efectuar refere-se, essencialmente, à ansiedade em que se realçam os aspectos de natureza exógena.

\*  
\*      \*

Na casuística psiquiátrica a ansiedade desempenha um papel primordial.

Em relação aos transtornos neuróticos a sua importância é notória, pois é considerada o elemento mediador destas perturbações<sup>33</sup>. Em casos afins, como as disfunções sexuais, a sua acção patogénica é igualmente notória (Haslam, 1978, pg. 85; Sharpe e Lewis, 1979, pp. 159-187).

Nos doentes psicóticos torna-se também um factor significativo, pois não só é comum estar associada à restante sintomatologia do quadro clínico, como pode complicar mais o prognóstico da situação (Prick, 1969; Tyrer, 1979).

No que respeita ao suicídio, embora o seu papel seja poucas vezes referido, não deixa de ser de realçar (Pokorny, 1979).

Não há, praticamente, nenhuma situação psiquiátrica em que não desempenhe ou não possa vir a ter um papel de relevo.

Um caso particular é o das depressões.

Na prática psiquiátrica a ansiedade e a depressão andam com frequência ligadas. Perante um doente deprimido, o clínico quase sempre é tentado a ministrar um anti-depressor junto com um determinado ansiolítico.

Há autores que mencionam que a ansiedade pode constituir, em certos casos, apenas uma manifestação de depressão mascarada, capaz de regredir com a administração de anti-depressores (Pollitt e Young, 1971).

Tendo a ansiedade e a depressão uma coexistência tão íntima, será possível distinguir com facilidade os estados de ansiedade, dos estados de depressão?

A destriça é difícil, considerando exclusivamente a expressão sintomatológica.

No entanto, uma série de estudos efectuados em Newcastle<sup>12, 20, 21, 46, 47, 48</sup> têm revelado existirem características que diferenciam aqueles que desenvolvem um estado de ansiedade dos que manifestam um quadro de depressão.

De acordo com os resultados desses estudos, salienta-se que os indivíduos que desenvolvem estados de ansiedade, têm tendência a manifestarem com maior frequência crises de pânico, apresentarem respostas fisiológicas mais aumentadas, evidenciarem uma maior labilidade emocional e a terem no seu passado maior número de alterações de comportamento e manifestações neuróticas na infância.

Também se verifica que, nestas alterações o seu começo se costuma dar pelo início da década dos 20 e a reagirem, sobretudo, perante a ameaça e a incerteza de acontecimentos futuros<sup>53</sup>.

Em contrapartida, nos casos de depressão, os acontecimentos passados têm um relevo maior, nomeadamente aqueles em que se verificou uma perda afectiva, a variação diurna do humor é mais acentuada e há uma tendência maior para os actos suicidas, insónia tardia e inibição motora.

No entanto, num estudo recente de Johnstone *et al.* (1980), foram utilizados 240 doentes neuróticos, observados semana-a-semana no que respeita



a ansiedade e a depressão. Este quantitativo foi dividido em quatro grupos diferentes, a cada um dos quais foi dada amitriptilina, ou diazepam ou amitriptilina e diazepam ou um placebo. Os autores verificaram que, tendo em atenção o quadro clínico, os enfermos não podiam ser classificados em grupos de «ansiosos» ou de «deprimidos». Comprovaram ainda que os resultados tendiam a ser bons, independentemente da medicação utilizada, não obstante ter sido um pouco melhor o que se conseguiu, com o uso da amitriptilina, tanto no que respeita a ansiedade como depressão. Os investigadores concluíram, por isso, que não tem qualquer valor prático a distinção, em enfermos neuróticos, entre ansiedade e depressão, pelo menos no que respeita ao tratamento medicamentoso.

Como se nota estas questões estão ainda controversas.

Consideremos agora outros aspectos que importa realçar.

### A ansiedade como um conjunto complexo de emoções

No estudo já citado de Henri Ey, o autor explicita que a ansiedade se pode manifestar das mais diversas formas. Distingue este cientista entre as crises de *grande* e de *pequena* ansiedade e apresenta uma descrição pormenorizada das organizações temáticas que podem emergir de cada uma delas.

Na *grande ansiedade* o futuro parece ficar obscurecido para o doente e o presente mostra-se ameaçado e cheio de trevas. A sua existência é posta em questão desenvolvendo a sensação de que vai morrer. O infortúnio, a culpabilidade, o desespero, agitam-se por todo o lado. A ansiedade assim vivenciada torna-se tão perturbadora que dá à vida o sabor amargo de um pesadelo.

Na *pequena ansiedade* a situação é igualmente perturbadora, mas menos grave. Nela transparece a hesitação, a insegurança frente aos acontecimentos, o temor, a amargura, a lamentação de não poder modificar o passado, a resignação temerosa perante a catástrofe, a falta de coragem para ser capaz de reagir.

A ansiedade pode, pois, manifestar-se de uma maneira multiforme. Será ela, não obstante a riqueza das suas manifestações, uma emoção simples, ou um conjunto de várias emoções elementares?

Para se poder encontrar resposta para esta questão, há que atender que uma emoção se

diferencia de outra pelas suas repercussões específicas sobre o organismo. Entre estas salienta-se a sua relação com os fenómenos de percepção, cognição, consciência, a maneira como pode alterar o comportamento da pessoa ou ainda a sua importância no que respeita ao desenvolvimento da personalidade em geral e a áreas significativas como o sexo ou as relações inter-pessoais (Izard, 1977).

Estudos discriminativos realizados por Carroll Izard vieram revelar que a ansiedade é um conjunto complexo de emoções. É constituída pela *emoção dominante* do medo, à qual se associam outras, entre as quais se podem apontar a *amargura*, a *cólera*, a *vergonha*, a *culpa* e o *interesse-excitação*. Ao ser referido que o medo é a emoção dominante quer-se mencionar que está sempre presente quando existe ansiedade. Porém, a variabilidade que este estado pode adquirir advém do modo como o medo se combina com as restantes emoções referidas. Segundo aquela autora, podem gerar-se estados de medo-amargura-cólera, por exemplo, ou de medo-culpa-vergonha e outros mais, possibilitando uma mistura de emoções básicas, da qual resulta o colorido diferente que pode aparecer.

Sendo o medo a emoção nuclear à volta da qual se reúne uma ou mais das emoções assinaladas então, compreender porque se gera o medo no ser humano, é avançar um pouco na compreensão das razões porque alguém pode ficar ansioso.

### Como se gera o medo?

O medo pode ser devido a dois grupos grandes de factores, uns de *natureza inata*, isto é, em que o indivíduo nasce predisposto a apresentar reacções de medo perante um certo número de situações específicas e, outros, *aprendida*.

Como determinantes inatos do medo, segundo Gray (1971) encontram-se quatro categorias diferentes de situações de estímulo que se caracterizam: pela intensidade da situação, a sua novidade, perigos especiais a que se ficou sensibilizado pela evolução filogenética e ainda circunstâncias despertadas pela inter-acção social específica (citado por Izard, 1977).

A dor ou um ruído intenso que desperta medo é um exemplo do primeiro caso. Um objecto ou uma pessoa estranha que surge bruscamente é um exemplo do segundo caso. O medo da escuridão ou das alturas é um exemplo de situações que constituem indícios de medo trazidos evolutivamente. A resposta de medo perante um

indivíduo que manifeste cólera ou produza ameaças é outro exemplo concreto de respostas de medo ocorridas da inter-acção social.

Há reacções de medo, porém, que se vão modificando com a idade. O medo perante estranhos, por exemplo, não se desenvolve nos primeiros meses de vida, mas apenas começa a surgir entre os 6 e os 9 meses. O medo aos animais e ao escuro não costuma surgir antes de passado o primeiro ano e meio de vida. O medo aos animais vai crescendo até cerca dos 4 anos. O medo originado das situações que implicam imaginação vai aumentando à medida que o indivíduo vai sabendo utilizar melhor os seus processos cognitivos.

Tais dados significam que as respostas de medo estão dependentes, afinal, da capacidade perceptivo-cognitiva da pessoa, que pode variar consoante a idade.

Independentemente destes aspectos, ligados a mecanismos inatos, há outros, igualmente importantes, associados a mecanismos aprendidos.

Nesta aprendizagem dos diversos medos podem actuar tanto condições de condicionamento clássico, como de condicionamento operante, como de modelação.

No condicionamento clássico há respostas de medo que podem ser fixadas pela associação de um estímulo neutro com um estímulo incondicionado como a dor, passando aquele a despertar medo. Assim, por exemplo, um dentista não é objectivamente ninguém que possa despertar, só por si, reacções de medo. Porém, se ao longo da vida, a pessoa tiver dentes cariados e for ao dentista e tiver dor quando a broca é aplicada para tratar os dentes, então a pessoa pode começar a desenvolver o medo de ir ao dentista. Este é um exemplo típico de uma resposta de medo que pode ser criada por *condicionamento clássico*.

Quando um adolescente, na praia, apanha com uma onda na cara e desata a fugir até chegar ao toldo, esta resposta de fuga pode ser bastante reforçada pelos seus familiares. A mãe, se for do tipo protector, pode elogiá-lo pela sua sensatez de não se meter nas ondas, ou do seu cuidado em se afastar do perigo ou outras frases mais que reforcem o seu comportamento de fuga.

Na verdade o adolescente não esteve exposto a nenhum perigo real. Porém, o reforço do seu comportamento, face a uma situação de perigo potencial, pode fazer com que desencadeie com frequência respostas de medo. Neste caso estas respostas estão a ser fixadas por *condicionamento operante*.

Porém, outros medos há, originados por mecanismos completamente diferentes, de modelação. Há indivíduos que constituem *modelos* para outros, aos quais se encontram expostos durante boa porção de tempo da sua própria vida. As pessoas que servem de modelo podem ter reacções específicas de medo perante certas situações e virem a determinar naquele que observa e para quem essa pessoa serve como modelo, reacções idênticas de medos futuros. Assim, quando uma criança, afectivamente ligada a mãe, observa nesta uma resposta acentuada de medo quando surge uma trovoadas, pode também ela, pela simples observação, desenvolver posteriormente «medo às trovoadas». Neste caso o que está em actuação são as simples *respostas aprendidas por modelação ou imitação*.

Os princípios de aprendizagem podem actuar de forma que outras emoções suscitem a emoção de medo. Imaginemos que um indivíduo, ao longo da sua vida, por diversas vezes em que se envolveu em situações que lhe despertaram alegria, surgiram consequências desagradáveis que evocaram medo. Posteriormente, mercê do condicionamento estabelecido entre ambas as emoções, sempre que se envolve em situações susceptíveis de lhe despertarem alegria, pode ao mesmo tempo sentir medo, não por condições objectivas do que lhe esteja a acontecer mas apenas por repetição de uma resposta gerada por circunstâncias anteriores de condicionamento.

Independentemente dos aspectos assinalados, há ainda a referir que o aumento súbito de um impulso pode também suscitar medo. Quando um indivíduo cai inadvertidamente num poço e fica submerso na água durante um certo tempo, o seu *medo* vai crescendo paralelamente à carência de ar (condição de aumento de impulso).

\*  
\*   \*  
\*

A tolerância social ao medo varia com os ambientes. No seu processo de sociabilização é utilizada com frequência outra emoção — a vergonha — para o controlar (Izard, 1977).

Quando uma criança tem receio de fazer uma carícia a um cão grande e o pai lhe diz que «é uma *vergonha* ter medo de fazer uma festa a um animal tão pavoroso», está a tentar influenciar a resposta emocional de medo, contrapondo-lhe outra emoção, a da vergonha. O mesmo acontece quando se chama de *cobarde* a alguém porque não é capaz de confrontar outra pessoa ou de falar, por medo, em determinada situação social.

Os ambientes familiares têm, sob este ponto de vista, larga responsabilidade, pois é deles que nasce e se molda a reacção específica de medo que cada um é susceptível de vir a desenvolver.

Há ambientes familiares em que o medo é minimizado.

Nestes casos os pais evitam aterrorizar as crianças e, mesmo que se sintam assustados, não lho comunicam. O medo, quando abordado, é apontado como uma manifestação nociva cujas fontes se devem combater. Quando, por uma ou outra circunstância, a criança desenvolve medo, este vai ser reintegrado pelos pais, que procuram explicar a sua génese, lastimam a sua ocorrência e permitem intimidade suficiente à criança até restabelecer o seu equilíbrio. É ensinada tolerância perante o medo, como alguma coisa inerente à natureza humana. Há igualmente a preocupação em impedir que a criança fique com medo crónico, tentando corrigi-lo por meios ao alcance dos progenitores ou por métodos mais especializados, como o recurso a um médico (Izard, 1977).

Em contrapartida, há ambientes familiares em que o medo é maximizado.

Quando os pais sentem medo facilmente o comunicam às crianças e, com frequência, eles mesmos as aterrorizam como forma de controlar o seu comportamento. Quando é referido o medo é apontado como não nocivo e até desejável, cujas fontes se devem respeitar. Quando a criança experimenta medo não fazem nada para o reintegrar, pois acreditam que o mesmo serve para a aceitação e adopção das normas estabelecidas pela sociedade. Não é ensinada às crianças qualquer tolerância perante o medo, nem tão pouco alguma coisa fazem para o corrigir quando as crianças o manifestam, mesmo que seja de forma crónica (Izard, 1977).

Os aspectos gerais assim descritos são grosseiros e constituem uma caricatura de condições diferenciais de educação. Na prática, naturalmente, não se manifestam de forma tão rígida e exclusiva. Contudo, existem adopções diferentes em educação que nos levam a compreender porque é que pessoas diversas, educadas em ambientes distintos, têm respostas diferentes, sob o ponto de vista emocional, perante situações idênticas. Aquilo que para um pode ser fonte e motivo de derrota, para outro pode constituir uma situação de desafio, luta e triunfo.

Vaz Serra (1978) apresentou um caso de nualgia, desencadeada num contexto de descompensação emocional, de uma enferma que

viveu a sua infância num ambiente em que o medo era maximizado. O pai constituía a figura dominadora da família e controlava o comportamento dos filhos com frequentes ameaças e castigos corporais. As situações geradas propiciaram que se tornasse sensível à rejeição, predispondo a que mais tarde descompensasse emocionalmente, após uma série de circunstâncias em que se sentiu rejeitada pelo marido.

Pela forma simples destes exemplos se pode verificar quanto cada um está exposto, ao longo do seu desenvolvimento, a ser moldado segundo um sistema de valores pessoal, com o qual analisa as situações decorrentes no seu ambiente.

A existência deste sistema de valores faz com que uma pessoa rotule as circunstâncias em que está envolvida como agradáveis, neutras ou adversas. Contudo, nem todas as pessoas, perante situações adversas, desenvolvem respostas emocionais negativas. Porque é que umas o fazem e outras não?

Este facto fica clarificado se recordarmos a diferença que existe entre *habituação* e *sensibilização* <sup>29, 43</sup>.

Aturar um chefe exigente, o encontro com pessoas autoritárias, a sujeição a críticas ou a necessidade de falar em público, são tudo exemplos de situações que podem ocorrer de forma frequente e muitas vezes despertam, nas primeiras ocasiões, respostas emocionais desagradáveis. Quando estas situações se repetem com alguma frequência e o indivíduo se mostra capaz de as ultrapassar com êxito, o estímulo que essa situação constitui perde gradualmente a sua intensidade e a resposta emocional desagradável torna-se cada vez mais esbatida. Dá-se então o que se chama de *habituação*. O indivíduo, através dela, ganha uma progressiva confiança pessoal. Porém, quando das situações mencionadas resulta todo um conjunto de experiências revestidas de fracasso e de humilhação, a resposta emocional negativa, perante elas, em lugar de diminuir aumenta e, em vez da habituação, dá-se a *sensibilização* específica do indivíduo perante essas situações. Em lugar de ganhar confiança passa a temê-las, a afastar-se ou a fugir dessas ocorrências, a sentir defraudar em si as possibilidades pessoais.

#### A ansiedade em termos de estímulo e de resposta

Muita da confusão que se pode estabelecer no que respeita à ansiedade resulta de um facto simples: da mesma poder ser considerada em termos de *estímulo* ou de *resposta*.



Quando salientamos que determinada pessoa é muito sensível à rejeição, à presença de figuras autoritárias ou de indivíduos do outro sexo, estamos a considerar as situações que a perturbam emocionalmente. Neste caso a ansiedade é considerada em termos de *estímulo*, uma vez que a ênfase é colocada sobre *as condições que determinam a resposta emocional de ansiedade*.

Quando damos porém realce aos fenómenos de activação fisiológica, como a emergência urinária, a taquicardia ou as alterações da resistência galvânica da pele, que se produzem na ansiedade, então estamos a fazer sobressair esta emoção em termos de *resposta* (neste caso vegetativa).

Usualmente o indivíduo procura tratamento por causa das respostas de ansiedade que nele são despertadas.

No entanto, a compreensão do que com ele se passa só pode ser obtida se considerarmos a ansiedade em termos do estímulo ou estímulos que evocam tais respostas.

Regra geral torna-se útil conceptualizar a ansiedade, tanto em termos de estímulo como de resposta, para a abordagem terapêutica a instituir.

### Análise da resposta de ansiedade

Ao analisarmos uma resposta de ansiedade a primeira questão que gostaremos de ver respondida é a de sabermos se a deveremos ou não tratar.

De acordo com a opinião expressa já há anos por Wolpe e Lazarus (1966) toda a ansiedade que se revelar *não-adaptativa*, isto é, que seja mediadora de um comportamento inadequado, merece ser tratada.

Assim, para tratamento, deverão ser seleccionados dois tipos de situações: aquelas em que o indivíduo manifesta ansiedade sem uma razão objectiva para que isso aconteça (em função do perigo real que a situação exprime ou o que acontece na maioria das outras pessoas) e ainda quando a ansiedade está intensamente desproporcionada como resposta em relação com a situação ocorrida.

Um exemplo da primeira, é o caso de um indivíduo que se sente ansioso quando anda de elevador. Embora isso aconteça com ele, na maioria dos casos os elevadores não caem (perigo real) nem tão pouco a maioria das outras pessoas têm essa reacção.

Como exemplo da segunda podemos considerar alguém que tenha medo das alturas. Na realidade todas as pessoas estão predispostas a terem medo das alturas. No entanto há algumas em que isso se manifesta de forma tão acentuada que lhes custa, numa casa, passar para além de um primeiro andar ou, em casos extremos, subir um simples escadote.

Que consequências pode ter a ansiedade? Para as compreendermos torna-se útil considerarmos a resposta de ansiedade decomposta em três componentes diferentes: *cognitivo*, *vegetativo* e *motor*.

O *componente cognitivo* é de natureza subjectiva e diz respeito a todos os pensamentos e sentimentos desenvolvidos por alguém quando está ansioso. Anteriormente já tivemos oportunidade de referir alguns destes aspectos. Têm relação com aquilo que a pessoa diz sentir.

O *componente vegetativo*, por sua vez, traduz a activação fisiológica que o indivíduo sofre quando está ansioso. Tem particularidades diversas. Uma delas, a grande variabilidade que as pessoas podem apresentar nas suas respostas vegetativas típicas perante os factores de pressão psicológica a que estão sensibilizadas. Assim, um indivíduo pode reagir aumentando predominantemente o bater do seu coração ou a sua tensão arterial, enquanto que outro, manifesta antes alterações da motilidade gástrica ou emergência urinária. Também se tem verificado que o mesmo indivíduo, perante situações diferentes a que está sensibilizado, pode reagir com respostas vegetativas diversas.

Perante uma situação súbita de pressão psicológica, a activação predominante é a do sistema ergotrópico, com o aparecimento das suas respostas típicas (secura da boca, aumento da sudoração, da frequência cardíaca, da tensão arterial, etc.). Contudo, em situações que se prolongam cronicamente, o que se observa é a perda das leis de inibição recíproca e do equilíbrio homeostático que regulam a relação entre os sistemas ergotrópico e trofotrópico e, deste modo, podem aparecer tanto respostas de um como do outro subsistema neurovegetativo, ao mesmo tempo<sup>11</sup>.

O *componente vegetativo* da ansiedade é importante pois muitas vezes é ele que empurra o enfermo para tratamento. É ele também que pode dar origem a diagnósticos diferenciais difíceis. É ele que pode levar à iatrogenização, por parte do clínico, se a sua resposta não for reconhecida como emocional quando tal dever ser admitido. É ele ainda que serve de orientação



clínica, no sentido de se saber se determinado tratamento proposto está ou não a ter um efeito benéfico.

Por seu turno, o *componente motor* da ansiedade é também inequivocamente importante. Refere-se às respostas de fuga e de evitamento que a ansiedade determina. É, por isso mesmo, um factor invalidante porque limita o campo de acção do enfermo e o impede de fazer a vida que desejaria.

Para além das consequências, relativas a cada um dos componentes assinalados, há ainda uma outra, igualmente significativa. Diz respeito à redução da eficiência do comportamento em geral, facto este comprovado experimentalmente por Skinner<sup>51</sup> e, naturalmente, observado frequentemente na prática clínica.

O indivíduo ansioso não só evita ou foge das situações a que está sensibilizado, mas ainda se mostra inibido em relação a muitas outras actividades: contactos inter-pessoais, em geral, actividades profissionais fora da sua rotina, vida familiar para além do habitual, etc..

Considerámos até aqui as indicações para o tratamento das respostas de ansiedade e as suas consequências. Outras questões estão ainda por responder.

Uma delas é relativa ao *começo* e, outra, à *manutenção* e *desenvolvimento* destas respostas emocionais.

O que leva uma pessoa a apresentar respostas de ansiedade que se revelem carecidas de tratamento?

Gambrill (1977), assinala sobretudo três tipos de circunstâncias: estímulos nocivos de grande intensidade, mesmo que só actuem uma única vez, estímulos de média intensidade regularmente repetidos e factores de modelação.

Como exemplo dos primeiros podemos realçar um exemplo trazido da clínica. Um dia uma pessoa do sexo feminino teve de parar o seu carro próximo de um camião TIR, que estava com uma avaria. Por sua vez, atrás, veio colocar-se outro camião. O trânsito no outro lado da estrada mantinha-se constante, pelo que não pôde ultrapassar. A certa altura, o camião que estava a compor tentou arrancar, continuava porém estragado e, mal o motor ficou em andamento, veio embater violentamente, de marcha atrás, no carro da senhora. Esta viu a sua vida por um triz, ficou emocionalmente muito perturbada, sofreu lesões de natureza física e, quando recuperou delas, tinha desenvolvido uma fobia aos automóveis, não sendo capaz de fazer viagens mesmo pequenas, num carro. Neste caso concreto

o estímulo foi tão violento que, embora único, pôde determinar uma alteração do comportamento, mediada pela ansiedade, que se tornou inibitória.

Como exemplo de estímulos de média intensidade, podemos lembrar aquelas experiências, já atrás assinaladas, referentes à presença de um chefe desagradável, ou a conflitos conjugais repetitivos. Estes casos, embora sem a violência do primeiro exemplo, deixam o sabor de amargura e de fracasso que vai sensibilizando uma pessoa. Depois, em dada altura, uma «gota de água» na relação perturbada é o suficiente para descompensar marcadamente a pessoa ou pessoas em causa.

Um exemplo do terceiro tipo de situações é constituído por todos aqueles casos em que a modelação intervém como factor preponderante. Um dado pai pode ter bastante ansiedade inter-pessoal frente às outras pessoas, tornando-se por isso tímido. Um filho, com quem se dá bem e com quem anda frequentemente, pode tornar-se igualmente tímido e com ansiedade inter-pessoal frente aos outros, tal e qual o próprio pai, que lhe serviu de modelo.

Uma questão diferente, conforme assinalámos, é a de saber porque é que a ansiedade se mantém.

Gambrill (1977) especifica que isso se deve a um conjunto de cinco factores diferentes, concretamente: a história do condicionamento individual, deficiências de comportamento, atenção excessiva prestada a determinado componente de ansiedade pelo próprio ou por uma pessoa significativa do meio ambiente, o evitamento de tarefas desagradáveis, caso a pessoa mantenha os seus sintomas, e ainda as expectativas de eficácia que o indivíduo sustenta perante a situação ansiógena com que se depara.

No primeiro caso têm importância os diversos factores de aprendizagem atrás assinalados, a que se associam as repetições das circunstâncias traumáticas a que o indivíduo fica exposto.

O segundo caso, refere-se sobretudo à manutenção de respostas de ansiedade por falta de aptidões próprias para lidar com a situação. Pode ser citado o exemplo de uma jovem que se sente mal em reuniões de amigos em que se dance, porque efectivamente lhe faltam as aptidões necessárias para o saber fazer adequadamente. Quando o faz cai no ridículo e, por isso, evita dançar e sente-se mal nessas ocasiões.

O terceiro caso encontra vários exemplos na prática clínica. Entre as perturbações que a

ansiedade pode gerar situa-se a de «um aperto na garganta». Imaginemos alguém que tem esta sensação com frequência, quando está ansioso. Consideremos que essa pessoa tem no meio ambiente em que vive uma outra, bastante amiga, com um aperto na garganta idêntico e em que se veio a descobrir que tinha um tumor da laringe. O indivíduo com o «aperto na garganta devido à ansiedade» pode passar, a partir daí, a prestar uma atenção exagerada a este sintoma, com receio de poder ter também um tumor da laringe. Nesse caso, a atenção prestada é um factor de reforço que é capaz de manter a existência deste sintoma.

O quarto caso corresponde àquelas situações em que o indivíduo fica numa posição mais vantajosa se os sintomas se mantiverem. Um caso clínico que podemos recordar é o de uma mulher que se entendia mal com o marido e que obteve mais atenção da parte deste quando «começou a andar doente dos nervos». Conseguiu assim, pela enfermidade, o que não foi capaz de obter por outros meios. Este simples facto é suficiente para retardar a sua recuperação. Mas a ocorrência de *ganhos secundários* não se limita ao que fica descrito. Podem surgir também quando, da manutenção da sua incapacidade, o doente auferir quaisquer lucros económicos, ou consegue ver diminuído o seu grau de responsabilidade em relação a tarefas desagradáveis que

podem ser bem ou mal executadas ou em relação a eventuais delitos cometidos. A manutenção dos sintomas pode ficar a dever-se ainda a motivos mais subtils, em que o doente os utiliza para se «punir» de qualquer facto de que se considera culpado. A persistência dos sintomas pode ainda ficar a dever-se quando, por causa deles, os outros tomam a responsabilidade do doente sobre si ou passam a compartilhar o seu sofrimento (Nicholi, 1978).

O quinto caso depende de vários factores. As expectativas de eficácia são geradas em função de tarefas semelhantes que o indivíduo conseguiu executar, da observação de modelos nessas situações, de mecanismos de persuasão verbal e ainda do estado fisiológico em que se encontra. De tudo isto depende sentir-se ou não capacitado em enfrentar a situação que o põe ansioso.

Os aspectos referidos são importantes ao pretendermos instituir uma terapêutica, seja ela estritamente psicológica ou com a ajuda de psicofármacos.

Em traços gerais podemos referir que a terapêutica da ansiedade tem dois grandes objectivos: primeiro, o de arranjar para o indivíduo que se queixa um processo de reduzir a sua ansiedade e, o outro, fazê-lo lidar com as situações a que se encontra sensibilizado, já sem ansiedade, de modo a que não mais sinta a necessidade de as evitar ou de lhes fugir.

### Summary

*In this paper the author reviews the usual concepts attributed to anxiety, draws attention to its importance in the clinical practice and in psychology, where anxiety can be considered as a complex of emotions, where fear plays the main role, associated to guilt, distress, shame and interest-excitment.*

*At the same time the cognitive, vegetative and motor components of the anxiety response are analysed and are established some considerations about the way they can emerge and maintain and the clinical approach that can be attempted to correct the situation.*



## BIBLIOGRAFIA

- 1 — BERNARDIM RIBEIRO (1891) — «Menina e Moça» — Cap. III: «Da conta que a Dona dá à Donzella» (pg. 42) — Edição de D. José Pessanha, Porto (Lugan & Geneloux, Sucessores).
- 2 — COOPER, B. e MORGAN, H. G. (1973) — *Epidemiological Psychiatry* — Charles C. Thomas, Publisher — U.S.A..
- 3 — COROMINAS, J. (1954) — *Diccionario critico etimológico de la lengua castellana* — Vol. I (A-C), pg. 219 s.n. *Ansia* — Editorial Gredos — Madrid.
- 4 — D. DINIS (séc. XIII) — *Cantiga de Amor*.
- 5 — EY, H. (1950) — *Anxiété Morbide* — Étude n.º 15 dos «Études Psychiatriques» — Desclée de Brouwer & Cie. — Paris.
- 6 — EYSENCK, H. J. (1969) — *Psychological Aspects of Anxiety* — pp. 7-20 de «Studies of Anxiety» — Edit. por M. H. Lader — British Journal of Psychiatry Special Publication n.º 3 — Headley Brothers Ltd. — Ashford, Kent.
- 7 — FERNÃO LOPES (séc. xv) — *Crónica de D. João I* — 1.ª parte, Cap. 132: «Como foi sabudo pella cidade que a frota viinha, e do que as gemtes por ello fezerom».
- 8 — FIGUEIREDO, C. de (1949) — *Diccionário da língua portuguesa* — 10.ª edição actualizada segunda as regras do acordo ortográfico luso-brasileiro de 1945 e em perfeita harmonia com o vocabulário resumido da Academia das Ciências de Lisboa e da Academia Brasileira de Letras (2 vols.) — Livraria Bertrand — Lisboa.
- 9 — GAMBRILL, E. D. (1977) — *Behavior Modification* — Jossey-Bass Publishers.
- 10 — GARDINER, A. Q., PETERSEN, J. e HALL, D. J. (1974) — *A survey of general practitioners' referrals to a psychiatric out-patient service* — «Brit. J. Psychiatry», 124: 536-541.
- 11 — GELLHORN, E. e KIELY, W. F. (1973) — *Autonomic Nervous System in Psychiatric Disorder* — pp. 235-261 do livro «Biological Psychiatry» — Edit. por J. Mendels — John Wiley & Sons.
- 12 — GURNEY, C., ROTH, M., GARSIDE, R. F., KERR, T. A. e SHAPIRA, K. (1972) — *Studies in the classification of Affective Disorders — The relationship between Anxiety States and Depressive Illnesses-II.* — «Brit. J. Psychiatry», 121: 162-166.
- 13 — GUZE, S. B., WOODRUFF, R. A. e CLAYTON, P. J. (1971) — *Secondary affective disorder: a study of 95 cases* — «Psychological Medicine», 1: 426-428.
- 14 — HASLAM, M. T. (1978) — *Sexual Disorders* — Pitman Medical.
- 15 — IBOR, J. J. L. (1966) — *Las Neurosis como enfermedades del ánimo* — Editorial Gredos, S. A. — Madrid.
- 16 — IBOR, J. J. L. (1969) — *Angustia vital* — Editorial Paz Montalvo — Madrid.
- 17 — IBOR, J. J. L. (1969) — *Anxiety and its importance in Psychiatry* — pp. 163-166 do livro «Studies of Anxiety», — Edit. por M. H. Lader — Brit. J. Psychiatry Special Publication n.º 3 — Headley Brothers Ltd. — Ashford Kent.
- 18 — IZARD, C. E. (1977) — *Human Emotions* — Plenum Press. — U. S. A..
- 19 — JOHNSTONE, E. C., OWENS, D. G. C., FRITH, C. D., MCPHERSON, K., DOWIE, C., RILEY, G., e GOLD, A., (1980) — *Neurotic illness and its response to anxiolytic and antidepressant treatment* — «Psychological Medicine», 10: 321-328.
- 20 — KERR, T. A., ROTH, M., SCHAPIRA, K. e GURNEY, C. (1972) — *The assessment and prediction of outcome in affective disorders* — «Brit. J. Psychiatry», 121: 167-174.
- 21 — KERR, T., ROTH, M. e SCHAPIRA, K. (1974) — *Prediction of outcome in anxiety states and depressive illness* — «Brit. J. Psychiatry», 124: 125-133.
- 22 — LADER, M. H. (1969) — *Psychophysiological Aspects of Anxiety* — pp. 53-61 de «Studies of Anxiety» — Edit. por M. H. Lader — British Journal of Psychiatry Special Publication n.º 3 — Headley Brothers Ltd. — Ashford, Kent.
- 23 — LADER, M. H. (1972) — *The nature of anxiety* — «Brit. J. Psychiatry», 121: 481-492.
- 24 — LEFF, J. P. (1978) — *Psychiatrists' versus Patients' Concepts of Unpleasant Emotions* — «Brit. J. Psychiatry», 133: 306-313.
- 25 — LEVITT, E. E. (1968) — *The Psychology of Anxiety* — Staples Press Ltd. — London.
- 26 — MACDONALD, A. J. e BOUCHIER, I. A. D. (1980) — *Non-organic gastrointestinal illness: A Medical and Psychiatric study* — «Brit. J. Psychiatry», 136: 276-283.
- 27 — MARKS, J. N., GOLDBERG, D. P. e HILLIER, V. F. (1979) — *Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness* — «Psychological Medicine», 9: 337-353.
- 28 — MARTIN, B. (1971) — *Anxiety and Neurotic Disorders* — John Wiley & Sons, Inc.
- 29 — MAYER-GROSS, W., SLATER, E. e ROTH, M. (1969) — *Clinical Psychiatry* — Baillière, Tindall & Cassell — London.
- 30 — MAYOU, R. (1976) — *The nature of bodily symptoms* — «Brit. J. Psychiatry», 129: 55-60.
- 31 — MAYOU, R. (1977) — *Psychiatric decision making* — «Brit. J. Psychiatry», 130: 374-376.
- 32 — MEFFERD JR., R. B. (1979) — *How much anxiety is «normal»? — pp. 59-77 do livro «Phenomenology and treatment of anxiety» — Edit. por W. E. Fann, I. Karacan, A. D. Pokorny e R. L. Williams — SP Medical & Scientific Books — New York. London.*
- 33 — MEICHENBAUM, D. (1976) — *Cognitive behavior modification* — Cap. II, pp. 275-294 do livro «Behavioral Approaches to therapy» — Edit. por Spence, Carson e Thibaut — General Learning Press.
- 34 — MELTZER, L. E. (1974) — *A ansiedade nas doenças cardiovasculares* — pp. 49-59 do livro «Factores de ansiedade no tratamento compreensivo do doente» — Edit. por W. L. Rees — Excerpta Medica, Holanda.
- 35 — MOUNTJOY, C. Q., ROTH, M., GARSIDE, R. F. e LEITCH, I. M. (1977) — *A clinical trial of Phenelzine in Anxiety Depressive and Phobic Neuroses* — «Brit. J. Psychiatry», 131: 486-492.

- 36 — NEMIAH, J. C. (1975) — *Anxiety Neurosis* — pp. 1198-1208 do livro «Comprehensive textbook of Psychiatry-II» — Edit. por A. M. Freedman, H. I. Kaplan e B. J. Sadock — vol. 1 — Williams & Wilkins Company — Baltimore.
- 37 — NICHOLI, Jr., A. M. (1978) — *The therapist-patient relationship* — pp. 3-22 do livro «The Harvard Guide to Modern Psychiatry» — Edit. por A. M. Nicholi Jr. — The Belknap Press of Harvard University Press — U.S.A..
- 38 — NYSTRÖM, S. e LINDEGARD, B. (1975) — *Predisposition for mental syndromes: a study comparing predisposition for depression, neurasthenia and anxiety state* — «Acta Psychiat. scand.», 51: 69-76.
- 39 — POKORNY, A. D. (1979) — *Suicide and Anxiety* — pp. 79-91 do livro «Phenomenology and treatment of anxiety» — Edit. por W. E. Fann, I. Karacan, A.D. Pokorny e R. L. Williams — SP Medical & Scientific Books — New York. London.
- 40 — POLLITT, J. (1973) — *Psychological Medicine for Students* — Livingstone Medical Text — Edinburgh and London.
- 41 — POLLITT, J. D. e YOUNG, J. (1971) — *Anxiety state or masked depression? A study based on the action of Monoamine Oxidase Inhibitors* — «Brit. J. Psychiatry», 119: 143-149.
- 42 — PRICK, J. J. G. (1969) — *The role of Anxiety in Psychoses* — pp. 105-108 do livro «Studies of Anxiety» — Edit. por M. H. Lader — British Journal of Psychiatry Special Publications n.º 3 — Headley Brothers Ltd. — Ashford, Kent.
- 43 — RACHMAN, S. (1974) — *The meanings of fear* — Penguin Education — Middlesex — England.
- 44 — RIMM, D. C. e MASTERS, J. C. (1974) — *Behavior Therapy — techniques and empirical findings* — Academic Press.
- 45 — ROBERTON, N. C. (1979) — *Variations in referral pattern to the psychiatric services by general practitioners* — «Psychological Medicine», 9: 355-364.
- 46 — ROTH, M., GURNEY, C., GARSIDE, R. F. e KERR, T. A. (1972) — *Studies in the classification of affective disorders — The relationship between Anxiety states and Depressive Illnesses — I* — «Brit. J. Psychiatry», 121: 147-161.
- 47 — ROTH, M., GURNEY, C., MOUNTJOY, C. Q., KERR, T. A., e SCHAPIRA, K. (1976) — *The relationship between classification and response to drugs in affective disorders — problems posed by drug response in affective disorders* — pp. 297-319 do livro «Monoamine Oxidase and its Inhibition — Ciba Foundation Symposium 39 — Elsevier — Excerpta Medica — North Holland.
- 48 — SCHAPIRA, K., ROTH, M., KERR, T. A. e GURNEY, C. (1972) — *The prognosis of Affective Disorders: the differentiation of Anxiety States from Depressive Illnesses* — «Brit. J. Psychiatry», 121: 175-181.
- 49 — SCHWEITZER, L. e ADAMS, G. (1979) — *The diagnosis and management of anxiety for primary care Physicians* — pp. 19-42 do livro «Phenomenology and treatment of anxiety» — Edit. por W. E. Fann, I. Karacan, A. D. Pokorny e R. L. Williams — SP Medical & Scientific Books — New York. London.
- 50 — SHARPE, R. e LEWIS, D. (1979) — *The anxiety antidote — How to beat the fear response* — Souvenir Press.
- 51 — SKINNER, B. F. (1970) — *Ciência e comportamento humano* — Editora Universidade de Brasília.
- 52 — TYRER, P. (1976) — *The role of bodily feelings in anxiety* — Institute of Psychiatry Maudsley Monographs — Oxford University Press.
- 53 — TYRER, P. (1979) — *Anxiety states* — pp. 161-183 do livro «Recent advances in clinical psychiatry 3» — Edit. por K. Granville-Grossman — Churchill Livingstone.
- 54 — VAZ SERRA, A. S. (1978) — *Aspectos psicológicos de um caso de nualgia* — «O Médico», 1402: 53-57.
- 55 — WOLPE, J. e LAZARUS, A. A. (1966) — *Behavior therapy techniques* — Pergamon Press.