

Transtornos mediados pela ansiedade: perspectivas actuais do seu tratamento *

ADRIANO VAZ SERRA **

A ANSIEDADE

Segundo Kelly (1981) a ansiedade pode ser definida como *uma experiência subjectiva de apreensão ou de tensão, imposta pela expectativa de perigo ou de dificuldade ou da necessidade de um esforço especial.*

A *ansiedade* ocupa um lugar de relevo em psicopatologia. A sua importância advém, não só por ser considerada a mediadora do comportamento neurótico, como por aparecer também ligada a outras afecções psiquiátricas, para além dos transtornos neuróticos.

O *estado de ansiedade* é particularmente incomedativo. A nível *biológico*, origina um aumento da activação. Em relação ao *comportamento* em geral, não só o reduz em termos de eficácia, como determina respostas estereotipadas de *fuga* e de *evitamento*. Quando a *ansiedade* não é tratada, estas reacções aumentam em intensidade e frequência, dificultando a vida social do indivíduo (Kanfer e Phillips, 1970).

Em que circunstâncias deve um clínico intervir?

* Conferência proferida no dia 2 de Julho de 1988, no Hospital Júlio de Matos, em Lisboa, nas IV Jornadas Portuguesas de Terapia do Comportamento.

** Professor Catedrático de Psiquiatria da F.M.C., Director da Clínica dos H.U.C., Professor da Cadeira de Terapêutica do Comportamento da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

A resposta é simples: em todas aquelas em que a *ansiedade* é demasiado intensa ou quando não há uma razão objectiva para aparecer.

MEDO E ANSIEDADE

Há autores que utilizam indistintamente os termos *medo* e *ansiedade*. Outros diferenciam as duas situações.

Segundo Rachman (1978) o *medo* relaciona-se com sentimentos de apreensão sobre circunstâncias concretas. A *ansiedade*, por sua vez, refere-se a sentimentos de apreensão difíceis de relacionar com fontes objectivas de estímulo. A diferença entre os dois termos diz respeito, de acordo com aquele autor, à existência de *medos focais*, no primeiro caso, ou de *medos difusos*, no segundo caso.

No entanto a diferença entre *medo* e *ansiedade* não é grande.

Esta circunstância advém do facto da *ansiedade* não constituir uma emoção simples mas sim um complexo de emoções.

Autores como Izard (1977) referem que a *ansiedade* é formada por diversas emoções.

O *medo* é a sua emoção central e o denominador comum. A ele podem associar-se outras emoções simples, como a *amargura*, a *cólera*, a *vergonha*, a *culpabilidade*, ou o *interesse-excitação*. O tipo de

associação que se estabelece dá origem às diferentes facetas da ansiedade.

Estes aspectos podem ter um interesse prático. A presença ou ausência de uma destas emoções é susceptível de fazer variar uma intervenção terapêutica. Avancemos agora para outros pormenores.

A ANSIEDADE COMO CONSTRUCTO

A *ansiedade* tem sido investigada sob perspectivas diversas.

Uma delas, como complexo de emoções que é.

Para além desta, tem sido estudada igualmente como um *estado*, um *impulso*, uma *resposta* com diversos componentes, um *traço de personalidade* ou como uma situação produzida em função de certos *estímulos* do meio ambiente.

Em terapia do comportamento o interesse vai, de forma predominante, para a *relação, única e específica*, que se estabelece num indivíduo entre dado *estímulo* e determinada *resposta*, tendo em conta o *organismo mediador*, nos seus aspectos biológicos e cognitivos.

QUESTÕES RELACIONADAS COM O TRATAMENTO DA ANSIEDADE

O tratamento da *ansiedade* relaciona-se com as respostas possíveis a três aspectos que se encontram ligados entre si, nomeadamente:

- porque surge
- porque se mantém
- como se pode eliminar.

A focagem de cada um destes pontos será efectuada, predominantemente, em termos comportamentais.

Vamos referi-los sucintamente.

PORQUE SURGE A ANSIEDADE?

Delprato e McGlynn (1984) referem que, numa perspectiva comportamental, há diversas teorias

que têm aparecido para explicar a aquisição da ansiedade.

Segundo estes autores, vêm a ser:

- a) Teoria do condicionamento respondente,
- b) Teorias que envolvem o constructo de ansiedade,
- c) Teorias cognitivas.

Vamos percorrê-las uma a uma, fazendo breves comentários a seu respeito, trazidos tanto daqueles como de outros cientistas.

a) *Teoria do condicionamento respondente*

Foi a primeira teoria explicativa da aquisição da ansiedade.

Desenvolveu-se a partir de um estudo experimental de Watson e Rayner realizado em 1920.

Estes autores foram capazes de induzir *medo* nos ratos, por um mecanismo de condicionamento clássico, a uma criança particularmente pouco medrosa, de 11 meses e oito dias, o pequeno Alberto. Este, mais tarde, generalizou o medo a coelhos, cães, casacos de pele e algodão.

A aquisição do medo foi conseguida emparelhando no tempo o aparecimento de um rato branco, do qual a criança inicialmente não tinha receio, com um *estímulo incondicionado aversivo*. Ao fim de umas tantas associações o condicionamento estabeleceu-se e o rato branco passou a ser um EC capaz de induzir uma resposta de medo semelhante à produzida pelo EI aversivo, com o qual tinha sido emparelhado.

O significado desta experiência foi muito grande, por vários aspectos.

O primeiro, porque ficava demonstrado que o comportamento de medo, adquirido por condicionamento clássico, *é o resultado da história de desenvolvimento do indivíduo*.

O segundo, porque a resposta de medo, assim aprendida, *é capaz de generalizar para situações semelhantes, o que complica a vida do indivíduo*.

O terceiro, porque salientava a importância dos EIs aversivos no condicionamento das manifestações de ansiedade.

O quarto, porque estabelecia a hipótese de que, se as reacções de medo podiam ser aprendidas, então era provável que pudessem ser extintas por técnicas de descondicionamento.

Na realidade Mary Cover Jones (1924) fez diversos trabalhos comprovativos desta possibilidade. Tratou medos de crianças por processos de modelação, com outras crianças, e pelo uso de reforços positivos.

Embora, a partir do estudo de Watson e Rayner (1920), a aquisição de respostas de ansiedade, por condicionamento clássico, se tornasse um paradigma explicativo dos transtornos emocionais, houve dados que gradualmente vieram estabelecer alguma controvérsia.

Verificou-se, em síntese, que a génese do medo não pode ser apenas determinada pela simples associação estímulo condicionado — estímulo incondicionado.

Vejam o que se passou.

English (1929), Valentine (1930) e Bregman (1934), poucos anos depois da investigação inicial de Watson e Rayner, não foram capazes de fazer adquirir respostas de medo a crianças, usando igualmente processos de condicionamento clássico.

English (1929) não conseguiu condicionar uma resposta de medo a um pato de madeira, a uma criança de 14 meses, após 50 ensaios, associando a sua apresentação com um barulho violento.

Bregman (1934), tentou reproduzir, em 15 crianças, a experiência feita com o pequeno Alberto e conseguiu resultados muito pobres.

Estes dados experimentais, embora não replicassem a investigação de Watson e Rayner, ajudaram a construir duas conclusões importantes:

- Uma delas, a de que nem todos os estímulos podem ser levados a evocar respostas de medo.
- A outra, a de que os indivíduos variam na sua sensibilidade aos diferentes estímulos.

Começava por este modo a ser aberto o caminho para o conceito de *preparedness*, que mais tarde haveria de ser introduzido (Seligman, 1968). Este termo, de difícil tradução para português, quer significar a possibilidade de existir em cada indivíduo uma presença pré-programada e estável de respostas perante certas classes identificáveis de situações de estímulo. Ou seja, a *resposta de medo está filogeneticamente mais preparada para certos estímulos do que para outros*.

Num tempo mais recente, a controvérsia acentuou-se através de estudos de Rescorla, efectuados em 1969, 1972 e 1978. Os seus trabalhos levaram-no a referir que não basta a *contiguidade temporal entre*

um estímulo neutro e um estímulo incondicionado para explicar o condicionamento respondente aversivo. A importância do estímulo condicionado só se estabelece se for capaz de prever o começo de um estímulo incondicionado, tornado-se assim um *indício aversivo*. Ou seja, entre o estímulo e a resposta tem de se ter em conta o organismo mediador.

Por sua vez, Eysenck (1975) mencionou que podem também ser adquiridas respostas de ansiedade por *condicionamento retrógrado*. Isto é, pode-se dar um condicionamento quando o EC aparece depois do EI. Em termos práticos este facto significa que há circunstâncias, ocorridas *depois* de um acontecimento traumático, que são também susceptíveis de ficarem associadas à evocação de respostas de ansiedade.

Além disso, dados da clínica e da investigação vieram trazer novos elementos.

Um deles, foi o facto de se comprovar que há indivíduos que se tornam ansiosos sem nunca terem sido expostos a situações traumáticas.

Esta circunstância contesta abertamente a teoria do condicionamento respondente, pois aqui não existe um estímulo aversivo que explique a aquisição da ansiedade.

Como se explicam estes casos?

Uma via possível surgiu dos trabalhos de Bandura. Este cientista comprovou que há respostas emocionais que podem ser adquiridas pela *observação de modelos*.

Rachman (1977) confirmou que se pode dar a aprendizagem de medos, por parte de crianças, através da observação do comportamento ansioso das mães, em certas situações.

Dados destes revelam que a *aprendizagem vicariante* pode explicar, nalguns casos, a aquisição de respostas de ansiedade.

Rachman (1977), além disso, cita estudos de natureza antropológica e epidemiológica que revelam que os medos *não se encontram distribuídos de acordo com o que seria de esperar* das interacções traumáticas com objectos ou situações. Chama a atenção para o facto de que, em certas populações, o *medo das cobras* é muito mais comum do que o medo aos dentistas ou às injeções. Não obstante existem com maior frequência, nestes casos, interacções traumáticas com dentistas e com injeções do que com cobras.

Por sua vez, Martin (1971) e Rachman (1978), citam histórias de indivíduos que foram subletidos, durante a 2.ª grande guerra, a *raides aéreas repeti-*

dos e traumáticos e que não desenvolvem respostas de ansiedade.

Em síntese, podemos referir que a ansiedade pode aparecer sem acontecimentos traumáticos desencadeadores e, por outro lado, uma ocorrência traumática nem sempre gera ansiedade.

Para além destes aspectos a teoria do condicionamento respondente da ansiedade teve outras formas de contestação.

Este facto deu-se quando foram referidos estudos que pareciam contrariar as leis conhecidas do condicionamento, particularmente a da *extinção*.

Esta menciona que se um *estímulo condicionado* deixar de ser emparelhado com o *estímulo incondicionado* inicial, criam-se condições de não-reforço e, ao fim de uns tantos ensaios, a resposta condicionada tende a extinguir-se.

Verificou-se, contudo, que em certos casos não se passa assim. Isto é, apesar do estímulo condicionado deixar de ser emparelhado com o estímulo incondicionado inicial, a resposta condicionada não só não se extingue como, em certos casos, aumenta os seus efeitos.

São exemplo disso o *fenómeno de Napalkov*, observado em cães, e as experiências de Campbell, Sanderson e Laverty (1964), em seres humanos.

Estas ocorrências levaram Eysenck a postular, para estes casos, a *teoria da incubação*. Explica-a nos termos que a seguir são expostos.

Se a associação inicial que se estabelece, entre o EC-EI, corresponder a um EI particularmente forte, a resposta vegetativa que daí resulta adquire por si própria propriedades de impulso. Continua então a reforçar o EC inicial mesmo que este deixe de ser emparelhado com o EI.

Esta circunstância explica porque é que um indivíduo pode desenvolver uma manifestação fóbica, de intensidade progressivamente crescente, perante determinado estímulo, mesmo que tenha havido uma só exposição.

A fim de se compreender a aquisição das respostas de ansiedade, Rachman estabeleceu uma proposta explicativa. É usualmente conhecida com o nome da *hipótese das três vias*.

Refere este autor que há, na história de qualquer indivíduo, *três classes de inter-acções indivíduo-ambiente* que podem propiciar o desenvolvimento da ansiedade.

São elas:

- 1) Inter-acções respondentes;
- 2) Modelação; e
- 3) Transmissão de informação e/ou instrução.

Rachman (1978) acrescenta ainda que há três factores cruciais para a aquisição de transtornos mediados pela ansiedade: a falta de *controlabilidade*, de *predictabilidade* e de *informação*.

A falta de *controlabilidade* surge quando um indivíduo se sente incapaz de reduzir a probabilidade de aparecimento de uma circunstância aversiva e/ou das suas consequências.

A ausência de *predictabilidade* é importante porque, se uma pessoa consegue prever quando ocorrem os acontecimentos ameaçadores, pode criar condições para os evitar ou lhes fugir.

Por sua vez, a *informação* é um factor significativo a ter em conta porque pode aumentar a possibilidade de prever os acontecimentos aversivos.

No entanto, na prática clínica, não é só importante compreendermos como a ansiedade é adquirida. É útil recordarmos também como se manifesta. Este conhecimento pode ditar indicações terapêuticas específicas.

Neste aspecto Rachman (1978), no seguimento de Lang (1968), considera que a ansiedade se pode exprimir através de um sistema organísmico parcialmente independente:

- a) comportamento verbal;
- b) activação fisiológica; e
- c) desempenho motor observável.

Embora cada um dos componentes assinalados esteja parcialmente ligado aos outros tem, não obstante, alguma independência relativa.

Assim, *num dado indivíduo*, a ansiedade pode ser predominantemente cognitiva. *Noutro*, fundamentalmente vegetativa. E, *noutro ainda*, mais de natureza motora.

A independência relativa dos componentes é ainda revelada por outro aspecto.

Uma pessoa pode ter manifestações cognitivas («pensamentos de medo») e vegetativas («coração a bater depressa demais ou mãos frias e suadas») de ansiedade e, não obstante, aproximar-se de dada situação temida (não apresentar o «componente motor»).

Ou, pelo contrário, referir, a nível cognitivo, que não tem medo e, na realidade, ter uma resposta de

evitamento motor muito marcada em relação à circunstância ou objecto temidos.

Estes dados têm relevância clínica pois podem, como referimos, levar a estabelecer orientações terapêuticas diversas.

Hodgson e Rachman (1974) referem que os três sistemas de resposta da ansiedade não são modificáveis ao mesmo tempo numa intervenção terapêutica.

O *componente motor* é o mais influenciável, pois facilmente se podem criar condições de confronto voluntário com o estímulo aversivo.

O *componente cognitivo* é o último a ser corrigido. Isto acontece porque todos os transtornos mediados pela ansiedade trazem consigo modificações das expectativas e do sentido pessoal de eficácia que exigem um longo tempo para a sua correcção.

*
* *

Estabelecemos até aqui considerações teóricas sobre a aquisição da ansiedade, começando por prestar atenção à teoria do condicionamento respondente.

Uma questão diferente, que precisa de ser também levantada, diz respeito aos estímulos que nos seres humanos são capazes de induzir ansiedade.

As técnicas de laboratório, para indução da ansiedade, não recriam situações idênticas às da prática clínica.

Houve autores que, por isso, se preocuparam em conhecer as condições a que um ser humano é sensível.

Que estímulos podem, num dado indivíduo, desencadear *ansiedade*?

Kessen e Mandler (1961) mencionam que a ansiedade, nos seres humanos, decorre de situações que *ameaçam o conforto* do indivíduo ou a sua *capacidade para prever e/ou alcançar objectivos*. Yates (1962) dá importância às situações de *conflito*. Gray (1971) dá um lugar de relevo à *frustração*, ou seja, às condições em que se dá o afastamento de um reforço positivo esperado. Kimmel (1975) menciona que a *incerteza* é o EI básico que leva ao desenvolvimento da ansiedade nos seres humanos. Seligman refere que os transtornos emocionais são induzidos pela *incontrolabilidade percebida* em certas circunstâncias (Eysenck, 1976).

Estes aspectos não têm apenas um valor descritivo. São questões básicas, que não só levam a uma

melhor compreensão dos fenómenos, como ajudam a construir estratégias de intervenção.

Entre todas as explicações, a da *incontrolabilidade* tem um alcance prático muito grande e uma larga evidência experimental.

*
* *

Consideremos agora outras teorias.

b) *Teorias que envolvem o constructo da ansiedade*

Delprato e McGlynn (1984) referem que estas teorias não procuram explicar a ansiedade como um acontecimento ou uma série de acontecimentos. O que fazem é conceptualizarem os referentes do comportamento da ansiedade como *reações activas e passivas de evitamento*.

Uma das primeiras teorias deste género foi a *teoria dos dois factores*.

Formulada por Mowrer (1939, 1947 e 1960), Miller (1951) e Sollard e Miller (1950) refere, em síntese, que *o medo é fixado por mecanismos de condicionamento clássico*, mas, depois, *não é extinto porque há comportamentos operantes que impedem o confronto com o estímulo inicial* (Delprato e McGlynn, 1984).

Mowrer (1947) explica estas circunstâncias nos seguintes termos: a activação autónoma, característica do medo condicionado, determinada por um indício de perigo, vai actuar como um impulso *secundário* que pede a solução de um «problema». O organismo com medo fica então num estado de desequilíbrio homeostático (*tensão*), e passa a estar motivado para obter o necessário equilíbrio (*redução da tensão*). Envolve-se por isso numa série de comportamentos instrumentais. Os *actos que levam à redução do impulso* são reforçados por reforço negativo e, conseqüentemente, tendem a manter-se (Delprato e McGlynn, 1984).

Miller (1951), de forma semelhante, refere também que os componentes vegetativos de uma resposta emocional condicional (de ansiedade) adquirem propriedade de *impulso* que é *reduzido* através de respostas de fuga e de evitamento. Se se der um bloqueio numa resposta de fuga dá-se, previsivelmente, um

aumento das respostas vegetativas (Kanfer e Phillips, 1970).

A teoria dos dois factores veio determinar orientações clínicas.

Em síntese, estabeleceu que o tratamento dos transtornos mediados pela ansiedade deve atender tanto à eliminação da *resposta motora*, como à redução da *resposta vegetativa* de ansiedade.

O tratamento da *resposta vegetativa* elimina a fonte crítica do impulso, que leva a executar os comportamentos instrumentais redutores. A terapia da *resposta motora*, operante, elimina o evitamento.

A teoria dos dois factores teve, entretanto, algumas contestações.

Wynne e Solomon (1955) e Wenzel e Jeffrey (1967) bloquearam a activação simpática periférica em situações ansiógenas e este facto não impediu que se desenvolvessem respostas de evitamento (Delprato e McGlynn, 1984).

Leitenberg *et al.* (1971) colheram registos da frequência cardíaca e do comportamento de evitamento de doentes fóbicos. Nalguns casos a frequência cardíaca variava ao acaso, à medida que diminuía o evitamento de um estímulo fóbico.

Estes dados revelam que pode não existir qualquer relação entre o componente vegetativo e as respostas motoras de ansiedade.

*
* *

Dentro do mesmo tipo de teorias, abordemos agora outra diferente.

A teoria da aproximação-afastamento.

Kantor (1942) e Schafer (1975 e 1976) são autores ligados a ela.

Consideram que, no evitamento observado nas perturbações emocionais, se deve atender tanto ao *afastamento* como à *aproximação* da circunstância temida.

Ao contrário da *teoria dos dois factores*, que valoriza apenas o afastamento, esta dá realce igualmente à aproximação.

Isto é, se alguém se afasta de uma situação temida, à medida que se aproxima de outras áreas que são seguras, este facto induz uma situação de *relaxamento* que leva o indivíduo a aproximar-se cada vez mais destes locais. Com o treino, o indivíduo aprende a *aproximar-se* da área segura antes de confrontar com a área temida.

Na *teoria dos dois factores*, o *signal de aviso* serve como um EC clássico, de medo. Na *teoria da aproximação-afastamento* o *signal de aviso* é apenas um estímulo discriminante que *estabelece a ocasião* para respostas que produzam sinais de segurança ou o relaxamento da aproximação. O comportamento de aproximação das áreas de segurança é considerado como um *comportamento de relaxamento* que compete com o comportamento do medo (Denny, 1976).

Ou seja, nesta teoria é referido que o *evitamento* pode não estar fixado por *reforço negativo* mas antes por *reforço positivo*.

A *teoria da aproximação-afastamento* é, por conseguinte, a única, em relação com a ansiedade, que dá valor ao reforço positivo.

Há, por isso, algumas implicações trazidas por ela.

Nos comportamentos de evitamento de longa duração, bem treinados, o terapeuta tem de lembrar-se que, muito provavelmente, está a ter de lidar com comportamentos fixados por reforço positivo.

Um indivíduo que aprendeu, por exemplo, a ter explosões verbais de cólera, para evitar as críticas de outras pessoas, mais tarde pode mantê-las porque se sente atraído pelas consequências de um comportamento deste tipo.

Denny refere que esta teoria pode explicar também as situações de *ansiedade livre flutuante*.

Imaginemos alguém, com uma tarefa importante a realizar, de que não pode fugir. Sente-se ansioso com a sua resolução e, para se libertar, vai trabalhando com cuidado. À medida que se aproxima do termo vai-se sentindo progressivamente relaxado. Consideremos que, na altura em que apresenta o seu trabalho, ao contrário de ser premiado, é alvo de admoestações e de censuras.

Neste caso, em lugar de ficar relaxado, fica ansioso.

Se um indivíduo for submetido a muitas interações deste tipo é provável que as respostas de relaxamento, decorrentes do finalizar de uma tarefa desagradável, comecem a ser acompanhadas de ansiedade.

Enquanto que para outras pessoas, em condições análogas, *não há condições objectivas para ficarem ansiosas*, para aquele indivíduo, *devido às suas experiências específicas*, as respostas de ansiedade são compreensíveis.

*
* *

Abordemos agora, de uma forma mais breve, as restantes teorias que assinalámos de princípio.

c) Teorias cognitivas

Para Delprato e McGlynn (1984), o que diferencia as teorias cognitivas das anteriores, é afirmarem que os *acontecimentos mentais são os mediadores que intervêm entre reconhecer um indício como aversivo e responder perante ele com ansiedade*.

Há uma sequência, com os passos seguintes:

Indício → Expectativa de dano → Ansiedade
→ Manifestações de ansiedade

Como é óbvio, nestas teorias o *condicionamento respondente não é uma condição nem necessária nem suficiente* para induzir ansiedade. Só o é se o indivíduo tomar conhecimento de que o emparelhamento *indício-perigo* [EC-EI] tem uma relação contingente.

De acordo com Carr (1979), tendo em conta a *hipótese das três vias*, de Rachman, o *elemento comum* que existe nas inter-acções respondentes, na aprendizagem por observação de modelos e na transmissão de informação é a *própria informação*. Esta ajuda a formar *expectativas de dano perante situações particulares*.

Nestas teorias é aceite que as covariações nas manifestações de ansiedade são covariantes dos processos mediacionais cognitivos.

Os cognitivistas dão, por isso, uma importância particular às percepções, as atribuições, às expectativas, aos pensamentos, às fantasias e às verbalizações auto-activadas pelo indivíduo.

Têm desenvolvido uma larga investigação sobre estes aspectos.

Meichenbaum e Butler (1980) comprovaram, por exemplo, que existe um *pnasamento auto-referente negativo* nas pessoas com um desempenho inadequado (Meichenbaum e Turk, 1982).

Repararam que os indivíduos com propensão para transtornos emocionais têm um tipo de ideação que os leva a tornarem-se *excessivamente preocupados com as suas inadequações pessoais, a imaginar que as dificuldades potenciais são mais importantes do que realmente são e a julgarem-se ine-*

ficazes para lidarem com as exigências do meio ambiente.

*
* *

Dentro das teorias cognitivas há uma que merece um realce particular.

É usualmente conhecida como a *Teoria Cognitiva da Expectativa*.

Vamos referi-la de maneira breve.

De forma sintética podemos mencionar que explica o comportamento de evitamento das perturbações emocionais como consequência da expectativa.

Entre os cientistas mais ligados a ela realçam-se Seligman e Johnston (1973) e Bandura (1977).

Seligman e Johnston (1973) fazem a sua apresentação em termos do paradigma sub-humano do *treino de choque-evitamento*.

Aceitam, da mesma forma que a *teoria dos dois factores*, de que o emparelhamento ou o não-emparelhamento do EC e EI dá origem à aquisição do medo. Mas desviam-se dela no que respeita às propriedades reforçadoras e motivacionais do medo. Da mesma forma que a *teoria dos dois factores*, assumem que o medo evoca as respostas iniciais de evitamento. Mas, afirmam que a manutenção das respostas de evitamento é feita pela preferência pela condição de não-choque e pelas expectativas constituídas dos resultados.

Bandura, tal como Seligman, deu um valor muito grande à expectativa e à sua influência nas perturbações emocionais.

Para Bandura têm importância dois tipos distintos de *expectativas*, nomeadamente de *eficácia* e de *resultado*.

A *expectativa de eficácia* desenvolve-se em função do julgamento que a pessoa faz de ter ou não aptidões para desempenhar um certo tipo de comportamento.

A *expectativa de resultado* tem a ver com o julgamento sobre a probabilidade de um dado comportamento levar ou não a certas consequências.

Nas perturbações emocionais dá um relevo particular às *expectativas de eficácia*.

Neste sentido questiona abertamente a *teoria dos dois factores* como capaz de explicar a aquisição da ansiedade.

Relembremos que, nesta teoria, é aceite que o componente vegetativo da resposta emocional con-

dicionada adquire propriedades de impulso que é reduzido pelas respostas instrumentais de fuga e de evitamento.

Bandura não aceita que o evitamento esteja sob o controlo vegetativo.

Justifica-se com diversos argumentos.

Pergunta:

— Como pode a resposta instrumental de evitamento ou fuga, depender da resposta vegetativa, se é muito mais rápida a ser formada do que esta? Em condições de laboratório tem-se verificado que há respostas de evitamento, imediatamente executadas, sem se ter constituído ainda uma resposta vegetativa.

— Como se explica que uma resposta de evitamento subsista mesmo depois de terem sido extintas as respostas vegetativas perante os estímulos condicionados?

— Como se compreende que, após a remoção cirúrgica de centros de *feedback* vegetativo, o ser vivo possa adquirir respostas de evitamento?

— Como se aceita que uma pessoa possa ter uma activação vegetativa forte, perante determinado estímulo e, não obstante, não apresentar respostas de evitamento?

Para Bandura o comportamento de evitamento, característico da ansiedade, não depende da activação vegetativa.

Para este investigador, o que lhe está na base é a *falta de expectativas de eficácia*, por parte do indivíduo, para lidar com as características aversivas da situação.

Cita, a este propósito, um estudo de Notterman *et al.* (1952). Estes autores comprovaram que a *exposição repetida, não reforçada, a um estímulo condicionado, não diminuiu as respostas vegetativas. Contudo estas ficavam suprimidas desde que o indivíduo ganhasse controlo pessoa sobre as possíveis ameaças.*

Há circunstâncias da vida que levam a constituírem-se as expectativas de eficácia.

Estas dependem de execuções anteriores que decorreram com êxito, das dificuldades das tarefas, do esforço a dispender, da ajuda externa recebida pelo indivíduo e ainda da sequência temporal dos êxitos e dos fracassos (Bandura, 1978).

As pessoas com *boas expectativas de auto-eficácia* tendem a ter um menor número de auto-avaliações negativas, depreciam-se menos e encararam as ameaças como menos significativas.

Como a *expectativa de eficácia* é um fenómeno pessoal, um indivíduo pode ter aptidões para desempenhar determinado comportamento mas, *subjectivamente*, julgar-se incapaz.

Esta circunstância pode ser relevante na manutenção das perturbações emocionais em dado indivíduo.

*
* *

Apesar da aparente robustez, há pelo menos dois pontos fracos nas teorias cognitivas.

Por um lado não conseguem explicar porque é que existe uma relativa independência entre os três componentes da resposta de ansiedade. Porque é que, por exemplo, um indivíduo diz que não tem medo de determinado acontecimento (resposta cognitiva) e, não obstante tem uma activação vegetativa marcada e uma inibição motora evidente.

Por outro lado, não explicam ainda o que acontece no condicionamento retrógrado. Aqui, o EC deveria desempenhar um papel de *indício de segurança* (uma vez que o perigo estava passado), mais do que de *dano*.

De qualquer forma são teorias com impacto clínico, que levam a prestar particular atenção à modificação das cognições do indivíduo.

*
* *

Temos de abordar agora os outros aspectos que de início nos propusémos.

PORQUE SE MANTÉM A ANSIEDADE?

Uma vez surgida uma situação de ansiedade, o que a leva a manter-se?

Gambrill (1977) refere que há cinco aspectos que podem perpetuar as manifestações de ansiedade, nomeadamente:

- a) a história de condicionamento do indivíduo;
- b) deficiências reais de comportamento;
- c) a atenção excessiva prestada a dado componente de ansiedade, pelo próprio ou por alguém significativo do meio ambiente;

- d) ganhos secundários e, finalmente,
- e) falta de expectativas de eficácia.

A *história de condicionamento do indivíduo* está relacionada com os acontecimentos da sua vida que lhe propiciaram a ansiedade e, bem assim, a repetição de novas circunstâncias traumáticas.

As *deficiências reais de comportamento*, correspondem à falta de aptidões que impedem que um indivíduo lide adequadamente com determinada situação.

A *atenção excessiva prestada a dado componente de ansiedade*, é frequente na prática clínica e costuma estar relacionada com atribuições dramatizantes em referência com dada queixa.

Os *ganhos secundários* são um obstáculo por parte do enfermo e podem ter uma causalidade múltipla. Nalguns casos, através das queixas, o indivíduo obtém uma maior atenção dos outros; noutros, pela manifestação dos sintomas, consegue uma compensação económica ou a diminuição da responsabilidade; noutros ainda, servem para expiar sentimentos de culpabilidade; finalmente a incapacidade revelada pelas manifestações clínicas leva a desenvolver laços de dependência que fazem com que as outras pessoas assumam as obrigações do doente e tomem conta dele.

A *falta de expectativas de eficácia* já foi suficientemente abordada e, por isso, abstermo-nos de fazer mais comentários.

A estes, ainda há a acrescentar um sexto aspecto: a *falta de motivação para o tratamento*. Esta, pode estar relacionada com ganhos secundários. Mas é igualmente susceptível de ter outras origens.

Entre algumas que se podem assinalar contam-se:

- o doente, devido a fracassos de intervenções terapêuticas anteriores, não acredita que haja quaisquer métodos que levem à sua recuperação;
- os problemas que precisa de enfrentar despertam-lhe sentimentos de culpabilidade ou de angústia demasiado elevados;
- foge de contar o seu verdadeiro problema porque o considera socialmente muito censurável;
- devido a ter sido muito protegido *não tem coragem para agir*,
- não sente que o que está a ser feito por si é o indicado para a sua situação clínica;
- etc..

A falta de motivação para o tratamento é, por conseguinte, uma circunstância de facetas diver-

sas, que pode contribuir para se perpetuar uma situação.

*
* *

Feitas todas estas considerações vamos agora tratar do último ponto.

COMO SE PODE ELIMINAR A ANSIEDADE?

Pelo seu significado histórico é justo que, neste aspecto, seja dado realce aos esforços pioneiros de Wolpe.

Começando os seus trabalhos no início da década dos anos 50 tentou utilizar a teoria da aprendizagem para a compreensão e o tratamento dos transtornos neuróticos.

Conhecia as investigações de Pavlov e de Hull, bem como as de Masserman (1943) sobre a indução de neuroses experimentais (Kazdin, 1982).

Nos seus trabalhos, Wolpe utilizou gatos, a fim de lhes induzir transtornos deste tipo. O processo utilizado consistiu em dar aos animais choques, quando se aproximavam da comida. Reparou que o choque inibia o acto de comer. Imaginou então que, revertendo as circunstâncias, a comida poderia inibir as reacções de medo.

Dava a impressão que estes dois tipos de resposta *se podiam inibir reciprocamente*.

De facto, colocando os animais em sítios onde tinham medo, encorajando-os a comer, verificou que perdiam gradualmente o medo.

Resultados destes levaram-no, em 1958, a formular o princípio da *inibição recíproca*, assim definido: *se os estímulos evocadores de ansiedade puderem ser associados com respostas que levem a uma supressão parcial ou completa da mesma, ficará enfraquecida a ligação entre esses estímulos e as respostas de ansiedade* (Kazdin, 1982).

Extrapolando as suas observações, conceptualizou que os seres humanos, de uma forma semelhante à dos gatos, poderiam confrontar estímulos evocadores de ansiedade, desde que fossem associados com *respostas redutoras* desta.

Embora inicialmente motivasse os doentes a um confronto directo com as situações reais, evocadoras

de ansiedade, mais tarde passou a fazê-lo em *imaginação*. Utilizou, como resposta redutora da ansiedade, o *relaxamento*.

O confronto com as situações ansiógenas passou a conduzi-lo de forma gradual e sistematizada, indo de cenas discretamente evocadoras de ansiedade, até às de intensidade máxima.

Nasceu assim o que designou por *Dessensibilização Sistemática*, arquitectada em termos da *teoria dos dois factores*.

Este foi um método de um pioneiro que, por isso mesmo, durante longo tempo, foi usado para tudo.

Os anos, no entanto, passaram.

No momento presente precisamos de encontrar uma resposta para uma questão crucial: o que é importante para recuperar os enfermos com transtornos mediados pela ansiedade?

Isaac Marks (1978) menciona que o tratamento dos transtornos mediados pela ansiedade tem de ser compreendido num aspecto global, numa estrutura em que há um duplo processo. Primeiro, o doente necessita *estar motivado* para procurar e completar

o tratamento. Em segundo lugar, precisa de ser capaz de *cumprir com um certo número de acções terapêuticas*, essenciais para a sua recuperação.

A literatura aponta numerosas técnicas comportamentais para a recuperação deste tipo de transtornos.

Gambrill (1977) refere que os processos desenvolvidos pela T.C., para reduzir a ansiedade, se diferenciam em função:

1) Do *nível de estímulo*: exposição gradual ou de máxima intensidade ou uso de situações-alvo.

2) Do *modo de representação*: real ou imaginada.

3) Da presença ou ausência de métodos para *identificar acontecimentos específicos evocadores de ansiedade* e

4) Do treino relativo a *aptidões de lidar com o ambiente natural*.

A escolha das técnicas varia consoante a situação.

Latimer e Sweet (1984) e France e Robson (1986) preconizam a utilização de diversos métodos, conforme o quadro clínico.

De uma forma sintética temos:

<p><i>Ansiedade generalizada</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Controlo do estímulo + Relaxamento• Terapia racional emotiva	<p><i>Fobia simples</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Reestruturação cognitiva• Exposição modelada• Exposição c/ prevenção de resposta
<p><i>Agorafobia</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Exposição ao vivo• Reestruturação cognitiva• Exposição <i>in vivo</i> + T. de auto-instruções	<p><i>Fobia social</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Reestruturação cognitiva• Treino de aptidões sociais• T. Apt. sociais + Modificação cognitiva• Terapia Racional Emotiva
<p><i>Neurose Obsessivo-Compulsiva</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Exposição <i>in vivo</i> com prevenção de resposta• Exposição <i>in vivo</i> com relaxamento• Exposição <i>in vivo</i> com relaxamento + Treino de auto-instruções.	

Não vamos pormenorizar as diversas técnicas.

Precisamos, no entanto, de levantar o seguinte quesito: que princípios gerais devem estar presentes quando fazemos dada intervenção?

Não é fácil encontrar resposta para este ponto. No entanto alguns caminhos se abrem.

Para Isaac Marks (1978) há um princípio terapêutico crucial para reduzir os transtornos mediados pela ansiedade: a *exposição*.

Refere este autor que *a maioria das abordagens comportamentais para o tratamento dos síndromas de ansiedade, tais como distúrbios fóbicos e obsessivo-compulsivos, empregam como princípio comum a exposição perante o estímulo evocador de ansiedade*. Salienta que todos os métodos procuram uma forma ou outra de fazer exposição. O que varia entre eles é a maneira de o realizar. O que a exposição induz, em relação aos estímulos evocadores de ansiedade, é a *adaptação, extinção ou habituação*, que o autor considera virtualmente como sinónimos.

Realça que a *exposição* deve ser realizada em várias etapas:

- 1) Identifica-se o estímulo evocador de ansiedade.
- 2) Leva-se o doente ao seu confronto até que a resposta ao estímulo se extinga.
- 3) Faz-se adquirir ao enfermo uma prevenção de resposta (de fuga ou de evitamento) auto-imposta.
- 4) Leva-se a treinar o confronto com os estímulos ansiógenos tanto em sessões terapêuticas como fora delas.

De acordo com Isaac Marks, o nível de activação fisiológica, durante a *exposição*, não interfere nem tem significado para a melhoria do quadro clínico. Ou seja, é indiferente que o indivíduo esteja ou não relaxado.

Um factor crucial, no entanto, é a duração da *exposição*: a melhoria é mais notória em sessões prolongadas do que em sessões curtas.

A *exposição* tanto pode ser feita *in vivo* como em *fantasia*.

Para além da *exposição*, outro factor decisivo, na recuperação dos transtornos mediados pela ansiedade, é ensinar ao doente uma *forma de controlo* em relação aos estímulos ansiógenos.

A *exposição* aos estímulos e o *controlo* sobre os mesmos são os dois factores cruciais para qualquer intervenção terapêutica.

Porém, um aspecto a considerar na prática clínica, é a escolha do método que mais rapidamente recupere o enfermo que pede ajuda.

Em certos casos as fantasias podem constituir um recurso muito eficaz.

A FANTASIA NAS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

É fácil compreendermos a sua importância.

Cautela e McCullough (1978) mencionam que há três categorias gerais de comportamento:

1. *Comportamento psicológico encoberto* (no qual se situam as fantasias).
2. *Comportamento fisiológico*, que é igualmente encoberto e
3. *Comportamento observável*.

Aqueles autores referem que estes três tipos de comportamento obedecem a dois postulados: da *homogeneidade* e da *interacção*.

O primeiro salienta que *os três tipos de comportamento obedecem às mesmas leis da aprendizagem*.

O segundo, que *as diversas categorias interatuam entre si e com o meio ambiente*.

Assim, a utilização das fantasias pode modificar o comportamento fisiológico e alterar o comportamento observável, ajudando a recuperar respostas de medo.

Vamos dar alguns exemplos significativos.

Arnold Lazarus (1985) descreve diversos quadros clínicos, tratados por intermédio da fantasia, que mostraram o alcance do seu uso. Segundo Lazarus, as fantasias podem ajudar a enriquecer a qualidade de vida, a perder a angústia perante certas situações, a dominar a tristeza, a melhorar aptidões e até a corrigir disfunções psicofisiológicas.

Este autor refere, por exemplo, a história clínica de um jovem, com um medo extremo de rejeição.

Tratava-se de um rapaz que, embora com vontade de conviver com raparigas, tinha pavor de combinar qualquer encontro. Imaginava-se sistematicamente a ser rejeitado e a não suportar a situação daí decorrente.

Ao tentar treinar, em fantasia, um encontro com alguém do outro sexo, descobriu que havia uma estratégia que lhe permitia não ficar incomodado,

caso a rapariga lhe dissesse um *não*. Era imaginar que ela lhe dizia *não*, porque tinha um namorado muito ciumento, de quem tinha medo:

Decidiu-se então a arriscar as primeiras tentativas.

E referia para si: «Bem, se ela me disser um *não*, já sei porque é! Tem medo do namorado, que é terrivelmente ciumento». Tentou as primeiras abordagens e, após cinco tentativas iniciais, ao contrário do que durante longos anos pensara que viria a acontecer, apenas uma delas lhe disse que não. Não se importou. Sabia que se comportava assim *por ter muito medo do namorado ciumento!*

Um outros caso, referido por este autor, foi o da recuperação de uma claustrofobia por um método de *reforço negativo*, ensaiado em fantasia. O comportamento claustrofóbico foi colocado como um mal menor, no confronto com outros comportamentos.

Trata-se de uma rapariga com uma claustrofobia muito incapacitante, que já tinha tentado, sem êxito, diversas formas de tratamento.

Lazarus utilizou, com ela, a fantasia que a seguir se descreve.

Imagine que vai na rua com um amigo e, a certa altura, descobre que está a ser perseguida por um homem, com um aspecto de criminoso, que não tira os olhos de si. Ao chegar próximo de uma garagem muito grande de um prédio, o homem faz menção de se aproximar. Desata a fugir com o seu companheiro, cautelosamente, por entre os carros e, a certa altura, decide esconder-se na mala de um deles. Pede ao amigo que a feche e a venha buscar depois. Começa a sentir calor e está a suar. No entanto percebe que o assassino anda à sua procura... mas não a encontra. Passado algum tempo, verifica que o homem se vai embora. Apesar de estar fechada e cheia de calor, sente ao mesmo tempo um grande alívio, pois acaba de escapar de uma situação de grande perigo. Mantém-se fechada na mala do carro até que o seu amigo a vem buscar.

Ao fim de quatro sessões, com esta fantasia, a mulher sentiu-se liberta dos seus transtornos emocionais.

Outro aspecto particularmente estimulante é a utilização das *fantasias dos super-heróis*, para o tratamento dos medos nas crianças.

Lazarus descreve o caso de um rapaz de 9 anos, com uma *fobia à escola*. Esta desenvolvera-se gradualmente, como reacção a um professor que o tinha repreendido diversas vezes. Embora este já tivesse

saído da escola, a criança mantinha-se relutante em voltar. Tinha receio de poder continuar a ser vítima de maus tratos, por parte de outros professores.

Aquele clínico verificou que Batman e Robin eram os heróis favoritos do rapaz. Então começou a utilizá-los na fantasia seguinte.

Imagina que o Batman e o Robin te pedem que os ajudes a apanhar um criminoso. Empréstam-te um rádio especial de pulso, com o qual podem contactar contigo. Ninguém deve saber este segredo e, a solução para o crime, só é possível vir a ser encontrada na tua escola.

O Batman volta-se para ti e diz: «Coloquei-te uma mensagem no teu cacifo da escola. Amanhã de manhã vais lá, lês a mensagem e depois destrói-a».

Claro que não queres falar ao Batman e ao Robin dos teus medos de ir à escola, senão não podem contar contigo. Por isso, de manhã segues para a escola e caminhas devagar, para não levatares suspeitas.

Ao chegares lá abres o cacifo e encontras uma mensagem em papel verde que diz: «Durante a tua primeira aula far-te-emos chegar um sinal através do rádio de pulso. Mantém-te atento. Vai-te sentar na tua carteira. Põe-te a trabalhar».

Estás intrigado para saber quando é que o Batman e o Robin te contactam. O professor que te faça afinal voltou a ser teu professor. Olhas para ele mas não te aborreces. Coisas mais importantes estão para acontecer! Quando o Batman e o Robin finalmente te contactam pelo rádio de pulso acabam por dizer que o criminoso de quem andam à procura é esse mesmo professor. «Mantém-no debaixo de olho, diz-te Batman. Ele pode ser muito desagradável para ti, mas faz os possíveis por o ignorares».

O pequeno ficou tão entusiasmado com esta história que acabou por dizer ao terapeuta como criaria uma ratoeira para, juntamente com Batman e Robin, apanharem o professor.

O terapeuta pediu-lhe então para viver no dia seguinte a fantasia do Batman e do Robin, na escola. E, na verdade, a fantasia ajudou-o a manter-se na escola... tanto mais que já de lá tinha saído o professor que temia.

*
* *

Poderíamos desdobrar substancialmente o número de exemplos.

Não é de momento o nosso objectivo.

Apenas queremos salientar que, dentro das intervenções terapêuticas comportamentais, a fantasia tem recursos muito vastos e de fácil acesso, que podem reduzir os transtornos mediados pela ansiedade.

A sua utilização revela que as terapias comportamentais não são a mera aplicação de técnicas frias e mecanicamente utilizadas. São antes uma resposta inovadora e eficaz para responder a problemas individuais.

BIBLIOGRAFIA

- BANDURA, A. (1969) — Principles of Behavior Modification, Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- BANDURA, A. (1978) — Self-efficacy: Toward a unifying Theory of Behavior Change, pp. 99-137, in «Annual Review of Behavior Therapy», vol. 6, edit. por C. M. Franks e G. T. Wilson - Brunner/Mazel, Publishers, New York, previamente publicado em *Psychological Review*, 84 (2): 191-215, 1977.
- BANDURA, A., ROSS, D., e ROSS, S. (1961) — Transmission of Agression through Imitation of Aggressive models, *J. of Abnormal and Social Psychology*, 63: 575-582.
- BREGMAN, E. O. (1934) — An Attempt to modify the emotional attitudes of infants by the conditioned response technique, *J. of Genetic Psychology*, 45: 169-198.
- CAMPBELL, D., SANDERSON, R. E., e LAVERTY, S. G. (1964) — Characteristics of a conditioned response in human subjects during extinction trials following a single traumatic conditioning trial, *J. of Abnormal and Social Psychology*, 68: 627-639.
- CARR, A. T. (1979) — The psychopathology of fear, in «Fear in animals and man», edit. por W. Sluckin, Van Nostrand Reinhold.
- CAUTELA, J. R., e MCCULLOUGH, L. (1978) — Covert Conditioning: A Learning-Theory Perspective on Imagery, cap. 8, pp. 227-254, in «The Power of Human Imagination - New Methods in Psychotherapy», edit. por J. L. Singer e K. S. Pope, Plenum Press: New York and London.
- DELPRATO, D. J., e MCGLYNN, F. D. (1984) — Behavioral Theories of Anxiety Disorders, pp. 1-49, in «Behavioral Theories and Treatment of Anxiety», edit. por S. M. Turner, Plenum Press, New York and London.
- DENNY, M. R. (1976) — Post-aversive relief and relaxation and their implications for behavior therapy, *J. of Behav. Therapy and Experimental Psychiatry*, 7: 315-321.
- ENGLISH, H. B. (1929) — Three cases of the «conditioned fear response», *J. of Abnormal and Social Psychology*, 24: 221-225.
- EYSENCK, H. J. (1967) — Single trial conditioning, neurosis and the Napalkov phenomenon, *Behav. Res. and Therapy*, 5: 63-65.
- EYSENCK, H. J. (1968) — A theory of the incubation of anxiety/fear responses, *Behav. Res. and Therapy*, 6: 309-321.
- EYSENCK, H. J. (1975) — A note on backward conditioning, *Behav. Res. and Therapy*, 13: 201.
- EYSENCK, H. J. (1976) — The learning theory model of neurosis: a new approach, *Behav. Res. and Therapy*, 14: 251-267.
- FRANCE, R., e ROBSON, M. (1986) — Behavior therapy in Primary Care: A Practical Guide, Croom Helm: London & Sydney.
- GAMBRILL, E. D. (1977) — Behavior Modification, Handbook of Assessment, Intervention and Evaluation, Jossey-Bass Publishers.
- HODGSON, R., e RACHMAN, S. (1974) — H. Desynchrony in measures of fear, *Behav. Res. and Therapy*, 12: 319-326.
- IZARD, C. E. (1977) — Human Emotions, Plenum Press, New York and London.
- JONES, M. C. (1924) — The Elimination of Children's Fears, *J. of Experimental Psychology*, 7: 382-390, in «Great Experiments in Behavior Modification», edit. por J. Willis e D. Giles, Hackett Publishing Co., Inc. USA.
- KANFER, F. H., e PHILLIPS, J. S. (1970) — Learning Foundations of Behavior Therapy, John Wiley & Sons, Inc.
- KANTOR, J. R. (1942) — Toward a scientific analysis of motivation, *Psychological Record*, 5: 225-275.
- KAZDIN, A. E. (1982) — History of Behavior Modification, cap. 1, pp. 3-32, in «International Handbook of Behavior Modification and Therapy», edit. por A. S. Bellack, M. Hersen e A. E. Kazdin, Plenum Press, New York and London.
- KELLY, D. (1980) — Anxiety and Emotions, Physiological Basis and Treatment, American Lecture Series, Charles C. Thomas, Publisher, USA.
- LANG, P. J. (1968) — Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct, in «Research in Psychotherapy» (vol. 3), edit. por J. M. Schlien, American Psychological Association.
- LATIMER, P., e SWEET, A. (1984) — Cognitive versus Behavioral Procedures in Cognitive-Behavior Therapy: a Critical Review of the Evidence, *J. of Behav. Therapy and Experimental Psychiatry*, 15 (1): 9-22.
- LAZARUS, A. (1985) — In the Mind's eye (The Power of Imagery for Personal Enrichment), 3.^a impressão, The Guilford Press.
- LEITENBERG, H., AGRAS, S., BUTZ, R., e WINCZE, J. (1971) — Relationship between heart rate and be-

- havioral change during the treatment of phobias, *J. of Abnormal Psychology*, 78: 59-68.
- MARKS, I. (1978) — Behavioral Psychotherapy of Adult Neurosis, cap. 13, pp. 493-547, in «Handbook of Psychotherapy and Behavior Change», edit. por S. L. Garfield e A. E. Bergin, John Wiley & Sons.
- MARTIN, B. (1971) — Anxiety and Neurotic Disorders, John Wiley & Sons, Inc.
- MEICHENBAUM, D., e TURK, D. (1982) — Stress, coping and disease: a cognitive-behavioral perspective, cap. 11, pp. 289-305, in «Psychopathology», edit. por R. W. J. Neufeld, MacGraw-Hill Book Company.
- RACHMAN, S. (1977) — The conditioning theory of fear-acquisition. A critical examination, *Behav. Res. and Therapy*, 15: 375-387.
- RACHMAN, S. (1978) — Fear and Courage, W. H. Freeman and Company, San Francisco, USA.
- RESCORLA, R. A. (1969, 1972 e 1978) — Citado por Delprato e McGlynn (1984).
- SCHAFER, R. (1975) — Psychoanalysis without psychodynamics, *International J. of Psychoanalysis*, 56: 41-55.
- SCHAFER, R. (1976) — A new action language for psychoanalysis, Yale University Press.
- SELIGMAN, M. E. P. (1971) — Phobias and preparedness, *Behav. Therapy*, 2: 307-320.
- SELIGMAN, M. E. P., e JOHNSTON, J. C. (1973) — A cognitive theory of avoidance learning, in «Contemporary approaches to conditioning and learning», edit. por F. J. McGuigan e D. B. Lumsden, V. H. Winston.
- VALENTINE, C. W. (1930) — The innate bases of fear, *J. of Genetic Psychology*, 37: 394-420.
- WATSON, J. B., e RAYNER, R. (1920) — Conditioned Emotional Reactions, *J. Exp. Psychol.*, 3: 1-14, ref. pp. 28-37 in «Behaviour Therapy and the Neuroses», edit. por H. J. Eysenck (1960), Pergamon Press.

RESUMO

No presente trabalho é feita uma revisão das teorias explicativas, segundo o modelo comportamental, da aquisição da ansiedade. Referem-se igualmente os factores de manutenção e são feitas considerações sobre os tratamentos.

Não se tenta descrever em pormenor nenhuma técnica de intervenção terapêutica. Procuram-se salientar, no entanto, os princípios gerais que devem estar presentes em todos os tratamentos dos transtornos mediados pela ansiedade.

No momento actual há pelo menos dois factores que devem ser realçados neste contexto: a exposição aos estímulos geradores de ansiedade e a presença de controlo sobre os mesmos.

Considerando estes princípios como essenciais, um aspecto paralelo a ter em conta é conseguir métodos de intervenção terapêutica que sejam, ao mesmo tempo, rápidos e eficazes. Em certos casos, a utilização das fantasias pode constituir um recurso que obedece a estes critérios.

ABSTRACT

The author reviews the behavioral theories of anxiety learning, its-reinforcement factors and ways of treatment.

No attempt is made to describe in detail any technique of therapeutic intervention the autor stresses the general principls of treatment of anxiety disorders.

Nowadays, two main factors most be stressed: exposition to the anxiety generating stimuli and control over those stimuli.