

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
ESPECIALIZAÇÃO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

ROBERTA FEITOSA DE PAIVA

**TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: DA COMPREENSÃO AO DIAGNÓSTICO E
ADEQUAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

NATAL/RN
2013

ROBERTA FEITOSA DE PAIVA

**TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: DA COMPREENSÃO AO DIAGNÓSTICO E
ADEQUAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário do
Rio Grande Norte como requisito final
para obtenção do título de Especialista
em Avaliação Psicológica.

Orientadora: Prof. Esp. Geórgia Filomena
Martins Saldanha Baeta Neves.

NATAL/RN
2013

Catálogo na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos

Paiva, Roberta Feitosa de.

Transtornos de ansiedade: da compreensão ao diagnóstico e adequação dos instrumentos de avaliação / Roberta Feitosa de Paiva. – Natal, 2013.
55 f.

Orientador: Prof. Esp. Geórgia F. Martins S. Baeta Neves.

Monografia (Especialização em Avaliação Psicológica) – Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

1. Psicologia – Monografia. 2. Transtornos Ansiosos – Monografia. 3. Ansiedade – Monografia. 4. Instrumentos de Avaliação - Monografia. I. Neves, Geórgia F. Martins S. Baeta. II. Título.

RN/FARN/BC

CDU 159.9

ROBERTA FEITOSA DE PAIVA

**TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: DA COMPREENSÃO AO DIAGNÓSTICO E
ADEQUAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário do
Rio Grande Norte como requisito final
para obtenção do título de Especialista
em Avaliação Psicológica.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Professora Geórgia Filomena Martins Saldanha Baeta Neves

Dedico este trabalho aos colegas psicólogos que, ainda desanimados, acreditam na possibilidade de promover o bem estar dos ansiosos patológicos.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor, glorioso Deus, sobretudo, a quem pertence toda a minha fé, meu amor, perseverança e vontade de continuar. Sua presença constante nas horas mais exaustivas possíveis enalteceu o processo de desenvolvimento deste trabalho, dando forças para prosseguir, sempre.

À minha mãe, Vera Lúcia, e ao meu irmão, Eduardo Feitosa, pessoas tão amorosas, pelo apoio incondicional, pelo carinho e acolhimento essencial nos momentos aflitivos.

Ao meu pai, Roberto Paiva, que sempre me conduziu aos valores mais sensatos, com muito zelo, amor e sabedoria.

Às amigas e colegas psicólogas: Juliana Damásio, Maria Luiza Barros, Diana Wingerter, Ana Luíse Procópio, Raquel Santos, Alenuska Soares, Carol D'Ávila e Élide Cunha que, em conversas despropositadas, deram luz às minhas primeiras inspirações.

Ao meu querido Humberto Lucena, pelas opiniões, sugestões e, principalmente, pelo incentivo à busca do conhecimento.

Ao excelente e admirável Professor Pós-Doutor João Alchieri e, em especial, à minha orientadora, Professora Geórgia Baeta Neves, pelos ensinamentos e encorajamentos contínuos.

A todos que permaneceram ao meu lado e acreditaram na minha capacidade de resiliência, ao longo desta caminhada tão instável. Muito obrigada.

RESUMO

O estudo em curso acerca da ansiedade apresenta os sintomas dos Transtornos Ansiosos e dos Quadros Fóbicos, partindo da diferenciação entre o normal e o patológico, e relacionando-os aos instrumentos mais adequados de medida. Sabe-se que a época atual é definida, comumente, pela fase da ansiedade e, assim, torna-se evidente a atenção ao entendimento do estado emocional e do diagnóstico efetivo. O presente trabalho tem como objetivo principal evidenciar as diversas expressões da patologia em questão, relacionando-as com os testes psicológicos reconhecidos em sua eficácia para diagnosticar as manifestações e diminuir a aleatoriedade na escolha das escalas de medição. Com embasamento no DSM-IV e na Psicopatologia, identifica os principais critérios diagnósticos, considerando suas proporções e correlacionando suas caracterizações às propriedades psicométricas dos testes psicológicos. A partir das análises e correlações, descreve as medidas implícitas e as medidas explícitas de ansiedade presentes nos resultados, destacando as individualidades de cada quadro ansioso e, dessa forma, caracterizando o transtorno. Por conseguinte, aborda os fatores psicológicos e fisiológicos, discorrendo sobre o histórico do indivíduo e, nesse sentido, corroborando a necessidade de utilização de escalas, testes e instrumentos para a mensuração adequada, correta, responsável e, por fim, objetivando o processo - que se inicia na identificação do problema e percorre até a possível definição do tratamento apropriado.

Palavras-chave: Ansiedade. Transtornos Ansiosos. Instrumentos de Medida.

ABSTRACT

The current paper about the anxiety presents symptoms of Anxiety Disorders and Phobic Scenarios, based on the differentiation between the normal and the pathological, relating them to the most appropriate instruments of measurement. It is known that the present times are known as an anxiety phase and, thus, becomes evident attention to the understanding of the emotional state and effective diagnosis. This study aims to highlight the main diverse expressions of pathology in question, relating them to the recognized psychological tests to diagnose their effectiveness and decrease the manifestations randomness in the choice of measurement scales. Based on the DSM-IV and Psychopathology, it identifies key diagnostic criteria, considering its proportions and correlating their characterizations to the psychometric properties of psychological tests. From the analysis and correlations, it describes the implicit and explicit measures of anxiety present in the results, highlighting the individuality of each anxious panorama and thus characterizing the disorder. Therefore, it approaches the psychological and physiological factors, discussing the history of the individual and, accordingly, supporting the need for the use of scales, tests and instruments for measuring adequate, accurate, responsible and ultimately objectifying the process - that starts with the identification of the problem and travels up to the possible definition of appropriate treatment.

Keywords: Anxiety. Anxiety Disorders. Instruments of measurement.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 ANSIEDADE	11
2.1 ANSIEDADE: NORMAL E PATOLÓGICA	13
3 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	15
3.1 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	17
3.1.1 Ataque de Pânico, Transtorno de Pânico e Agorafobia	18
3.1.1.1 Ataque de Pânico	18
3.1.1.2 Transtorno de Pânico	19
3.1.1.3 Agorafobia	19
3.1.2 Fobia Social	21
3.1.3 Fobia Específica	23
3.1.4 Transtorno Obsessivo-Compulsivo – TOC	25
3.1.5 Transtorno de Estresse Pós-Traumático	27
3.1.6 Transtorno de Ansiedade Generalizada	29
4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E MEDIDA	32
4.1 MEDIDAS EXPLÍCITAS E MEDIDAS IMPLÍCITAS	33
4.2 ASPECTOS RELACIONADOS ÀS MEDIDAS EXPLÍCITAS	34
4.2.1 Escala de Ansiedade de Hamilton	37
4.2.2 Escala de Ansiedade de Beck	37
4.2.3 Inventário de Ansiedade Traço-Estado	38
4.2.4 Escala Fatorial de Neuroticismo – EFN	40
4.3 ASPECTOS RELACIONADOS ÀS MEDIDAS IMPLÍCITAS	42
4.3.1 Teste de Associação Implícita – TAI	42
4.3.2 Teste Projetivo de Rorschach	43
4.3.3 Teste de Apercepção Temática – TAT	46
5 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

É com relevante notoriedade científica e popular que o sintoma de ansiedade vem configurando-se como uma importante questão atual. Essa manifestação é considerada como um sentimento de apreensão, um estranhamento vago que, logo em seguida, vem acompanhada de sensações físicas como palpitações, sensação de falta de ar, transpiração excessiva, dentre muitas outras.

Esse sentimento é semelhante ao medo, como um sinal de alerta, que avisa ao indivíduo ansioso sobre possíveis perigos e assim capacita-o a tomar atitudes que enfrentem essa ameaça. Como explica André (2007), até certo ponto é bom sentir medo - quando é possível controlar esse sentimento, pois ele nos protege. Dessa forma, torna-se necessário entender que o medo funciona como um sinal de alarme para um possível problema, dentro de um limite justificável e proporcional.

Ao falar sobre essa temática, primeiramente, é importante perceber o medo como um sentimento associado à ansiedade. Trata-se de um sentimento universal, experimentado por todos com a função de proteção, como ressalta Silva (2006), que aborda esse sentimento como uma decisão de lutar ou fugir ao deparar-se com uma situação vista como estressante ou perigosa.

Diante disso, esse sentimento é uma reação natural e necessária para a própria preservação de qualquer indivíduo, porque a ansiedade provoca-o para lidar com situações que podem ser danosas. Através dela, o organismo prepara-se para tomar medidas necessárias para impedir que esses possíveis prejuízos sejam concretizados ou até mesmo diminuir as consequências desse suposto perigo.

Silva (2006) argumenta que ser ansioso (ou estar sentindo sintomas de ansiedade), de certa forma, é um sentimento comum ao ser humano. Logo, entende-se que sentir todos os sintomas relacionados à ansiedade, em diversas situações no dia a dia, não significa que estará relacionado a uma patologia, ou ao Transtorno de Ansiedade, propriamente dito.

A ansiedade, especialmente nos transtornos ansiosos, caracteriza-se pela intensidade prolongada a alguma situação precipitante, que por algum motivo é vista como um perigo para o indivíduo, tornando difícil o controle dos sintomas físicos e causando prejuízo na atividade social, dificultando e impossibilitando a adaptação.

Até certo ponto, a ansiedade favorece a capacidade de adaptação das pessoas, porém, ao exceder esse limite, ao invés de contribuir, ocorre exatamente o

contrário e resulta em uma forma de resposta inadequada, em intensidade e duração, a essas solicitações de adaptação.

Holmes (1997) assevera que é provável que todos tenham experimentado a ansiedade em algum momento, o que não significa sofrer de transtornos de ansiedade. Diante disso é relevante compreender que, comumente, a ansiedade é uma resposta normal e positiva.

Ao citar os Transtornos de Ansiedade, de uma forma geral, é importante evidenciar suas diversas formas de manifestações e diferenciar os tipos de transtornos, pois todos eles possuem em comum a presença de sintomas físicos (taquicardia, sudorese, entre outros), e sintomas psíquicos (inquietação, irritabilidade, sensação de estranheza, entre outros).

Pensando sobre esse assunto e partindo da diferenciação da ansiedade normal para a patológica, o objetivo desse trabalho é apresentar as diversas expressões da ansiedade, abordando os seus significados e suas diferentes manifestações que a caracterizam como um Transtorno, que causa prejuízo e sofrimento aos indivíduos que se encaixam nessa classificação. Dessa forma, observa-se a importância de analisar e relacionar os instrumentos de avaliação e medida utilizados para identificar tal sintoma.

Como pressuposto ao desenvolvimento do trabalho, pode-se adiantar que quando os sintomas se manifestam como ataques súbitos de pânico, eles podem evoluir para um transtorno de pânico; ou, por exemplo, quando a ameaça surge de estímulos mais específicos manifesta-se como uma fobia específica; quando as ameaças são relacionadas a situações sociais pode estar relacionada a uma fobia social; quando a mente é invadida por pensamentos obsessivos desencadeando rituais repetitivos (compulsões) pode-se desenvolver um transtorno obsessivo compulsivo; quando se fala em experiências traumáticas significativas pode-se desenvolver o transtorno de estresse pós-traumático; ou ainda quando os sintomas se caracterizam por um estado de ansiedade permanente, sem estar associado a alguma situação ou objeto específico, pode-se estar relacionado ao transtorno de ansiedade generalizada; entre outros exemplos.

Aqui será analisado individualmente cada transtorno ansioso e a importância de seu diagnóstico e uso do instrumento de avaliação mais adequado. Sabe-se que existem inúmeras formas da ansiedade se manifestar em nosso organismo e a sua

caracterização deve estar relacionada principalmente na intensidade desses sintomas e na maneira como eles aparecem.

Além disso, é de extrema importância entender que a ansiedade, em uma visão hodierna, é caracterizada, em muitos casos e por vários motivos diferenciados, como um sintoma crônico, e assim, deve ser evidenciada a necessidade de entendimento, aceitação e tratamento dessa patologia.

A necessidade de usar instrumentos de medida e diagnóstico eficientes torna-se uma prioridade para diminuir as consequências psicossociais dos indivíduos que sofrem desses transtornos, porque quanto mais cedo for diagnosticado torna-se mais fácil a busca de um tratamento adequado.

2 ANSIEDADE

A ansiedade é um estado emocional com fatores psicológicos e fisiológicos, que de certa forma faz parte do cotidiano das experiências humanas. Cientificamente, o conceito psicológico de "ansiedade" tem sido apontado como impreciso (FRIMAN; HAYES; WILSON, 1998).

Segundo Friman et al. (1998), essa imprecisão seria favorecida pelo constante uso de metáforas, o que acaba por dificultar a construção de definições consistentes dos fenômenos para os quais os cientistas se voltam.

Andrade e Gorenstein citam Lewis (1979), após sua revisão sobre a origem e significado da palavra ansiedade, considerando que a ansiedade causa manifestações corporais involuntárias, como secura da boca, sudorese, arrepios, tremor, vômitos, palpitação, dores abdominais e outras alterações biológicas e bioquímicas detectáveis por métodos apropriados de investigação.

Esses conceitos não envolvem um significado único, pois a ansiedade pode ser generalizada ou focada em situações mais específicas. Isso significa que o termo ansiedade abrange diversas sensações e sentimentos de medo, insegurança e apreensão, que intensificam o estado de alerta e causam uma grande variedade de desconfortos somáticos.

André (2007) explica que o medo provoca o surgimento de diversas outras emoções (ansiedade, angústia, susto, pânico, etc.). Entende-se que a ansiedade é um medo antecipado associado a uma expectativa do perigo. Segundo esse autor, há vários sinais físicos que são medos "sem objeto", cuja característica principal é a extrema intensidade que os acompanha. Ele ressalta que alguns medos podem surgir na ausência do perigo, ou seja, apenas pela sua lembrança ou pressentimento de que algo pode acontecer.

Dessa forma, o medo e ansiedade estão relacionados a diversos fenômenos e sentimentos que são respostas físicas e mentais de acordo com as situações vivenciadas. Em uma visão cotidiana, pode-se considerar que a ansiedade é um sinal de alerta, que permite ao ser humano ficar atento a um perigo iminente e tomar as medidas necessárias para lidar com a ameaça. Logo, trata-se de um sentimento necessário para todas as pessoas, diminuindo a vulnerabilidade em relação a situações perigosas ou desconhecidas.

Lewis (1979) lista alguns outros atributos que devem ser enfatizados e analisados também na descrição da ansiedade. Segundo ele, há uma diferença entre a ansiedade normal (com motivos aparentes) e a ansiedade patológica (que já configuram os transtornos de ansiedade).

Elementos comuns nas definições do conceito “ansiedade” apontam para um estado que envolve excitação biológica ou manifestações autonômicas e musculares (taquicardia, respostas galvânicas da pele, hiperventilação, sensações de afogamento ou sufocamento, sudorese, dores e tremores), redução na eficiência comportamental (decréscimo em habilidades sociais, dificuldade de concentração), respostas de esquiva e/ou fuga (o que sugere expectativa ou um controle por eventos futuros) e relatos verbais de estados internos desagradáveis (angústia, apreensão, medo, insegurança, mal-estar indefinido, etc.) (GENTIL, 1998; KANFER; PHILLIPS, 1970).

Diante desses conceitos introdutórios, podemos considerar a ansiedade como um estado afetivo onde aparecem, simultaneamente, vários sentimentos físicos e psicológicos, como se existisse expectativa de perigo eminente e ao mesmo tempo uma sensação de impotência causada pelo medo, sem imaginar o que poderá acontecer, nem muito menos quando irá acontecer.

Complementando essa consideração, de acordo com Holmes (1997), a ansiedade pode ser uma resposta normal, adaptativa e positiva, servindo como um impulso que aumenta os nossos esforços e desempenho.

Visto que a grande maioria dos autores define a época atual como a Idade da Ansiedade, viver ansiosamente pode ser considerado comum, devido ao alto índice de indivíduos ansiosos na sociedade - e assim faz parte das experiências normais humanas, mas se a manifestação resultar em uma angústia mais intensa pode-se identificar uma ansiedade patológica.

Ao contrário da ansiedade normal, a patológica pode paralisar o indivíduo, trazendo prejuízos ao seu bem estar. A ansiedade, até certo nível, é um traço que caracteriza a personalidade de qualquer indivíduo, porém, quando esses níveis são altos, intensos, transformando-se em estados severos e desagradáveis, gerando desconforto e sofrimento psíquico e social, esse sintoma passa de “normal” a patológico, caracterizando-se, enfim, como um Transtorno de Ansiedade, onde se percebe uma desproporcionalidade da ansiedade em relação à situação que a desencadeou ou até mesmo quando não existe um motivo específico.

2.1 ANSIEDADE: NORMAL E PATOLÓGICA

É importante analisar a “fronteira” entre a ansiedade normal e a ansiedade patológica evidenciando os sintomas em questão – a intensidade, frequência e o que desencadeou o sentimento ansioso.

Segundo Holmes (1997), há três fatores a considerar ao fazer uma distinção entre ansiedade normal e ansiedade patológica. O primeiro é o nível de ansiedade.

É compreendido que, em muitas situações, esse nível é apropriado, mas se a ansiedade o ultrapassa, ela poderia ser definida como patológica. Logo, poderia ser normal sentir-se ansioso frente às situações perigosas, porém seria anormal se a ansiedade fosse tão intensa a ponto de paralisar ou ocasionar desmaios, frente a um perigo pequeno ou inexistente.

O segundo fator a ser considerado é a justificativa para o sintoma ansioso surgir. Logo, seria considerado anormal se não houvesse justificativa real para a ansiedade nessa situação. Holmes (1997, p. 92) evidencia que “a palavra realista é importante porque o indivíduo ansioso pode irrealisticamente interpretar uma situação como ameaçadora e, portanto, tornar-se ansioso, mas isto não justifica a ansiedade”.

Há também o terceiro fator, onde a ansiedade pode ser patológica se ela desencadear consequências negativas. Holmes (1997, p. 92) diz que, por exemplo, “a ansiedade que conduz a mau desempenho no trabalho, retração social ou hipertensão (pressão sanguínea elevada) seria considerada anormal”.

Diante dessa diferenciação, deve-se considerar até que ponto o sintoma causa prejuízo e sofrimento na vida do indivíduo ansioso. A ansiedade normal é essencial como um alarme diante de um perigo real e se desfaz rapidamente quando o perigo passa ou quando se percebe que o perigo não era tão ameaçador. De certa forma, ela pode ser modulada, focando em algum perigo específico, de acordo com as necessidades de cada pessoa.

Conforme explica André (2007), o medo normal passar a ser uma fobia quando, geralmente, a ansiedade é incontrollável e associada a uma situação não perigosa – ou desproporcional, causando uma fuga e antecipação do sofrimento e que, mesmo com a repetição do confronto com a situação, o medo não diminui. Esses medos são intensos e resistentes, causando um desgaste emocional decorrente desse confronto com o sentimento.

Então, quando esse alarme passa a ser desregulado, tanto para ser ativado quanto para se desativar, a ansiedade pode ser considerada patológica. A ansiedade dispara diversas vezes, devido a qualquer sinal de perigo e até mesmo sem a existência de situações ameaçadoras. Esse alarme não tem modulação e aparece sem explicação. Pode ser caracterizado, enfim, o Transtorno de Ansiedade.

Ao falar em Transtornos de Ansiedade, primeiramente, deve-se entender a ansiedade como um sintoma primário ou a causa primária de outros sintomas. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais IV (DSM-IV) (1994), os transtornos de ansiedade são diversos, e além da presença da ansiedade como a principal característica, observa-se a presença do comportamento de esquiva, onde os indivíduos possuem a tendência a evitar situações nas quais a ansiedade pode se manifestar.

Dessa forma, a ansiedade se torna patológica quando esse estado é permanente, sem razão nenhuma aparente. É uma resposta desproporcional aos estímulos, com intensidade e duração inadequadas. Ela se diferencia da ansiedade normal, pois paralisa o indivíduo, trazendo prejuízo ao seu bem estar e desempenho e, por conseguinte, não permitindo que se ele se prepare para enfrentar situações.

3 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Lewis (1979) em seus artigos e obras sobre esse tema, diz que a ansiedade trata-se de um estado emocional, com a experiência subjetiva de medo ou outra emoção relacionada, como terror, alarme, pânico, sendo essa emoção desagradável, podendo ser uma sensação de morte ou colapso iminente, direcionada em relação ao futuro, onde está implícita a sensação de um perigo – mas não há um risco real ou se houver a emoção é desproporcionalmente mais intensa.

Seguindo essa linha, de acordo com Lewis (1979), há um desconforto corporal subjetivo durante o estado de ansiedade, uma sensação de aperto no peito, na garganta, dificuldade para respirar, fraqueza nas pernas e outras sensações subjetivas.

Dessa forma, a intensificação desses sintomas, em determinadas pessoas, provoca o Transtorno de Ansiedade, como uma patologia psíquica onde o organismo recebe sinais que se manifestam em sensações que causam desconforto nos indivíduos. Tais sintomas, que já foram citados, entre vários outros, podem se manifestar sozinhos ou em grupos, e assim os transtornos só são caracterizados quando a ansiedade ultrapassa esse limite da “normalidade”, tornando os sintomas tão intensos e desagradáveis que dificultam o funcionamento adequado do indivíduo.

Os Transtornos Ansiosos são estados emocionais repetitivos ou persistentes nos quais a ansiedade patológica é a característica principal. A Ansiedade se refere a um estado emocional vivenciado com a qualidade subjetiva do medo ou de emoção a ela relacionada; desagradável, dirigida para o futuro, desproporcional (a uma ameaça reconhecível), com desconforto somático subjetivo e alterações somáticas manifestas (LEWIS, 1967).

Eles podem provocar grandes prejuízos aos pacientes e seus familiares e, por existir diversos subtipos de transtornos de ansiedade, o seu diagnóstico se torna difícil, porém importante. A personalidade ansiosa, conforme definida pela Classificação Internacional das Doenças - CID-10(1993) é um transtorno da personalidade caracterizado por sentimento de tensão e de apreensão, insegurança e inferioridade onde existe um desejo permanente de ser amado e aceito, com hipersensibilidade à crítica e a rejeição, reticência a se relacionar pessoalmente, e

tendência a evitar certas atividades que saem da rotina com um exagero dos perigos ou dos riscos potenciais em situações banais.

Como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais -DSM-IV (1994) complementa, os Transtornos de Ansiedade são as enfermidades mentais que ocorrem com maior frequência na população geral. Os Transtornos de Ansiedade compreendem os quadros em que há a presença de uma ansiedade acentuada, que desempenha papel fundamental nos processos comportamentais e psíquicos do indivíduo, causando-lhe prejuízos em seu desempenho profissional ou acadêmico e nas relações sociais.

Observa-se, também, que a etiologia da ansiedade tem diversos fatores relacionados. Segundo o DSM-IV (1994) há o envolvimento de aspectos psicossociais – relacionados às situações cotidianas que envolvem perigo ou ameaça (e como essas situações são interpretadas), e biológicos – relacionados aos vários neurotransmissores que exercem papel fundamental no controle dessa ansiedade (em especial a serotonina e o ácido gama-aminobutírico (GABA), que são inibitórios, controlando a resposta de estresse e implicando um estado de ansiedade).

A compreensão a respeito de como se configura o medo excessivo e a fobia, de acordo com André (2007), está relacionada com o modelo “bio-psico-social”, ou seja, que integra as três dimensões: biológica – pois segundo ele existem, sem dúvida, predisposições biológicas para sentir medos muito fortes; psicológica – pois esse autor diz que a expressão destas predisposições pode ser facilitada ou modelada por estilos de educação, acontecimentos da vida pessoal, modelos do ambiente; e social – pois ele defende que algumas culturas e sociedades também pesam na evolução dos problemas.

Silva (2006), afirma que diversos são os fatores que podem predispor o indivíduo a desenvolver um transtorno de ansiedade. Ela cita os desequilíbrios fisiológicos, fatores genéticos, predisposição familiar, programação familiar, tensão emocional, a curto e longo prazo, e sistemas de crenças pessoais.

Há uma divisão em duas categorias principais, como sugere Holmes (1997): transtornos fóbicos e estados de ansiedade. O autor explica que essas duas categorias diferem em termos do grau no qual a ansiedade é localizada ou difusa.

Dessa forma, quando é localizada, no caso dos transtornos fóbicos, ela é associada a um objeto ou situação; e quando é difusa, no caso dos estados de ansiedade, ela não está relacionada a algo específico.

Posteriormente a esse item, os transtornos de ansiedade serão tratados com suas especificações, sendo fobias, estados, transtornos ou outra possível denominação, sempre relacionados ao sintoma principal: a ansiedade.

3.1 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Presentemente, pode-se dizer que existem alguns subtipos de transtornos de ansiedade. Diversos autores explicam seus sintomas relacionando-os com situações específicas ou generalizadas e os manuais de diagnóstico e classificação auxiliam esse processo, no sentido de reunir critérios para essa realização.

O diagnóstico correto é essencial e se baseia na avaliação clínica cuidadosa de vários fatores – relatos, sintomas, observações.

Nesse trabalho também serão descritos os diversos sintomas secundários relacionados com a ansiedade e suas caracterizações, que apresentam classificações psicopatológicas particulares, porém tendo este estado afetivo como sintoma central.

De acordo com o DSM - IV (1994), os Transtornos de Ansiedade são:

[...] Transtorno de Pânico sem Agorafobia, Transtorno de Pânico com Agorafobia, Agorafobia sem histórico de Transtorno de Pânico, Fobia Específica, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Estresse Agudo, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade devido a uma Condição Médica Geral, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância e Transtorno de Ansiedade sem outra especificação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FOURTH EDITION, WASHINGTON, DC, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p. 419).

Não obstante, serão aqui evidenciadas apenas as caracterizações de Agorafobia, Pânico, Fobia Social, Fobia Específica, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Estresse Pós-Traumático e Ansiedade Generalizada, para objetivar o desenvolvimento do presente trabalho e atuar como pressuposto à questão dos instrumentos adequados que podem ser utilizados para auxiliar no diagnóstico.

3.1.1 Ataque de Pânico, Transtorno de Pânico e Agorafobia

Diversos autores que trataram sobre esse tema iniciam essa diferenciação enfatizando que é necessário entender que quando se fala sobre Transtorno de Pânico, trata-se dessas três manifestações distintas – Ataque de Pânico, Transtorno de Pânico e Agorafobia, que se relacionam entre si, no sentido abrangente de existir o medo de sentir um mal estar físico e, em seguida, surge o medo de sentir esse próprio medo.

3.1.1.1 Ataque de Pânico

No Ataque de Pânico ocorre uma crise aguda, de imediato, causando imenso medo ou temor.

Conforme explica André (2007), o ataque de pânico é como uma crise de angústia intensa, de surgimento brutal, cuja intensidade máxima é atingida muito rapidamente e os sinais físicos (palpitações, taquicardia, sensação de sufocação) que surgem acompanhados de sentimento de despersonalização e impressão de que o indivíduo vai morrer ou enlouquecer.

De acordo com o DSM-IV (1994), em um Ataque de Pânico, quatro ou mais dos seguintes sintomas devem surgir de forma abrupta, atingindo o ápice em dez minutos:

- (1) palpitações ou taquicardia;
- (2) sudorese;
- (3) tremores ou abalos;
- (4) sensações de falta de ar ou sufocamento;
- (5) sensação de asfixia;
- (6) dor ou desconforto no torácico;
- (7) náusea ou desconforto abdominal;
- (8) sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio;
- (9) desrealização (sensações de irreabilidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo);
- (10) medo de perder o controle ou enlouquecer;
- (11) medo de morrer;
- (12) parestesias (anestesia ou sensações de formigamento);
- (13) calafrios ou ondas de calor (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FOURTH EDITION, WASHINGTON, DC, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p. 421 e 422).

3.1.1.2 Transtorno de Pânico

Quando episódios de ataques de pânico se repetem, pode ser caracterizado, dessa forma, o Transtorno de Pânico, propriamente dito. O paciente precisa apresentar, segundo o DSM-IV (1994), ataques de pânico recorrentes e inesperados, além de preocupação sobre os ataques por um mês ou mais, para podermos considerar o diagnóstico de transtorno do pânico.

Com base referencial no DSM - IV, em seu item 300.01, que aborda o Transtorno de Pânico Sem Agorafobia (1994), os critérios diagnósticos são:

- A. (1) ou (2):
 - (1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados
 - (2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características:
 - (a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais
 - (b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas consequências (por ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "ficar louco").
 - (c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques
- B. Ausência de Agorafobia.
- C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo).
- D. Os Ataques de Pânico não são mais bem explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social (por ex., ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas), Fobia Específica (por ex., ocorrendo quando da exposição a uma situação fóbica específica), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex., quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FOURTH EDITION, WASHINGTON, DC, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p. 428 e 429).

3.1.1.3 Agorafobia

Ana Beatriz Silva (2006) define a Agorafobia como um sintoma que frequentemente acompanha o Transtorno do Pânico. Ela explica que se trata de um tipo de fobia na qual o indivíduo apresenta um medo intenso e injustificável de estar em lugares amplos e públicos e um receio de ter dificuldade de ter acesso a qualquer tipo de socorro, caso haja a necessidade de um atendimento médico ou outro tipo de ajuda.

Segundo o DSM-IV (1994), a Agorafobia é caracterizada por ansiedade extrema de estar em locais ou situações cuja saída seja difícil. Essa ansiedade leva as pessoas a evitarem situações cotidianas diversas, como ficar em casa sozinha, estar em locais públicos, com multidões, andar de ônibus, carro, avião, trem, atravessar passarelas, pontes, etc.

Existem algumas peculiaridades importantes para identificar a Agorafobia, seja ela relacionada com o Transtorno de Pânico ou não. No DSM-IV (1994) encontram-se alguns critérios que definem a Agorafobia como um transtorno não codificável. São eles:

A. Ansiedade acerca de estar em locais ou situações de onde possa ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou onde o auxílio pode não estar disponível, na eventualidade de ter um Ataque de Pânico inesperado ou predisposto pela situação, ou sintomas tipo pânico. Os temores agorafóbicos tipicamente envolvem agrupamentos característicos de situações, que incluem: estar fora de casa desacompanhado; estar em meio a uma multidão ou permanecer em uma fila; estar em uma ponte; viajar de ônibus, trem ou automóvel.

Nota: Considerar o diagnóstico de Fobia Específica, se a esquiva se limita apenas a uma ou algumas situações específicas, ou de Fobia Social, se a esquiva se limita a situações sociais.

B. As situações são evitadas (por ex., viagens são restringidas) ou suportadas com acentuado sofrimento ou com ansiedade acerca de ter um Ataque de Pânico ou sintomas do tipo pânico, ou exigem companhia.

C. A ansiedade ou esquiva agorafóbica não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como Fobia Social (por ex., a esquiva limita-se a situações sociais pelo medo do embaraço), Fobia Específica (por ex., a esquiva limita-se a uma única situação, como elevadores), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex., esquiva à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., esquiva de estímulos associados com um estressor grave) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., esquiva a afastar-se do lar ou de parentes) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FOURTH EDITION, WASHINGTON, DC, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p. 422 e 423).

A Agorafobia pode estar acompanhada do Transtorno de Pânico, e com base referencial no DSM - IV (1994), no item 300.21, que aborda o Transtorno de Pânico com Agorafobia, são apresentados os seguintes critérios diagnósticos:

A. (1) e (2)

(1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados.

(2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características:

(a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais;

(b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas consequências (por ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "ficar louco");

(c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques.

B. Presença de Agorafobia.

C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo).

D. Os Ataques de Pânico não são mais bem explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social (por ex., ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas), Fobia Específica (por ex., quando da exposição a uma situação fóbica específica), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FOURTH EDITION, WASHINGTON, DC, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p. 429).

A Agorafobia pode surgir também sem história de Transtorno de Pânico, onde se caracteriza pela sua presença e a presença dos sintomas do Transtorno de Pânico, porém sem uma história de Ataques de Pânico inesperados. Com base referencial no DSM - IV (1994), no item 300.22, que trata sobre Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico, os critérios diagnósticos são:

A. Presença de Agorafobia relacionada ao medo de desenvolver sintomas tipo pânico (por ex., tontura ou diarreia).

B. Jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno de Pânico

C. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

D. Na presença de uma condição médica geral associada, o medo descrito no Critério A excede claramente aquele em geral associado com a condição (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FOURTH EDITION, WASHINGTON, DC, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p. 431).

3.1.2 Fobia Social

A Fobia Social é entendida como uma timidez excessiva. Silva (2006, p. 85 - 86) define a Fobia Social como algo muito mais do que esse conceito simplista, pois ela ocorre quando a ansiedade é excessiva e persistente, um medo enorme de se sentir o centro das atenções, de estar sendo observado e julgado negativamente. Em resultado disso, os eventos sociais são preferencialmente evitados ou suportados com sofrimento. “Essa ansiedade está diretamente relacionada com o medo de ser avaliado de forma negativa pelos outros”, como complementa Silva (2006, p. 86).

Diante disso, percebe-se que o indivíduo carrega um medo excessivo de ser criticado pelos demais e assim acaba tentando evitar ao máximo essas situações, pois acredita que todos ao seu redor percebem essa ansiedade intensa e isso resulta em mais tensão. Há a percepção que esses sintomas frequentemente estão relacionados com um ataque de pânico e essas situações acabam sendo evitadas, para não causarem constrangimento aos indivíduos ansiosos.

Conforme defende André (2007), a fobia social é uma apreensão ou um sentimento de desconforto nas situações sociais, podendo se manifestar como uma vergonha ou até um ataque de pânico e um temor exagerado do olhar e julgamento das outras pessoas. Ele cita algumas situações que são mais propícias para gerar uma fobia social: situações de desempenho – fazer uma prova ou uma entrevista de avaliação, por exemplo; situações de observação – ser olhado enquanto bebe, come, escreve, por exemplo; situações em que é preciso defender sua posição – dar uma opinião, defender seus diretos, negociar preços, etc.; situações de revelação de si – conhecer alguém, fazer amizades, estabelecer um relacionamento amoroso; e situações de interações superficiais – cumprimentar um vizinho, um comerciante, um colega de trabalho, etc.

A maioria das pessoas experimenta algum grau de ansiedade quando vai falar em público, mas quem tem Fobia Social preocupa-se em excesso, acha que a plateia vai perceber seus tremores, que seu rosto ficará vermelho, a voz será insegura etc. Caso pense em fazer uma pergunta na sala de aula, imagina que os outros acharão que é uma pergunta tola, ridícula (APA, 2002).

O diagnóstico de Fobia Social só é feito se o comportamento de evitação, o medo ou a ansiedade antecipatória (aquela que ocorre antes da situação social ou de desempenho, simplesmente por saber que vai enfrentá-la) alteram de forma negativa a rotina diária, o funcionamento ocupacional ou a vida social do indivíduo, ou se causam um sofrimento acentuado na pessoa (APA, 2002).

O DSM - IV (1994), no item 300.23, sobre a Fobia Social, aborda que os critérios diagnósticos são:

A. Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, onde o indivíduo é exposto a pessoas estranhas ou ao possível escrutínio por outras pessoas. O indivíduo teme agir de um modo (ou mostrar sintomas de ansiedade) que lhe seja humilhante e embaraçoso. Nota: Em crianças, deve haver evidências de capacidade para relacionamentos sociais adequados à idade com pessoas que lhes são

familiares e a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, não apenas em interações com adultos.

B. A exposição à situação social temida quase que invariavelmente provoca ansiedade, que pode assumir a forma de um Ataque de Pânico ligado a situação ou predisposto por situação. Nota: Em crianças, a ansiedade pode ser expressada por choro, ataques de raiva, imobilidade ou afastamento de situações sociais com pessoas estranhas.

C. A pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional. Nota: Em crianças, esta característica pode estar ausente.

D. As situações sociais e de desempenho temidas são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade ou sofrimento.

E. A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (acadêmico), atividades sociais ou relacionamentos do indivíduo, ou existe sofrimento acentuado por ter a fobia.

F. Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração é de no mínimo 6 meses.

G. O temor ou esquiva não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral nem é melhor explicado por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Pânico Com ou Sem Agorafobia, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno Dismórfico Corporal, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou Transtorno da Personalidade Esquizoide).

H. Em presença de uma condição médica geral ou outro transtorno mental, o medo no Critério A não tem relação com estes; por ex., o medo não diz respeito à Tartamudez, tremor na doença de Parkinson ou apresentação de um comportamento alimentar anormal na Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.

Especificar se:

Generalizada: se os temores incluem a maioria das situações sociais (considerar também o diagnóstico adicional de Transtorno da Personalidade Esquiva) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FOURTH EDITION, WASHINGTON, DC, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p. 442 e 443).

3.1.3 Fobia Específica

Diferentemente da Fobia Social (medo de situações e críticas pessoais) ou da Agorafobia (medo de multidões ou lugares de difícil saída), a Fobia Específica, como o próprio nome já evidencia, caracteriza-se por um medo irracional em relação a algum objeto ou alguma situação específica.

Uma questão que deve ser ressaltada é a diferença entre as pessoas que possuem medo por determinado objeto ou circunstância e aquelas que apresentam fobias ou medos patológicos. Segundo Silva (2006), o fóxico, diante dessas situações que lhe causam medo, apresenta sintomas físicos de extremo desconforto (transpiração excessiva, tremores, falta de ar, mãos frias, etc.), e só o fato de imaginar essa situação já é possível sentir todas essas sensações indesejáveis.

Dessa forma, a Fobia Específica propriamente dita pode modificar severamente a rotina de uma pessoa, trazendo grandes prejuízos, porque pode levar o indivíduo a exposições exageradas, destruindo sua autoestima significativamente.

O DSM-IV (1994) caracteriza a fobia específica, antes denominada de fobia simples, como um medo exacerbado, ou mesmo irracional, e persistente de objetos ou situações. A exposição ao objeto ou situação desencadeia uma grande ansiedade que também pode chegar a um ataque de pânico.

Ana Beatriz (2006) complementa que o foco do medo, nas fobias específicas, costuma ser a previsão de algum dano que aconteça como consequência desse objeto ou dessa situação temida. Por exemplo, no caso de fobia por avião, o foco do medo seria sua possível queda ou no caso de fobia por dirigir, o medo seria o de colisões e acidentes.

Alguns autores subdividem os principais tipos de fobias específicas em grupos. André (2007, p. 153), por exemplo, cita quatro grupos: fobias de animais – insetos, pássaros, serpentes, etc.; fobias de elementos naturais – tempestades, água, altura, escuridão, entre várias outras; fobias de situações – espaços fechados, elevadores, lojas lotadas, túneis, avião, trem, etc.; e fobias de sangue ou ferimentos – tirar sangue, tratamentos dentários, etc.

Há evidências que as pessoas fóbicas tendem a aumentar as características inquietantes daquilo que lhes causa medo. Um exemplo disso é o indivíduo achar todas as aranhas enormes e rápidas.

Os adultos com este transtorno percebem que o medo que sentem é excessivo e/ou irracional. A Fobia Específica afeta entre 10 e 11,3% da população ao longo da vida (APA, 2002).

Com base referencial no DSM - IV (1994), em seu item 300.29, que trata sobre a Fobia Específica, os critérios diagnósticos são:

- A. Medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, revelado pela presença ou antecipação de um objeto ou situação fóbica (por ex., voar, alturas, animais, tomar uma injeção, ver sangue).
- B. A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade, que pode assumir a forma de um Ataque de Pânico ligado à situação ou predisposto pela situação. Nota: Em crianças, a ansiedade pode ser expressa por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento aderente.
- C. O indivíduo reconhece que o medo é excessivo ou irracional. Nota: Em crianças, esta característica pode estar ausente.

D. A situação fóbica (ou situações) é evitada ou suportada com intensa ansiedade ou sofrimento.

E. A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação temida (ou situações) interfere significativamente na rotina normal do indivíduo, em seu funcionamento ocupacional (ou acadêmico) ou em atividades ou relacionamentos sociais, ou existe acentuado sofrimento acerca de ter a fobia.

F. Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração mínima é de 6 meses.

G. A ansiedade, os Ataques de Pânico ou a esquiva fóbica associados com o objeto ou situação específica não são melhores explicados por outro transtorno mental, como Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex., medo de sujeira em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., esquiva de estímulos associados a um estressor severo), Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., esquiva da escola), Fobia Social (por ex., esquiva de situações sociais em vista do medo do embaraço), Transtorno de Pânico Com Agorafobia ou Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico.

Especificar tipo:

Tipo Animal.

Tipo Ambiente Natural (por ex., alturas, tempestades, água).

Tipo Sangue-Injeção-Ferimentos.

Tipo Situacional (por ex., aviões, elevadores, locais fechados).

Outro Tipo (por ex., esquiva fóbica de situações que podem levar a asfixia, vômitos ou a contrair uma doença; em crianças, esquiva de sons altos ou personagens vestidos com trajes de fantasia) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FOURTH EDITION, WASHINGTON, DC, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p. 436 e 437).

3.1.4 Transtorno Obsessivo-Compulsivo - TOC

Como o próprio nome sugere, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo é caracterizado pela presença de obsessões e compulsões. As obsessões são os pensamentos repetitivos, que surgem de maneira insistente. Já as compulsões, são as conhecidas popularmente como manias ou rituais.

Dessa forma, como assevera Silva (2006), esses pensamentos obsessivos tornam-se incontroláveis e o indivíduo ansioso desenvolve comportamentos repetitivos, nesse caso as compulsões, na tentativa de evitar que ocorram. A pessoa passa a ter comportamentos que servem para ela como anuladores das consequências de seus pensamentos repetitivos, que ela teme que aconteçam.

Esclarece ainda que os sintomas de TOC envolvem alterações do comportamento (rituais, repetições, compulsões), dos pensamentos (preocupações excessivas, dúvidas, pensamentos inapropriados, obsessões) e das emoções (medo, desconforto, aflição, culpa).

É importante diferenciar as obsessões de preocupações do cotidiano, presentes na maioria das experiências humanas. Até certo nível é comum qualquer indivíduo ter preocupações no dia a dia, com situações corriqueiras, como trabalho, família e relacionamentos interpessoais, por exemplo, sendo consideradas controláveis.

Acerca disso, Holmes (1997) evidencia que as obsessões geralmente são impulsivas, vistas como repugnantes pelo indivíduo e incontroláveis. Isso significa que todos podem ser obsessivos, supersticiosos ou possuir algumas manias, mas se esses pensamentos e comportamentos repetitivos levam ao sofrimento, prejudicando o dia a dia e impedindo de ter uma rotina, pode estar caracterizando o Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Há diversos exemplos e casos clínicos que retratam pensamentos obsessivos acompanhados de comportamentos compulsivos. Silva (2006, p. 159 - 161), sugere uma lista das obsessões-compulsões mais frequentes: mania de limpeza, que envolve banhos longos, lavar repetidas vezes as mãos, sentir medo de se contaminar ao tocar objetos, entre outras; mania de ordenação ou simetria, onde o indivíduo possui rituais de guardar ou ordenar objetos sempre da mesma forma, simetria, cor ou posição; mania de verificação ou checagem, como conferir diversas vezes se trancou o carro, se desligou o gás do fogão, entre vários outros exemplos; mania de contagem, onde a pessoa não consegue subir uma escada sem contar o número de degraus, contar listras de roupas, contar quantas janelas tem o seu prédio, sempre que o pensamento desagradável invade sua mente; mania de colecionamento, guardando diversos objetos sem utilidade, muitas vezes transformando sua casa em um depósito; mania de repetição, que envolve exemplos de ligar ou desligar algo, apagar e reescrever, escrever várias vezes a mesma frase, etc.; mania mental, onde a pessoa desenvolve pensamentos sobre frases, sons, números, que servem para afastar as obsessões, como rezar por horas, por exemplo; entre outras manias diversas também (não usar certas cores, não cortar os cabelos, etc.).

O DSM - IV (1994), no item 300.03, que aborda o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, define os critérios diagnósticos desse transtorno da seguinte forma:

A. Obsessões ou compulsões:
Obsessões, definidas por (1), (2), (3) e (4):

(1) pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento.

(2) os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real.

(3) a pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação.

(4) a pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto de sua própria mente (não impostos a partir de fora, como na inserção de pensamentos).

Compulsões, definidas por (1) e (2):

(1) comportamentos repetitivos (por ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (por ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas.

(2) os comportamentos ou atos mentais visam a prevenir ou reduzir o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam a neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos.

B. Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais.

Nota: Isso não se aplica a crianças.

C. As obsessões ou compulsões causam acentuado sofrimento, consomem tempo (tomam mais de 1 hora por dia) ou interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (ou acadêmico), atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.

D. Se outro transtorno do Eixo I está presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não está restrito a ele (por ex., preocupação com alimentos na presença de um Transtorno Alimentar; puxar os cabelos na presença de Tricotilomania; preocupação com a aparência na presença de Transtorno Dismórfico Corporal; preocupação com drogas na presença de um Transtorno por Uso de Substância; preocupação com ter uma doença grave na presença de Hipocondria; preocupação com anseios ou fantasias sexuais na presença de uma Parafilia; ruminações de culpa na presença de um Transtorno Depressivo Maior).

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

Especificar se:

Com Insight Pobre: se, na maior parte do tempo durante o episódio atual, o indivíduo não reconhece que as obsessões e compulsões são excessivas ou irracionais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FOURTH EDITION, WASHINGTON, DC, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p. 448).

3.1.5 Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Esse Transtorno envolve sintomas relacionados com a experiência de um evento traumático. De acordo com o DSM-IV (1994), deve ser definido se há um agente causal de natureza traumatizante. Silva (2006) diz que para se diagnosticar o Transtorno de Estresse Pós-Traumático deve-se ter a certeza de que algum evento significativo ocorreu e que seja considerado fora da rotina de vida dessa pessoa.

Diante disso, a resposta a esse evento deve envolver intenso medo e impotência, causando sofrimento significativo, afetando o funcionamento social e psicológico do indivíduo.

Observa-se que nem sempre os sintomas aparecem logo após o evento traumático, podendo levar até meses para surgir, devendo permanecer por um período superior a um mês. Se permanecerem por um período inferior a esse, como assegura Silva (2006), pode ser caracterizado o Transtorno de Estresse Agudo.

Outro fator importante a ser considerado é se a pessoa apresenta recordações vivas do acontecimento traumático, segundo Ana Beatriz B. Silva (2006). Isso significa que o indivíduo revive persistentemente a situação, com lembranças aflitivas e repetitivas, através de imagens, pensamentos, percepções e pesadelos, por exemplo.

Diversos casos clínicos reúnem em comum o fato de que o indivíduo evita repetidamente tudo o que possa estar relacionado ao evento traumático, como assuntos, lugares e pessoas, pois acreditam que vão sentir um sofrimento intenso ao estar diante de fatos que lembrem o trauma original.

Silva (2006) ainda acrescenta que outros sintomas frequentes são: irritabilidade, explosão de raiva, insônia, dificuldade de concentração, estado de alerta e respostas exageradas a estímulos como sustos, por exemplo.

Com base referencial no DSM - IV (1994), no item 309.81, abordando o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, os critérios diagnósticos são:

A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

(1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;

(2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

Nota: Em crianças, isto pode ser expresso por um comportamento desorganizado ou agitado;

B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

(1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções. Nota: Em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma;

(2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento. Nota: Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável;

(3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado). Nota: Em crianças pequenas pode ocorrer reencenação específica do trauma;

(4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;

(5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:

(1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;

(2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;

(3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;

(4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;

(5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;

(6) faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho);

(7) sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).

D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:

(1) dificuldade em conciliar ou manter o sono

(2) irritabilidade ou surtos de raiva

(3) dificuldade em concentrar-se

(4) hipervigilância

(5) resposta de sobressalto exagerada.

E. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.

F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Agudo: se a duração dos sintomas é inferior a 3 meses.

Crônico: se a duração dos sintomas é de 3 meses ou mais.

Especificar se:

Com Início Tardio: se o início dos sintomas ocorre pelo menos 6 meses após o estressor (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FOURTH EDITION, WASHINGTON, DC, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p. 452 e 453).

3.1.6 Transtorno de Ansiedade Generalizada

O Transtorno de Ansiedade Generalizada envolve ansiedade persistente geral que dura pelo menos um mês e não está associada a nenhum objeto ou situação particular (RAPEE, 1991).

Holmes (1997) explica que uma vez que a ansiedade é geral, sem associação com algum objeto específico, a pessoa não sabe de onde vem essa ameaça e assim passa a ser exageradamente vigilante a tudo que está acontecendo ao seu redor.

Dessa forma, esse estado permanente de ansiedade causa inúmeros incômodos por motivos injustificáveis ou desproporcionais. Percebe-se objetivamente que essa manifestação é caracterizada principalmente por sua natureza constante e prolongada.

Ana Beatriz Silva (2006, p. 141), define tal estado como “uma percepção errônea ou exagerada de perigo que, de forma imaginária, está sempre ali, perseguindo, rodeando, invadindo”. Diante disso, torna-se difícil controlar essa preocupação devido ao comprometimento no senso de avaliação do perigo.

De acordo com o DSM-IV (1994), a característica principal desse transtorno é uma ansiedade, preocupação ou expectativa excessiva e apreensiva, relacionada a qualquer evento ou atividade, ocorrendo por um período de pelo menos seis meses.

Semelhantes aos demais transtornos de ansiedade, os sintomas somáticos mais referidos são: taquicardia, sudorese, cólicas abdominais, náuseas, arrepios, dores musculares, tremores, ondas de calor ou calafrios, perturbações de sono, sensação de falta de ar, dificuldade para engolir e, menos comum nos demais transtornos de ansiedade, a fadiga – devido ao excesso de estado de alerta.

Silva (2006, p. 142) cita além desses, os sintomas psíquicos: “a tensão, a apreensão, a insegurança, a dificuldade de concentração, a sensação de estranheza, o nervosismo e outros sintomas afins”.

Os critérios diagnósticos são definidos, no DSM - IV (1994), no item 300.02, que cita o Transtorno de Ansiedade Generalizada, como:

- A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).
- B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
- C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses). Nota: Apenas um item é exigido para crianças.
 - (1) inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele
 - (2) fadigabilidade
 - (3) dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente
 - (4) irritabilidade
 - (5) tensão muscular
 - (6) perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto)
- D. O foco da ansiedade ou preocupação não está confinado a aspectos de um transtorno do Eixo I; por ex., a ansiedade ou preocupação não se refere a ter um Ataque de Pânico (como no Transtorno de Pânico), ser embaraçado em público (como na Fobia Social), ser contaminado (como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo), ficar afastado de casa ou de parentes próximos (como no Transtorno de Ansiedade de Separação), ganhar peso (como na Anorexia Nervosa), ter múltiplas queixas físicas (como no

Transtorno de Somatização) ou ter uma doença grave (como na Hipocondria), e a ansiedade ou preocupação não ocorre exclusivamente durante o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

E. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

F. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo) nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FOURTH EDITION, WASHINGTON, DC, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p. 460).

4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E MEDIDA

Percebendo a ansiedade como um sintoma com diversas manifestações e caracterizando essa transição de normal ao patológico, torna-se necessário questionar e identificar como deve ser realizada a medição desse sintoma de forma adequada, considerando os autores que desenvolveram estudos sobre os instrumentos que avaliam esse estado.

Após serem descritos os principais transtornos ansiosos individualmente, é necessário evidenciar a relação de vários aspectos em sua intensidade, manifestação e proporção em que eles aparecem e permanecem.

Como foi abordado inicialmente, o termo ansiedade abrange várias sensações: de medo, tensão, apreensão, que levam a sintomas físicos causando desconfortos e prejuízos diversos e significativos. Diante disso, algumas escalas e testes foram desenvolvidos para tentar avaliar esses aspectos.

As escalas utilizadas para medir a ansiedade são bastante utilizadas em pesquisas e avaliações clínicas, mas, mesmo assim, Nardi (1998) defende que não existe uma relação direta do grupo de escalas mais indicado para a avaliação dos sintomas de um transtorno específico. Assim entende-se que, de antemão, não há referência de qual instrumento deve ser obrigatoriamente utilizado para especificação de tal transtorno.

Apesar disso, torna-se evidente a necessidade de estabelecer uma relação entre os principais aspectos que são medidos por cada teste específico e canalizar seu uso para facilitar o diagnóstico, observando os instrumentos de medida e seus itens mais apropriados para cada identificação, de acordo com o histórico do indivíduo e com o que se pretende medir.

O objetivo desse trabalho, além da apresentação das diversas formas de expressão desse sintoma, é evidenciar que essa correlação pode diminuir a aleatoriedade na escolha das escalas e testes, oferecendo referência ao que se objetiva identificar, com maior aproveitamento das propriedades psicométricas de cada instrumento e, por fim, aperfeiçoar o processo diagnóstico.

Logo, observa-se que a avaliação da ansiedade pode ser uma combinação entre a aplicação da escala ou teste mais adequado, o histórico do indivíduo - que pode atuar, também, como pressuposto à escolha do instrumento, e o uso do

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV, que deve auxiliar no diagnóstico, nesse caso, de um quadro de Transtorno Ansioso.

4.1 MEDIDAS EXPLÍCITAS E MEDIDAS IMPLÍCITAS

Primeiramente, de acordo com as pesquisas e levantamentos aqui referidos, torna-se necessário diferenciar as medidas explícitas das medidas implícitas. Assim sendo, as medidas explícitas de avaliação dos sintomas de ansiedade são aquelas escalas e testes que necessitam do relato e reflexão do indivíduo que está sendo avaliado, conscientemente. Por outro lado, entende-se que as medidas implícitas não sugerem uma resposta consciente do indivíduo sobre o seu sintoma, ou seja, a ansiedade pode ser identificada nas entrelinhas e subjetivamente.

Algumas escalas foram desenvolvidas para a avaliação de medidas explícitas, e dentre elas destacam-se o Inventário de Ansiedade de Beck (Beck, 1988); a Escala de Ansiedade de Hamilton (HAMILTON, 1959); o Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger et. al. (1970), entre outras. É importante citar também a Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) (HUTZ; NUNES, 2001), que possui quatro sub-escalas, dentre elas a Escala de Ansiedade.

Existem também as escalas que medem a ansiedade normal e a ansiedade patológica, ou seja, servem para distinguir se a ansiedade é apenas um traço normal ou se caracteriza por um estado ansioso e patológico. Essa diferenciação de traço e estado foi desenvolvida por Cattell e Scheier (1961).

Com relação às medidas implícitas, elas não se apresentam conscientemente na resposta do sujeito avaliado. Alguns exemplos destas medidas são os Testes projetivos de Rorschach (RORSCHACH, 1921) e o Teste de Apercepção Temática (Murray, 1943) desenvolvidos para avaliar o autoconceito de ansiedade, sem que o avaliador esteja presente, e que o sujeito avaliado tenha conhecimento do processo de avaliação, segundo Egloff e Schmukle (2002).

Há também o Teste de Associação Implícita – TAI-Ansiedade (Egloff e Schmukle, 2002), que avalia implicitamente, através de uma análise cognitiva, na forma de associação de itens. Pode-se considerar que a eficiência dessas medidas está na redução de aspectos artificiais relacionados com o controle consciente do sujeito avaliado.

4.2 ASPECTOS RELACIONADOS ÀS MEDIDAS EXPLÍCITAS

De acordo com Keedwell e Snaith (1996), as escalas, que são instrumentos de medidas explícitas, julgam aspectos que foram agrupados em: Avaliação do Humor, Avaliação da Cognição, Avaliação do Comportamento, Avaliação do Estado de Alerta e Avaliação dos Sintomas Somáticos, que serão detalhados a seguir.

Acerca disso, nota-se que cada um desses grupos, com seus itens particulares, possuem propriedades psicométricas para caracterizar alguns tipos específicos de quadros ansiosos, os quais podem ser identificados através do relato objetivo do indivíduo, que especifica seus sintomas de forma consciente, como já foi visto.

Sobre os aspectos relacionados ao grupo de Avaliação do Humor, Keedwell e Snaith (1996) asseveram que esse item reúne sintomas interligados com a ansiedade, como por exemplo, o medo, angústia e a apreensão, que podem estar relacionados a algo exclusivo ou a algo não específico.

Seguindo essa linha e exemplificando, podemos avaliar que na interpretação dos resultados de uma determinada escala onde, no quesito Avaliação do Humor, foram consideravelmente identificados sintomas de medo e apreensão relacionados a algo específico (viajar de avião, por exemplo), nesse caso, tal instrumento pode ser considerado eficiente e adequado para caracterizar uma Fobia Específica, que é explicada pelo DSM-IV (1994) como uma ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a um objeto específico ou situação específica e temida.

Por outro lado e correlacionando com o histórico do indivíduo, se forem identificados sintomas ansiosos sem relação com objeto específico ou situação exclusiva, por exemplo, e tratando-se de ansiedade aparentemente sem explicação, apreensão, preocupação excessiva, medo, entre outros, pode-se caracterizar um Transtorno de Ansiedade Generalizada, que é explicado pelo DSM-IV (1994) como uma ansiedade e apreensão excessiva e constante, com duração de, no mínimo, seis meses. Outro exemplo é o Transtorno de Pânico, que, de acordo com o DSM-IV (1994), trata-se de sintomas também apreensivos, porém inesperados e recorrentes.

Logo, entende-se que essa caracterização específica de tempo de duração, constância ou surgimento inesperado pode ser realizada de acordo com os relatos do paciente sobre seus sintomas.

Já os pensamentos relacionados aos sintomas ansiosos encontram-se na Avaliação da Cognição, segundo Keedwell e Snaith (1996). Dessa forma, por exemplo, se forem identificados pensamentos obsessivos, ou seja, “ideias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes, que são vivenciados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento”, segundo o DSM-IV (1994, p. 443), e avaliando até que ponto essas obsessões causam prejuízos, pode ser adequado diagnosticar um Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Para isso, torna-se necessário também avaliar a presença de compulsões, que são comportamentos repetitivos que têm o objetivo de prevenir ou reduzir a ansiedade, como já foi visto. Logo, o relato do indivíduo, igualmente nesse caso, é de extrema importância ao diagnóstico.

Outros sintomas como inquietação e movimentos repetitivos, por exemplo, estão relacionados à Avaliação do Comportamento, como explicam Keedwell e Snaith (1996). Retomando os critérios diagnósticos do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, ao tratar-se de movimentos repetitivos, surge uma necessidade de correlação com as compulsões, que se referem a atos recorrentes, sejam manuais ou mentais, onde a ansiedade é excessiva.

É importante atentar-se aos critérios diagnósticos do DSM-IV (1994, p. 444), pois esse quadro ansioso assevera que as obsessões ou compulsões devem causar sofrimento acentuado, com duração considerável (mais de uma hora por dia), prejudicando a rotina normal do indivíduo e suas relações pessoais e sociais. Todos os critérios devem ser avaliados para um diagnóstico adequado.

Além disso, sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, há também um critério diagnóstico que evidencia uma revivência persistente do evento traumático. Em certos casos o indivíduo, em alguns momentos, repete movimentos e atos relacionados com o trauma vivido, que, de acordo com o DSM-IV (1994, p. 449), “duram de alguns segundos a várias horas, ou mesmo dias, durante os quais os componentes do evento são revividos e a pessoa comporta-se como se o vivenciasse naquele instante”.

De certa forma, apenas um critério não pode ser considerado suficiente para caracterizar um quadro ansioso, mas deparando-se com uma identificação de movimentos repetitivos, nesse caso, pode ser necessário investigar no histórico do indivíduo, ou até mesmo em relatos de terceiros, a ocorrência de eventos traumáticos recentes.

Keedwell e Snaith (1996) citam também sintomas como vigilância e resposta a estímulos ou perturbações do sono e avaliam o Estado de Alerta do indivíduo. Considerando, novamente, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, há uma correlação mais diretiva com os aspectos que esse grupo reúne.

Além da revivência persistente do evento traumático, esse Transtorno causa no indivíduo sintomas persistentes de ansiedade e excitação. Segundo o DSM-IV (1994, p. 450), “esses sintomas podem incluir dificuldades em conciliar ou manter o sono, possivelmente devido a pesadelos recorrentes durante os quais o evento traumático é revivido”. Essa caracterização inclui também hipervigilância e uma resposta de sobressalto exagerada, ou seja, o aumento do estado de alerta.

Deve-se avaliar, também, a presença de um estressor traumático, ou seja, de um evento real que causou como resposta intenso medo, ansiedade e impotência. Sendo assim, ao avaliar e identificar tais sintomas, o relato do indivíduo é importante para corroborar esse possível diagnóstico.

Há, também, a Avaliação de Sintomas Somáticos (taquicardia, sudorese, sensação de falta de ar, etc.), evidenciada por Keedwell e Snaith (1996). Esses sintomas, de uma forma geral, podem estar presentes em todos os quadros ansiosos, de acordo com suas expressões.

Mas, torna-se importante frisar e correlacionar os sintomas somáticos com transtornos relacionados a ataques inesperados e recorrentes de Pânico, por exemplo. Nesses casos, segundo o DSM-IV (1994, p. 419), “estão presentes sintomas tais como falta de ar, palpitações, dor ou desconforto torácico, sensação de sufocamento e medo de enlouquecer ou de perder o controle”, entre outros.

Na Fobia Específica ou na Fobia Social há também a possibilidade de ataques inesperados de sintomas somáticos, porque a ansiedade é significativamente provocada ao se deparar com o objeto causador de pânico ou com a situação temida, e, também, com a situação social ou de desempenho, segundo o DSM-IV (1994).

Por fim, Keedwell e Snaith (1996) citam despersonalização e baixa concentração, entre outros, que são sintomas também relacionados com vários quadros ansiosos. Assim, todas as expressões da ansiedade, de certa forma, podem ser correlacionadas com vários Transtornos de Ansiedade. Mas considerando suas devidas proporções e caracterizações, algumas escalas e seus grupos apresentam maior eficácia em sugerir o quadro ansioso em questão.

4.2.1 Escala de Ansiedade de Hamilton

A Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A; HAMILTON, 1959) foi desenvolvida por Max Hamilton (1959). Percebe-se que ela possui 14 itens, onde cada um oferece cinco variações de respostas (0, 1, 2, 3 e 4) onde, respectivamente, significa que há ausência do sintoma, que o sintoma é de intensidade ligeira, que o sintoma é visto com intensidade considerada média, que o sintoma é identificado com intensidade forte e, por último, que o sintoma é considerado com intensidade máxima (incapacitante).

Dessa forma, primeiramente, torna-se necessário quantificar o grau de intensidade dos sintomas ansiosos, caracterizando uma ansiedade patológica. Por conseguinte, após reunir os aspectos que foram identificados excessivamente, torna-se possível identificar e caracterizar, através das constatações de avaliação dos grupos de Keedwell e Snaith (1996), do histórico do indivíduo e dos resultados da escala, qual o quadro ansioso mais adequado.

Analisando a escala de Hamilton minuciosamente, observa-se que alguns itens estão relacionados diretamente ao humor ansioso, evidenciando sintomas psíquicos (tensão, medo, preocupações excessivas, etc.), e outros estão relacionados a sintomas físicos (musculares, gastrointestinais, etc.). Como foi citado, esse é um dos exemplos de escalas que analisam a ansiedade de uma maneira explícita, onde depende do relato consciente do indivíduo sobre o seu sintoma.

4.2.2 Escala de Ansiedade de Beck

A Escala de Ansiedade de Beck (BECK et al., 1988), que também realiza uma avaliação pelo próprio relato do indivíduo sobre seus sintomas, foi desenvolvida por Aaron Beck (1988) e trata-se de um questionário com 21 perguntas utilizado para medir a intensidade da ansiedade.

Essa escala, de acordo com Cunha (2001), foi desenvolvida com o objetivo de avaliar essa intensidade dos sintomas da ansiedade na população em geral. Piotrowski C. (1999) em seus estudos sobre o referido assunto, diz que essa escala, também denominada de BAI (Inventário de Ansiedade de Beck) é uma das mais utilizadas em uma variedade de diferentes grupos de pessoas, de jovens adolescentes até idosos.

Cunha (2001) afirma também que se trata de um instrumento com parecer favorável para uso em nosso meio e que dispõe de normas brasileiras.

As escalas de Beck foram traduzidas e adaptadas para o português por Jurema Alcides Cunha e publicada pela Editora Casa do Psicólogo (CUNHA, 2001).

Observa-se que cada item está relacionado aos sintomas ansiosos, onde o indivíduo responde de acordo com o grau de intensidade de 0 a 3, onde representa ausência do sintoma, presença leve (que não incomodou muito), presença moderada (foi desagradável, mas suportável) e presença severa (quase não foi suportável).

Assim, o grau de intensidade dos sintomas é de extrema eficiência para identificar se a ansiedade é normal ou patológica, ou seja, se há uma expressão de um sentimento justificável ou de um medo exagerado e desproporcional.

No fim, somam-se os escores obtidos resultando em um escore total, que pode ser de 0 a 63. Cunha (2001) argumenta que essas classificações podem ser definidas a partir dos seguintes níveis: mínimo (0 a 10 pontos), leve (11 a 19 pontos), moderado (20 a 30 pontos) e grave (31 a 63 pontos).

Fazendo referência à pesquisa e levantamento de Keedwell e Snaith (1996), as escalas de Beck e Hamilton são algumas das escalas mais utilizadas em avaliação clínica.

Analisando essas escalas e enfatizando os aspectos avaliados por elas observa-se que elas possuem construtos parecidos evidenciando os sintomas somáticos da ansiedade, que já foram supracitados nesse trabalho.

4.2.3 Inventário de Ansiedade Traço-Estado

A partir da diferenciação de traço e estado, desenvolvida por Cattell e Scheier (1961), surgiu o Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger et al. (1970). Esse inventário mede a ansiedade como um Estado quando os sintomas variam em intensidade de acordo com o perigo, e como um Traço quando a ansiedade permanece relativamente constante.

Dessa forma, um Estado de Ansiedade está correlacionado com o perigo, a forma como ele aparece e o tempo de duração, como, por exemplo, em quadros ansiosos onde o indivíduo relata seus temores e, conscientemente informa a especificidade deles.

Se for um medo desproporcional, pode ser caracterizada a patologia com sentimentos subjetivos ou objetivos de tensão que podem variar de intensidade de acordo com o contexto.

Por outro lado, o Traço de Ansiedade é uma apreensão que se mantém constante, explicada na tendência a reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade. De certa forma, também, deve-se avaliar a proporcionalidade que esse sintoma manifesta para poder caracterizar a patologia.

A construção dos itens que compõem o IDATE foi resultado de sucessivas etapas de verificações empíricas e seleções de itens de três escalas de ansiedade explícita: a Escala de Ansiedade Manifesta de Taylor (1953), a Escala de Ansiedade de Welsh (1965) e a Escala de Ansiedade IPAT (CATTELL e SCHEIER op cit, 1963).

O inventário de Ansiedade Traço-Estado é um dos instrumentos de medida e avaliação mais usados para identificar e avaliar a ansiedade.

O IDATE, como é denominado, é uma escala de auto-relato que foi desenvolvida por Spielberger (1970) na Universidade de Vanderbilt, traduzida e adaptada para o Brasil por Biaggio (1979).

Esse inventário depende da reflexão consciente do sujeito no processo da avaliação do seu estado de ansiedade assim como de características de sua personalidade, ou seja, o indivíduo analisado responde relatando o que está incomodando e a intensidade desses sintomas.

Realizando uma análise direta do teste, observa-se que ele apresenta uma escala de traço de ansiedade com 20 itens que solicitam que os indivíduos analisados descrevam como eles se sentem, geralmente.

Já a escala de estado da ansiedade, que apresenta também 20 afirmações impressas em cadernos separados, instrui o indivíduo a descrever e indicar como eles se sentem naquele determinado momento.

Mesmo tendo sido desenvolvido para uso em adultos ou adolescentes, o IDATE tem sido muito utilizado em crianças em sua nova forma o IDATE C, que mede os níveis de ansiedade em crianças nos primeiros anos de escola (PAPAY, 1975, SIKES, 1978).

4.2.4 Escala Fatorial de Neuroticismo – EFN

A Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN), de acordo com Hutz e Nunes (2001) é um instrumento de medida da personalidade, denominada Neuroticismo (estabilidade emocional).

Trata-se de um instrumento objetivo, que avalia a personalidade humana a partir do levantamento de Traços de Personalidade, com base na hipótese de Goldherg (1981).

Hutz e Nunes (2001) explicam que o Neuroticismo, também denominado N ou Fator N, está relacionado ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional e abordam padrões emocionais associados a um desconforto psicológico (aflição, angústia, sofrimento, etc.) e os estilos cognitivos e comportamentais decorrentes. Essa escala inclui itens que identificam ansiedade, hostilidade, depressão, autoestima, impulsividade e vulnerabilidade, entre outros sintomas.

Os itens foram construídos por Hutz e Nunes (2001) na forma de frases que descrevem atitudes, crenças e sentimentos. Essa escala pode ser aplicada em grupos ou individualmente, onde os participantes registram em uma escala de 7 pontos como adequadamente cada sentença os descrevia.

Na sua versão final, o teste é composto por 82 itens em quatro escalas, segundo Hutz e Nunes (2001), que são: Escala de Vulnerabilidade, com 23 itens, que agrupam sintomas típicos de transtornos de personalidade dependente e de esquiva; Escala de Desajustamento Psicossocial, com 14 itens, que agrupam sintomas típicos de transtornos de personalidade antisocial e borderline; Escala de Depressão, com 20 itens, agrupando sintomas de desesperança, depressão, ideação suicida, entre outros; e a Escala de Ansiedade, com 25 itens, agrupando sintomas dos Transtornos de Ansiedade (Pânico, Fobia, Agorafobia, entre outros).

O levantamento dos escores brutos das escalas de Neuroticismo pode ser realizado manualmente, a partir da utilização dos crivos correspondentes, e anotados nos espaços correspondentes a cada item indicados no verso da folha de resposta (Hutz e Nunes, 2001).

O cálculo dos escores brutos das escalas de Vulnerabilidade (N1), Desajustamento Psicossocial (N2) e Ansiedade (N3) é efetuado simplesmente pela soma das respostas dadas a cada item das escalas (Hutz e Nunes, 2001).

Evidenciando a Escala de Ansiedade, denominada por N3 - Ansiedade, Hutz

e Nunes (2001) asseveram que este fator agrupa itens que descrevem sintomas somáticos de transtornos relacionados com ansiedade, irritabilidade, transtornos de sono, impulsividade, sintomas de pânico, mudanças de humor, entre outros.

Sobre a interpretação do teste, Hutz e Nunes (2001) explicam que altos escores caracterizam indivíduos que possuem a tendência a serem emocionalmente instáveis, apresentando grande variação de humor e disposição, aparentemente sem motivo aparente.

Os itens identificam indivíduos extremamente irritáveis, que vivenciam eventuais episódios em que temem perder o controle da situação e receiam ter atitudes inesperadas.

Essa caracterização pode sugerir, de antemão, uma ansiedade desproporcional e injustificável, visto que o medo de perder o controle da situação é, muitas vezes, correlacionado a um Ataque de Pânico, por exemplo.

Já em relação às atitudes inesperadas, sugere-se a capacidade de enfrentar ou de fugir. A esquiva desproporcional é frequentemente vista como critério diagnóstico dos quadros ansiosos e fóbicos.

Dessa forma, torna-se necessário avaliar o grau de intensidade desses sintomas e se há uma explicação coerente com o evento ou objeto causador de apreensão.

Hutz e Nunes (2001) explicam que esse fator também está relacionado a itens que identificam sintomas somáticos de transtornos ansiosos como, por exemplo, sensações de vertigem, tontura, desmaios, irritabilidade, transtornos de sono, impulsividade, sintomas de pânico, mudanças de humor, entre outros.

Assim, altos escores nesse quesito podem estar correlacionados com o Ataque de Pânico, propriamente dito, que se caracteriza por o surgimento inesperado dos sintomas somáticos, ou com a Agorafobia, que, de acordo com o DSM-IV (1994, p. 419), é uma “ansiedade ou esquiva a locais ou situações das quais pode ser difícil escapar ou nas quais o auxílio poderia não estar disponível, no caso de ter um Ataque de Pânico”.

De certa forma, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV (1994), sugere-se também que em Fobias Específicas ou na Fobia Social, ao deparar-se com as especificações temidas, pode ser provocado, igualmente, o surgimento dos sintomas somáticos.

4.3 ASPECTOS RELACIONADOS ÀS MEDIDAS IMPLÍCITAS

Ao contrário das medidas explícitas de avaliação, que são baseadas em instrumentos e escalas que medem o relato objetivo do indivíduo sobre os seus sintomas, existem as medidas implícitas, que, de certa forma, reduzem os aspectos conscientes dessa análise.

De acordo com Houwer (2002), as medidas implícitas apresentam-se com mais eficiência, e diminuem as tentativas estratégicas cognitivas das respostas, que podem ser manipuladas. Segundo esse autor, não é sempre que o indivíduo está completamente consciente do seu estado e dos seus sintomas, como, por exemplo, no caso de pacientes com a autocrítica comprometida (pobreza ou ausência de insight).

Em relação às medidas implícitas de medição da Ansiedade, aqui serão evidenciados os Testes Projetivos de Rorschach (Rorschach, 1921) e o Teste de Apercepção Temática (Murray, 1943), que avaliam através de projeções inconscientes do indivíduo, e o Teste de Associação Implícita – TAI-Ansiedade (Egloff e Schmukle, 2002), que avalia através de um olhar cognitivo, sem interferência consciente.

4.3.1 Teste de Associação Implícita – TAI

O Teste de Associação Implícita-Ansiedade (Implicit Association Test, IAT-Anxiety; no português, TAI-Ansiedade) foi desenvolvido por Egloff e Schmukle (2002), porém, essa medida ainda não foi validada no Brasil. Esse teste independe da reflexão consciente e mede o tempo de reação e discriminação do indivíduo analisado, sugerindo o nível de ansiedade, nesse caso.

De acordo com uma pesquisa realizada por diversos autores, entre eles: (Greenwald, McGhee e Schwartz, 1998; Cunningham, Preacher e Banaji, 2001; Greenwald e cols., 2002; Gawronski, 2002; Fazio e Olson, 2003; Greenwald, Nosek e Banaji, 2003; Egloff, Schwerdtfeger e Schmukle, 2005), a lógica do Teste de Associação Implícita parte do tempo de reação, onde é solicitado ao indivíduo que ele associe dois conceitos determinados.

Victoria e Soares (2008) asseveram que quanto menor for o tempo de reação do sujeito para responder esses itens, mais as palavras estarão associadas. Por outro lado, quanto maior for o tempo de reação, menos será a associação.

O TAI-Ansiedade é um instrumento de medida implícita, na qual o sujeito responde no computador. De acordo com Victoria e Soares (2008), a tarefa consiste no aparecimento de palavras, onde elas surgem na tela do monitor, à direita, à esquerda e ao centro. A palavra que está no meio é avaliada pelo indivíduo, se está associada à palavra da direita ou da esquerda.

Acerca disso, segundo Victoria e Soares (2008), as palavras serão discriminadas, no sentido de o analisado se definir em relação aos outros conceituando ansiedade versus tranquilidade, ou seja, o indivíduo referencia-se em relação a sintomas como tenso, sossegado, inseguro, relaxado, nervoso, calmo, preocupado, sereno, ansioso, tranquilo, por exemplo, e realiza essa associação dos outros a esses mesmos sintomas.

A caracterização de um Transtorno de Ansiedade, nesse caso, parte da avaliação dos escores de tempo de reação da resposta, ou seja, quanto menor for o tempo de reação, maior será a associação das palavras em questão. Logo, quanto maior for essa frequência de associações rápidas de palavras relacionadas aos sintomas ansiosos, será mais provável a presença de uma ansiedade patológica.

Recentemente, foram desenvolvidos estudos para analisar esses vieses cognitivos em diferentes transtornos correlacionados com a ansiedade, como, por exemplo, o Transtorno de Ansiedade Social, que foi avaliado por Jong (2002) e Tanner (2006), a Fobia Específica em relação a animais, segundo Teachman, Gregg et al (2001) e o Transtorno do Pânico, por Teachman, Smith-Janik et al (2007).

4.3.2 Teste Projetivo de Rorschach

O Teste Projetivo de Rorschach foi criado, em 1921, pelo psiquiatra suíço Hermann Rorschach. De acordo com Lilienfeld et al. (2001), o teste de Rorschach é um teste psicológicoprojetivo que consiste em dar possíveis interpretações a dez pranchas com manchas de tinta simétricas. A partir das respostas, procura-se obter um quadro amplo da dinâmica psicológica do indivíduo. Ou seja, ao ser apresentada cada prancha com manchas de tinta ao indivíduo, ele recebe os estímulos que se

estruturam de modos diferentes em seu cérebro, e assim facilita a formação de diferentes imagens mentais.

Diante disso, o indivíduo analisado elabora respostas a partir das imagens formadas, que se relacionam com suas experiências passadas e seu modo de reagir e organizar situações. Dessa forma, podem ser avaliados os processos psíquicos combinados com a dinâmica de sua personalidade.

As pranchas do teste, desenvolvidas por Rorschach, são sempre as mesmas. No entanto, para a codificação e a interpretação das informações, diferentes sistemas são utilizados. Lilienfeld et al (2000) diz que o teste de Rorschach é um teste projetivo, ou seja, baseia-se na chamada hipótese projetiva. Dessa forma, o indivíduo que está sendo testado organiza um pensamento ambíguo, sem significado objetivo e claro, projetando aspectos de sua própria personalidade.

Observa-se que o teste é constituído por 10 pranchas diferentes, algumas coloridas e outras pretas e brancas, onde a pessoa responde o que poderia ser essa mancha em questão. Para Bohm (1972) e Exner (1993) cada resposta é avaliada sob quatro pontos de vista. Primeiramente, de acordo com os autores, o modo de percepção é avaliado demonstrando se a mancha é vista como um todo ou apenas uma parte é considerada (e qual parte). A determinante também é analisada, no sentido de identificar qual aspecto foi mais evidenciado (forma, cor, impressão de movimento, etc.).

Segundo Bohm (1972) e Exner (1993) o conteúdo também é importante, ou seja, se a descrição do indivíduo é de uma pessoa, de um animal, planta, paisagem, entre outros. E por fim, eles consideram que a originalidade ou vulgaridade da resposta deve ser considerada (se a resposta é comum ou rara).

Bohm (1972) propõe, como um dos itens da interpretação, a Avaliação do Humor, evidenciando aspectos relacionados à tristeza, apatia, alegrias e, como principal ponto desse trabalho, a ansiedade. Exner (1993) cita algumas variáveis que estão relacionadas aos componentes da ansiedade, no teste de Rorschach. Entre elas, destacam-se a Proporção Experiência de Base - simbolizada pela sigla "eb" -, onde suas respostas são avaliadas no que diz respeito a fontes de tensão e situações desconfortáveis, onde o sujeito não possui controle sobre elas.

Essa variável aborda as possíveis tensões e situações corriqueiras ou específicas que provavelmente disparam o alerta de "sentir o medo", gerando, de alguma forma, o sintoma de ansiedade. Acerca disso, torna-se evidente observar,

primeiro, se há altos índices de “eb” e, em seguida, se esse sintoma aparece com frequência nas diversas variáveis analisadas pelo teste, caracterizando-se assim como patologia.

Há também a existência de uma variável do teste de Rorschach que pode ser relacionada com a presença da ansiedade, que é o índice de Estimulação Sentida ou Estimulação Vivenciada – simbolizado pela sigla “es”. Esse item avalia alguns disparadores de tensão interna que resultam na ação do indivíduo, resultando em um estado de alerta diante de algumas situações, que podem ser consideradas normais.

Por outro lado, de acordo com o sistema compreensivo de Exner (1993, 1994, 1995, 1999), altos índices de “es” (estimulação sentida ou vivenciada), podem indicar uma sensação extrema e exagerada de alerta relacionada com um desequilíbrio constante e intenso, e assim, caracterizar um quadro ansioso, visto que o estado de alerta aumentado pode estar presente em vários transtornos de ansiedade.

Exner (1993) afirma que há também a variável Somatório de respostas de sombreado difuso – simbolizada pela sigla “Y” -, que representa uma dificuldade do indivíduo em se defender, causando desamparo e ansiedade. O alto índice nesse item é avaliado como um desconforto emocional e sofrimento interno, resultando em sensações de incapacidade em se defender de situações emocionais extremas. Tais sensações de incapacidade podem gerar o comportamento de Esquiva, que está presente em todos alguns quadros dos Transtornos de Ansiedade, por exemplo, na Agorafobia, no sentido de evitar as situações que causam ansiedade.

Outro item importante, segundo Bohm (1972), é o fato de o indivíduo se chocar com as pranchas acromáticas (sem cores). Isso pode indicar a presença de quadros fóbicos e angustiosos. A movimentação rápida da lâmina pode também ser um indicador implícito de ansiedade. Há também a análise do tempo de reação, que é o tempo contado do momento que o indivíduo recebe o cartão até a primeira palavra falada. De acordo com o teste de Rorschach, se esse tempo for muito acelerado pode significar uma ansiedade elevada.

Analisando de uma forma geral o teste de Rorschach, observa-se nesses itens que os indivíduos que apresentam respostas elevadas podem estar sofrendo psiquicamente com sensações de desamparo, desconforto, irritação, dor, tensão, ansiedade, ou seja, sentimentos de vivência interna que estão além de seu controle.

4.3.3 Teste de Apercepção Temática – TAT

O Teste de Apercepção Temática (TAT) foi criado por Murray e teve sua origem nos Estados Unidos em 1943. No Brasil, foi publicado em 1995 e recentemente, recebeu parecer favorável quanto à sua finalidade pelo Conselho Federal de Psicologia, conforme resolução Nº 02/2003. Sua apresentação consta de 19 pranchas com impressos de imagens de situações da vida diária e uma prancha em branco (total de 20) (CRONBACH, 1996).

A solicitação é de que o sujeito verbalize uma história a respeito das referidas situações. Pede-se que o indivíduo utilize sua imaginação e construa uma narrativa a partir dos cartões que são apresentados com imagens diferentes. O TAT divide-se em várias séries, cada qual com um padrão de comportamento, como veremos a seguir.

Assim, esse confronto possibilita um contato do indivíduo com suas experiências e pensamentos, objetivos ou subjetivos, resultando em uma interpretação própria para a figura.

O TAT permite que o indivíduo exteriorize aspectos dinâmicos assim como também aspectos estruturais da personalidade. Por ser um teste de apercepção, segundo Van Kolck (1981, p. 284) é possível uma “integração de uma percepção com a experiência passada e com o estado psicológico atual do sujeito”.

Cramer (2004) defende que a história verbalizada pelo indivíduo deve ser constituída por alguns pontos importantes. Segundo o autor, primeiramente, o ideal seria identificar o que conduziu à situação apresentada. Dessa forma observa-se a importância de o indivíduo apresentar uma introdução da história. Depois disso, ele diz que o indivíduo deve narrar o que está acontecendo no momento apresentado. Há também a necessidade de verbalização do que os personagens estão sentindo e pensando. Por último, narra-se como a história terminou.

Segundo Murray (1938, 1943), esse teste elicia fantasias que vem como resultado da projeção de experiências passadas e necessidades presentes, em resposta a um estímulo ambíguo. Diante disso, o TAT propicia a emergência de aspectos emocionais que podem ser analisados e que esclarecem estados emocionais característicos do indivíduo naquele momento.

Logo após a sua aplicação, é realizado um inquérito específico, de acordo com as orientações apresentadas no manual do teste. A partir destas informações, é realizado o levantamento qualitativo, envolvendo aspectos globais da personalidade como impulsos, emoções, sentimentos, complexos e conflitos mobilizados pelo instrumento (CRONBACH, 1996).

Como foi referido acima, o teste se divide em séries, cada uma com um padrão de comportamento e funcionamento associado às respostas do indivíduo. A maior quantidade de respostas em uma série significa o enquadramento nesse tipo de funcionamento.

Analisando o TAT, nota-se a série da Inibição, representada pela sigla C, onde evoca processos de fobias e fugas, relacionadas com mecanismos de negação do conflito, onde é possível identificar ansiedade implícita. Em algumas pranchas, onde é possível analisar estados interiores e emoções, enfatiza-se a variável ansiedade sempre relacionada com o que está por trás do conflito, ou seja, aquilo de que o indivíduo analisado se defende.

Em uma percepção sobre o manual de interpretação percebe-se que as ansiedades mais frequentes estão relacionadas a sentimentos de autoimagem, autoestima, própria capacidade, sexualidade, abandono, solidão, depressão, desespero, frustração, punição, desaprovação, males físicos, perdas, privação, destruição, impotência, agressividade, conflitos e conteúdos internos.

Analisando individualmente as pranchas do TAT, observa-se que cada uma delas apresenta conteúdos específicos relacionados direta ou indiretamente aos sintomas ansiosos ou situações que podem causar apreensão, medo, conflitos, situações fóbicas, etc.

Na prancha de número 2 (denominada “A Estudante no Campo”), por exemplo, são evidenciados conteúdos implícitos de conflitos referentes à definição de papéis femininos. Na prancha 8 (denominada “Mulher Pensativa”), observa-se a associação de conflitos atuais com devaneios, analisando como o indivíduo pode buscar soluções. Na prancha 9, masculina, (denominada “Grupo de Vagabundos”), pode ser analisado sentimentos relacionados a própria capacidade, ou seja, é comum surgir expectativas que, conseqüentemente, pode desencadear ansiedade em suas diversas formas. Na prancha 9, feminina, (denominada “Duas Mulheres na Praia”) e na prancha 11 (“Paisagem Primitiva de Pedra”), podem aparecer conteúdos de medo frente ao perigo e ao instinto, que sugere reação aos estímulos). Já na

prancha 12 (“Mulher Jovem e Velha”), são previstos e sugeridos sentimentos de ansiedade frente ao envelhecimento. Na prancha 20 (denominada “Só Sob a Luz”), podem aparecer conteúdos de aflição e perspectiva, que também são relacionados com a ansiedade. A ansiedade pode interferir também na integração do ego, no sentido de apresentar conteúdos e soluções adequadas, a capacidade de lidar com o conflito e o uso de mecanismos de defesa.

Dessa forma, é importante analisar o grau de intensidade desses sintomas, partindo da necessidade de caracterizar, de fato, uma ansiedade patológica. Nesse caso, como o teste é dividido em séries, a frequência de respostas que indicam ansiedade implícita pode sugerir a presença de um quadro ansioso patológico.

Torna-se viável também associar o uso de outros testes, correlacionando-os com o histórico e queixa do indivíduo. De fato, há uma correlação que pode ser realizada entre alguns itens e seus resultados com os critérios diagnósticos de um transtorno específico.

Murray (2005) corrobora essa análise afirmando que a dinâmica da personalidade está relacionada com as necessidades e pressões, onde a necessidade é vista como uma tensão que mobiliza uma ação. Dessa forma, o TAT permite a análise de histórias contadas por indivíduos que expressam conteúdos implícitos de ansiedade, que emergem devido à projeção de experiências pessoais causadas por esses estímulos.

5 CONCLUSÃO

Estima-se, a partir das pesquisas realizadas no curso deste trabalho, que a ansiedade define-se como um problema atual que abrange diversas expressões e, dessa forma, torna-se evidente inferir que a escolha de uma escala ou teste eficiente e, principalmente, eficaz é primordial.

Considerando os numerosos esforços em definir e avaliar os sintomas ansiosos adequadamente, sabe-se que há uma complexidade relacionada à aleatoriedade no uso dos testes de medição. Ademais, outro aspecto característico dessa problemática é o controle consciente do sujeito avaliado ao proferir seus sintomas e, assim, as medidas explícitas podem ser distorcidas.

Tomando por consideração a contemporaneidade e a habitualidade dos quadros ansiosos, entende-se que a ansiedade está intrínseca e inerente às pessoas. Assim, ao pensar sobre a dissemelhança entre o normal e o patológico, deve-se buscar a interpretação apropriada e coerente dos resultados implícitos e explícitos dos sintomas, através dos relatos e resultados das aplicações de escalas e testes psicológicos, almejando diminuir o controle consciente da descrição sintomática e empenhando-se na seleção do instrumento favorável.

Acerca disso, percebe-se que os instrumentos de medida são bastante utilizados em pesquisas e avaliações, mas, viu-se que alguns autores asseveram que não há um vínculo obrigatório entre um teste mais indicado e um transtorno específico. Apesar de não haver essa correlação direta, o presente trabalho evidenciou a importância e praticidade de avaliar os principais aspectos que são medidos comumente por cada escala e seus grupos, analisando e resguardando suas devidas proporções, e, assim, tornando objetivo o processo diagnóstico.

No que se refere à proporcionalidade, abordou-se a essencialidade em avaliar a intensidade, frequência e duração dos sintomas específicos de cada transtorno, e, preferencialmente, analisar a interferência no desempenho do indivíduo e seus prejuízos funcionais e emocionais, que resultam em um estado patológico, propriamente dito.

De acordo com as explanações aqui presentes, observou-se que os quadros ansiosos e os sintomas patológicos possuem suas individualidades e caracterizações específicas. Todavia, é essencial enfatizar o uso de instrumentos de medida mais confiáveis para um diagnóstico mais preciso. Dessa forma, a aplicação

deve ser baseada nos aspectos e sintomas que as escalas possuem particularidade em medir, diminuindo os erros e as distorções.

Além disso, verificou-se que os sintomas ansiosos e suas diversas formas de manifestações estão presentes em todos os Transtornos de Ansiedade, e utilizou-se o DSM-IV (1994) para corroborar os critérios. Sendo assim, a caracterização de um quadro deve ser realizada através de uma combinação e associação entre: análises implícitas, que são percebidas através das entrelinhas e projeções inconscientes do indivíduo; análises explícitas, onde o analisado descreve seus sintomas, conscientemente; e, sobretudo, através da escolha de escalas e testes adequados. Logo, o controle consciente do relato pode ser desconstruído ou complementado pela consideração das medidas implícitas e inconscientes.

Embora haja peculiaridades em cada quadro de ansiedade, há aspectos que se reúnem e facilitam a caracterização de um Transtorno Ansioso. Nesse mesmo raciocínio, de acordo com as explicações aqui realizadas, destacou-se que os instrumentos de medida abordam itens de interpretação de sintomas que sugerem um estado.

Foi visto que altos escores no item de Avaliação do Humor, que mede sintomas como: medo, angústia, apreensão, relacionados a um objeto específico, por exemplo, pode, provavelmente, identificar um quadro de Fobia Específica com mais eficiência do que no item de Avaliação da Cognição, que avalia pensamentos relacionados aos sintomas. Já no item de Avaliação do Comportamento, que analisa movimentos repetitivos, altos escores podem identificar mais facilmente um possível quadro de Transtorno Obsessivo-Compulsivo. No que se refere à Avaliação do Estado de Alerta e dos Sintomas Somáticos, altos escores podem estar relacionados ao Estresse Pós-Traumático ou uma Síndrome do Pânico, possivelmente. Dessa forma, não se pode asseverar uma ligação sempre direta, visto que os mesmos sintomas estão presentes em quadros diferentes, mas essa associação pode objetivar o processo.

Nesse sentido, por fim, aferiu-se que cada quadro de ansiedade relaciona-se a um olhar adequado e específico, no que diz respeito às suas particularidades que incitam à escolha de um teste, porque a correlação entre a patologia e o instrumento de medição adequado pode ser facilitada de acordo com a observância dos critérios diagnósticos, dos sintomas referidos pelo indivíduo e das propriedades psicométricas de cada teste.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4.ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

ANDRADE, L. et al. **Prevalence of Mental Disorders in an Epidemiological Catchment Area in the City of São Paulo**, Brazil, 1998.

ANDRÉ, Christophe. **Psicologia do medo**: como lidar com temores, fobias, angústias e pânicos. Tradução de João Batista Kreuch. Petrópolis: Vozes, 2007.

BALLONE, G. J. **Ansiedade**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

BOHM, Ewald. **Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik**, 4.ed. Aufl. Bern: Huber, 1972.

CATTELL, R.B.; SCHEIER, I. H. **The Meaning and Measurement of Neuroticism and Anxiety**. New York: Ronald Press, 1961.

CRAMER, P. **Storytelling, narrative, and the Thematic Apperception Test**. New York: Guilford Press, 2004.

CRONBACH, L. J. **Fundamentos da testagem psicológica** (C. A. S. Neto; M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CUNHA, J. **Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

_____. **Manual em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CUNNINGHAM, W. A., PREACHER, K. J. E.; BANAJI, M. R. Implicit Attitude Measures: Consistency, Stability and Convergent Validity. **Psychological Science**, 12, p. 163-170, 2001.

CURTIS, G.C. et al. Specific fears and phobias. **Psychological Medicine**, 173, p. 212-217, 1998.

EGLOFF, B.; SCHMUKLE, S. C. Predictive Validity of an Implicit Association Test for assessing anxiety. **Journal of Personality and Social Psychology**, 2002.

EGLOFF, B.; SCHMUKLE, S. C. Predictive Validity of an Implicit Association Test for assessing anxiety. **Journal of Personality and Social Psychology**, 83, p. 1441-1455, 2002.

EGLOFF, B.; SCHWERDTFEGER, A.; SCHMUKLE, S. C. Temporal Stability of the Implicit Association Test-Anxiety. **Journal of Personality Assessment**, 84 (1), p. 82-88, 2005.

EXNER, John E. Jr. **The Rorschach - a comprehensive system**. Volume 1: Basic foundations, 3ªed. New York: Wiley, 1993.

FAZIO, R. H.; OLSON, M. A. Implicit Measures in Social Cognition Research: Their Meaning and Use. **Annual Review of Psychology**, 54, p. 297-327, 2003.

FRIMAN, P. C.; HAYES, S. C.; WILSON, K. G. Why behavior analysts should study emotion: the example of anxiety. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 31, p. 137-156, 1998.

GABBARD, G. **PsiquiatriaPsicodinâmica: baseado no DSM-IV**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2ªed, p. 174-199, 1998.

GAWRONSKI, B. What Does the Implicit Association Test Measure? A Test of the Convergent and Discriminant Validity of Prejudice-Related IARs. **Experimental Psychology**, 49 (3), 171-180, 2002.

GENTIL, F. V.; CAETANO, R. **Glossário das definições dos sintomas incluídos na 9ª edição do P.S.E.** Exame do estado psíquico, 1983.

GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; BERNICK, M. A. **Pânico, fobias e obsessões: A experiência do Projeto AMBAN**. São Paulo: EDUSP, 1997, 208 p.

GRAEFF, F. G.; BRANDÃO, M. L. **Neurobiologia das doenças mentais**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, 188 p.

GREENWALD, A. G. et al. A Unified Theory of Implicit Attitudes, Stereotypes, Self-Esteem, and Self-Concept. **Psychological Review**, 109, p. 3-25, 2002.

GREENWALD, A. G.; MCGHEE, D. E.; SCHWARTZ, J. Measuring Individual Differences in Implicit Cognition: The Implicit Association Test. **Journal of Personality & Social Psychology**, 74, p. 1464-1480, 1998.

GREENWALD, A. G.; NOSEK, B.; BANAJU, M. R. Understanding and Using the Implicit Association Test: I. An Improved Scoring Algorithm. **Journal of Personality and Social Psychology**, 85, p. 197-216, 2003.

HOLMES, David S. **Psicologia dos Transtornos Mentais**. 2ª ed. Porto Alegre: ARTMED S.A., 2001.

HOUWER, J. The Implicit Association Test as a tool for studying dysfunctional associations in psychopathology: strengths and limitations. **Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry**, 2002.

HUNTZ, Claudio S.; NUNES, Henrique S. S. **Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo - EFN**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

JONG, P. Implicit self-esteem and social anxiety: differential self-favouring effects in high and low anxious individuals. **Behaviour Research and Therapy**, 2002

KANFER, F. H.; PHILLIPS, J. S. **Learning foundations of behavior therapy**. New York: John Wiley & Sons, Inc, 1970.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 7ª ed, p. 545-579, 1997.

KEEDWELL, P.; SNAITH, R.P. What do Anxiety Scales Measure? **Acta Psychiatrica Scandinavica**, p.177-180, 1996.

LEWIS, A. Problems Presented by the Ambiguous Word "Anxiety" as Used in Psychopathology. In: **The Later Papers of Sir Aubrey Lewis**. Oxford University Press, 1979.

LILIENFELD, S. O. et al. The scientific status of projective techniques. **Psychological Science in the Public Interest**, 2000.

LOURENÇÃO VAN KOLCK, O. **Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1981.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25. Porto Alegre, 2003.

MURRAY, H. A. **Thematic Apperception Test: Manual**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1943.

MURRAY, H. **Explorations in personality**. Nova York: Oxford University Press, 1938.

MURRAY, H. **TAT – Teste de Apercepção Temática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

NARDI, A. E. Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, p. 331-333, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAPAY, J. P. et al. Effects of trait and state anxiety on the performance of elementary school children in traditional and individualized multi-age classrooms. **Journal of Educational Psychology**, 67, p. 840-846, 1975.

PIOTROWSKI, C. The status of the Beck Anxiety Inventory in contemporary research. **Psychological Reports**, 85, 1999, p. 261-262.

RAPEE, R. M. Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. **Clinical Psychology Review**, 11, p. 419-440, 1991.

RORSCHACH, H. **Psychodiagnostik**. Bonn: Editora Huber, 1921.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes com Medo**: da compreensão à superação. São Paulo: Integrare, 2006.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R.E. **State-Trait Anxiety Inventory manual**. Palo Alto: Consulting Psychologists Press., 1970.

SPIELBERGER, C. D. et al. **Inventário de ansiedade traço-estado - IDATE**. Rio de Janeiro: Cepa, 1979.

STEIN, D.J. Clinical manual of anxiety disorders. **Arlington, American Psychiatric Publishing**, 2004.

TANNER, R.J.; STOPA, L.; HOUWER, J. Implicit views of the self in social anxiety. **Behaviour Research and Therapy**, 2006.

TEACHMAN, B. A., GREGG, A. P.; WOOD, S. R. Implicit associations of fear-relevant stimuli among individuals with snake and spider fears. **Journal of Abnormal Psychology**, 2001.

TEACHMAN, B. A.; SMITH-JANIK, S. B., SAPORITO, J. Information processing biases and panic disorder: relationships among cognitive and symptom measures. **Behaviour Research and Therapy**, 2007.