



CADERNO
MULTIDISCIPLINAR
INNOVE

ANSIEDADE



APRESENTAÇÃO

AGRADECIMENTOS

“Quando a queixa é a Ansiedade...”. É com esse texto, de **Naiara Costa**, que iniciamos as discussões da terceira edição do **Caderno Multidisciplinar Innove**. Como você poderá conferir nas páginas seguintes, o tema Ansiedade está bastante presente nas práticas clínicas da Psicologia e Psiquiatria, porque afeta inúmeras pessoas e compromete suas atividades diárias em diferentes graus. Por esse motivo, é um tema que demanda esforços de diversas áreas do conhecimento, como as neurociências, a nutrição, a psicologia clínica, a medicina e outras, para aumentar a compreensão sobre ele e a consequente possibilidade de intervenção com aqueles indivíduos que apresentam Transtornos de Ansiedade.

Nesta terceira edição do Caderno Multidisciplinar Innove, nossos autores convidados apresentam características dos Transtornos de Ansiedade e explanam a respeito das possibilidades de intervenção, além de trazerem dados de pesquisas recentes a respeito do tema.

Esperamos que esse material seja proveitoso àqueles que buscam compreender o tema Ansiedade e que pretendem atuar de forma a trazer qualidade de vida a seus clientes.

Boa leitura!

Nossos agradecimentos a cada autor que contribuiu para a edição do Caderno Multidisciplinar Innove.

Cynthia Borges de Moura

cynthia-moura@hotmail.com

Eduardo F. Carvalho-Netto

carvalem@gmail.com

Esequias Neto

neto@comportese.com

Juliana Brum Moraes

ju_brum@hotmail.com

Mariana de Toledo Chagas

mtchagas@yahoo.com.br

Naiara Costa

naiara@institutoinnove.com.br

Thanise Pitelli

tha_pitelli@hotmail.com

Vinicius Ferreira Borges

borgesvf@hotmail.com

EQUIPE 
INSTITUTO innove
Análise do Comportamento e Saúde



Annie Wielewicki



Luciano Carneiro



Cíntia Barbizan



Naiara Costa

ANSIEDADE

CADERNO
MULTIDISCIPLINAR
INNOVE

1

editorial



Quando a queixa é Ansiedade...

Psic. Naiara Costa

Psicóloga Clínica (Instituto InnoVe | SEST/SENAT). Especialista em Terapia por Contingências de Reforçamento.

A frequência de clientes que chegam aos consultórios queixando-se de sofrerem, em alguma medida, com estados de ansiedade aumentou significativamente nas últimas décadas. Atualmente, os chamados transtornos de ansiedade afetam aproximadamente 12% da população brasileira (IBGE, 2009), tornando-se um dos líderes nas estatísticas de problemas de saúde mental.

É importante considerar que sentir-se ansioso é parte do repertório comportamental humano, herdado filogeneticamente. Portanto, esta condição emocional é comum a todos em situações nas quais há a apresentação de um estímulo ambiental aversivo ou pré-aversivo, que sinaliza ao organismo uma ameaça em potencial.

Quando algum evento ambiental não identificado, ou então, costumeiramente presente no cotidiano de uma pessoa (ex: uma atividade como dirigir ou falar em público; uma pessoa como o chefe ou ex-namorado, um pensamento catastrófico acerca de doenças ou morte, entre outros) adquire a função de estímulo aversivo, sendo desfavorável ou impossível fugir ou evitá-lo, os sentimentos de ansiedade podem prejudicar o desempenho e o engajamento em atividades diárias e as interações sociais do indivíduo. Assim, as estratégias de intervenção psicoterápicas e/ou medicamentosas tornam-se importantes aliadas para o tratamento do quadro.

O cliente que se sente prejudicado com esta condição emocional busca na psicoterapia, a princípio, uma alternativa para a eliminação imediata do quadro. Nesta condição, comportamentos respondentes (sudorese, taquicardia, respiração ofegante, aumento da pressão arterial, entre

outros) e operantes (choro, tremedeira, pensamentos específicos) se apresentam simultaneamente, podendo variar em intensidade, frequência e duração.

Sentimentos de frustração ou desamparo podem ocorrer quando o psicoterapeuta informa ao cliente que a melhora será fruto de um trabalho em médio prazo e, muitas vezes, esta condição auxilia na desistência do processo psicoterápico em prol de alternativas com promessas imediatistas.

A medicação, em grande parte dos casos, faz parte do sucesso do tratamento. Entretanto, é válido considerar que seu uso exclusivo nem sempre acompanha a resolução do problema. A medicação atua restaurando o organismo biológico e certamente proporciona melhores condições de saúde ao cliente que, dessa forma, consegue se engajar e responder aos procedimentos da terapia. O tratamento combinado traz excelentes resultados e, principalmente, a autonomia do cliente para manejar seus estados emocionais atuais e futuros.

No processo psicoterápico o terapeuta tem condições de mostrar ao cliente que não é o sentimento de ansiedade que causa todas as reações desagradáveis como sudorese, palpitação e tremedeira e que, portanto, não é dele que se precisa fugir ou controlar. Estas reações são produtos da relação entre um evento aversivo antecedente, um conjunto de comportamentos e das consequências seguidas a estes. Será nesta relação que terapeuta e cliente trabalharão, passo a passo.

Algumas estratégias psicoterápicas emergenciais, como o ensino de técnicas de



relaxamento, podem trazer alívio imediato e passageiro ao cliente. Estas podem se configurar como primeiro recurso de trabalho com objetivo maior de levar o cliente a identificar quais são os estímulos presentes no ambiente, que produzem estes comportamentos: como sua história de vida e de interação com o ambiente favoreceram estas relações e quais são os meios mais funcionais de alterá-las. Este aprendizado trará as respostas para a resolução do problema, devolvendo o bem estar ao cliente.

Aos terapeutas e clientes, um bom trabalho!



INSTITUTO innoVe
Análise do Comportamento e Saúde

ATENDIMENTO SUPERVISIONADO EM TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL ADULTO E INFANTIL

PÚBLICO-ALVO: Alunos de psicologia (a partir do 3º ano)
Profissionais de psicologia

FUNCIONAMENTO: Encontros semanais em grupo
Supervisões intercaladas de adultos e crianças

SUPERVISORAS: Annie Wielewicki e Bruna Pitelli (adultos)
Carina Costelini e Naiara Costa (crianças)

ENCONTROS: Toda segunda das 19h15 às 21h

CUSTO MENSAL: R\$70,00 (inscrição - R\$20,00)



Inscrições e informações:

Rua Astorga, 190 | 43 3328-0001 | www.institutoinnove.com.br | inscricoes@institutoinnove.com.br

Início
04.2013



Ansiedade: uma visão neuroanatômica

Eduardo F. Carvalho-Netto

Doutor em Psicobiologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP.

Ao contrário de como frequentemente é relatada pelo senso popular, a ansiedade é um fenômeno onipresente na vida do homem e não, fruto da vida moderna. De fato, relatos de sintomas sugestivos do que hoje chamamos de ansiedade generalizada ou pânico são descritos desde a Antiguidade. No entanto, de acordo com DractueLader (1993), ela só veio ter importância na cultura ocidental a partir do final do século XIX.

A ansiedade é caracterizada como um estado emocional qualificado subjetivamente como não prazeroso e desagradável, acompanhado por sentimentos de apreensão, insegurança e um conjunto de alterações fisiológicas e comportamentais (ver Nutt, 1990). Não é incomum o emprego na literatura do termo ansiedade para situações de antecipação com valor motivacional positivo. Porém, neste caso, tal emprego é considerado por muitos especialistas como um erro conceitual (Bernik, 1999).

Lader (1981) atribui como causa principal deste estado emocional, a antecipação de um perigo iminente e indefinido, porém sem que uma ameaça real seja identificada ou, quando existente, é considerada pelos demais como desproporcional à intensidade da emoção. Contudo, quando nos referimos à ansiedade, podemos também considerá-la como um estado emocional essencial dentro do repertório afetivo humano, uma vez que até determinado grau ela favorece o desempenho em tarefas de natureza motora e cognitiva. Dentro deste contexto, ela é vista como um fenômeno que apresenta claro valor adaptativo. Todavia, quando essa emoção supera níveis considerados adequados e adaptativos, levando ao surgimento de algumas alterações somáticas, comportamentais e

psicológicas persistentes - tais como dor torácica, falta de ar, tontura, aumento da sudorese, taquicardia, aumento da tensão muscular, hipervigilância, dificuldade de concentração, de conciliação do sono, sentimento de apreensão, angústia e incerteza – que comprometem o desempenho funcional do individual nas atividades cotidianas, ela passa a ser considerada uma patologia do sistema de defesa humano, sendo classificada como transtorno de ansiedade (American Psychiatry Association, 2000).

No que diz respeito às origens da ansiedade, Graeff (1990) cita como uma das raízes principais dessa emoção o sentimento de medo, por ser encontrado praticamente em todas as espécies e que tem como função sinalizar e preparar o organismo para situações de ameaça ou perigo. A diferença entre os dois estados emocionais pode ser caracterizada em relação aos estímulos e/ou situações que os desencadeiam, de forma que o medo surgiria diante de situações claras e evidentes de ameaça e perigo, enquanto a ansiedade seria desencadeada por situações nas quais o perigo é apenas potencial, vago e incerto (Blanchard et al., 1988).

Nas últimas décadas, vem ocorrendo um progresso significativo no conhecimento das estruturas e sistemas neuroanatômicos relacionados com os estados de medo e ansiedade. Grande parte do conhecimento atual dos circuitos neurais relacionados a esses estados emocionais provém dos estudos clássicos da neurofisiologia. Os trabalhos pioneiros de Hess e seus seguidores (Hess e Brugger, 1943; Fernandez de Molina e



Hunsperger, 1959) demonstraram que a manipulação experimental (estimulação elétrica) de estruturas encefálicas, hipotálamo medial e a matéria cinzenta periaquedutal– MCP, desencadeava reações de defesa bem estruturadas em animais de laboratório, tais como luta e fuga, acompanhadas de manifestações neurovegetativas, tais como midríase, piloereção, hiperventilação e aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial. Verificaram ainda, que a estimulação da amígdala (AM), estrutura situada sob o córtex temporal, produzia reações de defesa afetiva, perdurando após a cessação do estímulo.

Diante dessas evidências experimentais, juntamente com estudos adicionais, o grupo de pesquisa liderado pelo professor e neurocientista Frederico Graeff (1990), da Universidade de São Paulo, propôs que o hipotálamo medial, a AM e a MCP, um conjunto de estruturas longitudinalmente organizadas e reciprocamente interconectadas, representariam o principal substrato neural para expressão de alterações comportamentais e neurovegetativas em resposta a estímulos aversivos. Esse conjunto foi denominado de sistema cerebral de defesa (SCD).

Quase simultaneamente, os dados experimentais oriundos do laboratório de pesquisa do psicólogo inglês Jeffrey Gray, que apontavam a participação do sistema septo-hipocampal no comportamento defensivo, foram publicados no livro intitulado *Neuropsychology of Anxiety* (1982). De acordo com Gray (1982), o sistema septo-hipocampal seria o principal substrato do sistema de inibição comportamental (SIC). Este sistema responderia a sinais condicionados de punição, estímulos de perigos inatos ou situações novas e sinais de frustração condicionada através da inibição de qualquer comportamento que estivesse sendo realizado pelo animal, juntamente com aumento do nível de vigilância e da atenção.

Posteriormente, Gray e McNaughton (2000)

publicaram a segunda edição do livro *Neuropsychology of Anxiety*, procurando integrar o construto do SIC com o do SCD. Algumas importantes mudanças conceituais foram incluídas nesta última formulação. Dentre elas, a função principal do sistema septo-hipocampal passou a ser detectar os conflitos entre tendências de aproximação e afastamento da fonte de perigo. Em outras palavras, dois sistemas em paralelo seriam ativados, o “sistema cerebral de aproximação” (SCA– representado principalmente pelo estriado ventral e núcleo accumbens), incentivando, por exemplo, a busca de satisfação das necessidades biológicas (reforçadores naturais), como alimento e sexo, e o sistema cerebral de defesa (SCD), gerando tendências de esquiva ou fuga de fontes de perigo inatas ou aprendidas. Nesse caso, o sistema septo-hipocampal detectaria ambas as tendências (aproximação e esquiva) e os comportamentos por ele ativados (inibição comportamental, aumento da vigilância e atenção e avaliação de risco) seriam relacionados ao estado de ansiedade. Por outro lado, quando a fonte de ameaça não induz aproximação e pode ser evitada, as respostas comportamentais (ex. fuga e esquiva ativa), expressadas para afastar o animal do estímulo, seriam relacionadas ao estado de medo.

Em conjunto, os estudos e teorias científicas apresentadas e discutidas na presente revisão evidenciam um complexo circuito neuroanatômico envolvido na modulação das respostas comportamentais relacionadas à ansiedade, composto pelo sistema cerebral de aproximação (SCA), sistema cerebral de defesa (SCD) e sistema inibitório comportamental (SIC). Além de sugerirem, com fundamentação neuroanatômica e comportamental, uma clara distinção entre os estados emocionais de medo e ansiedade.

CURSO MULTIDISCIPLINAR: TÓPICOS EM DESENVOLVIMENTO E TERAPIA INFANTIL



Equipe InnoVe e convidados discutirão os seguintes temas:

Transtornos psiquiátricos na infância
 Transtornos de aprendizagem
 Transtornos alimentares
 Papel dos pais na infância
 Desenvolvimento infantil
 Desenvolvimento atípico
 Desenvolvimento da fala
 Enurese e encoprese
 Abuso sexual
 Bullying



Corpo docente formado por:

Psicólogos, psiquiatra, psicopedagogos,
 fonoaudiólogo e nutricionista

Duração: 06 de março a 10 de julho 2013 (encontros quinzenais)

Valor: 5 parcelas de R\$60,00 (inscrição R\$30)

Local: Instituto InnoVe

Horário: 19h às 20h45, às quartas-feiras



Rua Astorga, 190 | Londrina-Pr | (43) 3328-0001

www.institutoinnove.com.br

inscricoes@institutoinnove.com.br





Lidando com ansiedade e outras emoções na infância

Psic. Cynthia Borges de Moura

Professora na Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Campus de Foz do Iguaçu. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo.

A ansiedade é uma emoção normal do ser humano, extremamente útil, pois nos preserva a vida, fazendo-nos mais cautelosos com perigos eminentes. O problema com a ansiedade começa quando a emoção exacerba-se, apresentando-se em situações nas quais não deveria estar presente, ou pelo menos, não em alta intensidade! Quando coisas boas na vida da criança, como ir a escola, a um passeio, visitar ou receber a visita de um amigo, se tornam motivo de stress e “chiliques”, é sinal de que algo está errado. Talvez seja o momento de uma consulta profissional.

A ansiedade na infância pode ser tratada por meio de orientação aos pais, de psicoterapia da criança, e de medicação específica, quando o quadro justificar. Mas é perfeitamente possível que a criança aprenda a conviver com a ansiedade, e ao fazê-lo tenha sua ansiedade diminuída – e é isso que vai fazer toda a diferença na hora de reconhecer que nem tudo precisa ser motivo de preocupação o tempo todo. Em algum momento da vida, cada um de nós vai ter a sensação de que não vai dar conta das coisas. Não existe quem nunca tenha sofrido com a ansiedade. E, acredite se quiser, isso pode ser bom.

O atendimento clínico a crianças e mesmo a adultos tem mostrado que alguns tipos de relações familiares podem desencadear ou facilitar o desenvolvimento de alguns problemas ligados à ansiedade. Mudanças culturais trouxeram mudanças no comportamento dos pais e conseqüentemente dos filhos. Nem tudo que era perigoso continua sendo, e coisas que não eram perigosas passaram a ser. Reações exacerbadas das crianças podem ser fruto da preocupação excessiva e muitas vezes infundadas, dos pais com coisas ruins que podem

acontecer. Outras condições como punição frequente e inconsistente, comparações sistemáticas entre irmãos, excesso de mudanças, comunicação ambígua e suporte afetivo escasso estão relacionados ao desenvolvimento de quadros de ansiedade, especialmente entre crianças.

Nos últimos anos, vários investigadores têm-se dedicado ao estudo das emoções no desenvolvimento e ajustamento da criança (Melo, 2005). A literatura tem relacionado o repertório de expressividade emocional tanto à competência social das crianças, quanto a condições clínicas infantis, no caso de déficits nesta habilidade. No trabalho clínico, as habilidades de expressividade emocional, muitas vezes, necessitam ser diretamente ensinadas e treinadas. A expressividade emocional inclui a identificação e comunicação honesta dos sentimentos e suas variações, como amor, alegria, aborrecimento, admiração, ciúmes, curiosidade, raiva, dor, remorso, medo e tristeza. Identificar e expressar sentimentos pode ajudar as crianças ansiosas a “brincar” com suas emoções, enquanto aprende como lidar com elas.

O jogo “Quase morri de Raiva!” (Terapia Criativa, 2011) é uma estratégia lúdico-terapêutica, elaborada para a identificação, nomeação e expressão verbal apropriada de emoções e sentimentos a partir de situações pictóricas (coisas e lugares) para a crianças entre 6 e 14 anos. O material é composto por 35 cartões “sentimentos”, 35 cartões “coisas” e 35 cartões “lugares”, e pode ser usado tanto no contexto clínico diádico (criança e terapeuta), quanto em terapia de grupo. Há cinco



formas de uso: 1) relato sentimento/ coisas ou sentimento/ lugares em forma de jogo da memória ou livre escolha das cartas; 2) mímica dos sentimentos; 3) história emocionante; 4) “como eu me sinto?”; e 5) termômetro das emoções. É um material “multifuncional”, que pode ser adaptado às demandas de cada cliente, e a vários tipos de dificuldades, como as queixas ansiosas.

Os pais também podem participar das sessões e aprender a expressar suas preocupações de forma mais assertiva, sem privar a criança de experimentar coisas novas e descobrir por si mesma, os cuidados que deve tomar na ausência dos pais.

O estudo da relação entre emoções e ajustamento das crianças tem mostrado que intervenções na área da expressividade emocional apresentam vantagens tanto na prevenção, como no tratamento de problemas psicológicos infantis. Outros recursos terapêuticos, além do acima exposto, podem não apenas ajudar as crianças a nomear, diferenciar e expressar apropriadamente suas emoções, mas também a compreender as emoções dos outros, e desenvolver competência emocional. Isso pode diminuir a incidência de problemas advindos da falta de habilidade de lidar com as emoções normais da vida e da infância, como a ansiedade.



Humor



Por Giovana Del Prette. Reprodução autorizada. Texto adaptado para língua portuguesa.



Uma introdução às expressões faciais

Vinícius Ferreira Borges

Aluno/pesquisador do programa de Mestrado em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de

Faz parte do conhecimento popular que as pessoas são capazes de comunicar suas emoções através de gestos e expressões faciais sem, necessariamente, terem que recorrer ao uso da fala ou da linguagem. Esse fenômeno pode ser facilmente observado nas interações que as pessoas estabelecem entre si. Por exemplo, é comum concluir que pessoas trocando carícias e sorrindo uma para a outra estejam experimentando emoções positivas relacionadas ao prazer; ou mesmo que pessoas gritando, com os punhos levantados e sobrancelhas franzidas estejam experimentando emoções negativas, associadas à raiva. A expressão da emoção acabou atraindo o interesse dos cientistas e, nos últimos anos, o tema vem sendo estudado de maneira ampla e sistemática. O presente texto tem o objetivo de apresentar resumidamente importantes descobertas científicas no campo da expressão facial da emoção e algumas de suas aplicações.

A natureza das expressões faciais

Seria a expressão facial da emoção um comportamento inato e universal (comum para todas as pessoas e povos) ou seria ela algo aprendido socialmente e variável de acordo com a cultura? Essa talvez tenha sido a primeira grande questão surgida no campo de estudo da expressão emocional e Charles Darwin foi o primeiro cientista a tentar respondê-la. Ele investigou a expressão das emoções em animais e seres humanos e sugeriu com base em evidências experimentais que as expressões faciais são de fato universais (Darwin, 1872/1998).

A hipótese de Darwin sofreu forte oposição,

porém estudos posteriores (Ekman, 1972; Ekman & Friesen, 1971; Izard, 1971) demonstraram quais características do comportamento facial são inatas e quais são variáveis de acordo com a cultura. Foi esclarecido que a topografia facial (aparência) de algumas emoções é universal, porém as pessoas podem ser ensinadas sobre como exibir (ou controlar) suas expressões faciais em contextos específicos, de acordo com as regras de cada cultura (Ekman & Friesen, 2003).

Os resultados de um importante estudo (Ekman, 1972) revelaram que, durante a apresentação de estímulos aversivos (cenas de acidentes e cirurgias), participantes japoneses e norte-americanos emitiram expressões faciais de nojo praticamente idênticas quando estavam sozinhos no ambiente. Porém, quando estavam na presença de outras pessoas, os japoneses mascararam a expressão de nojo (normalmente apresentando um “sorriso social”) com mais frequência do que os norte-americanos. Esse estudo foi o primeiro a demonstrar que o comportamento facial possui traços universais e culturais.

Atualmente, o questionamento acerca da natureza das expressões faciais parece já ter sido completamente esclarecido, conforme explicado anteriormente. Não obstante, a expressão facial, considerada como um tipo de comportamento, também poderia ser encaixada no paradigma de Skinner (1981) e ser vista como produto da filogênese, da ontogênese e da cultura. Em outras palavras, o comportamento facial seria composto por (1) características inatas derivadas da seleção natural; (2) características aprendidas a partir das



consequências da interação do indivíduo com seu ambiente; e (3) características determinadas por regras culturais de exibição das expressões em situações específicas.

É fácil entender essa ideia pensando no processo de aprendizagem de novos comportamentos de um indivíduo ao longo da vida. Para garantir sua sobrevivência, um recém-nascido é capaz de comunicar seu estado interno a seus cuidadores por meio da exibição de expressões faciais inatas básicas que indicam prazer, desagrado, desconforto, dor, medo, susto, etc. O repertório de expressões faciais da criança é ampliado por meio da aprendizagem de normas de conduta em várias situações. Por exemplo, é ensinado à criança modos polidos de se comportar à mesa, de cumprimentar e se relacionar com outras pessoas. Expressões faciais mais elaboradas também são adquiridas por meio das consequências da interação social, que, por sua vez, tendem a ser mais complexas a partir da adolescência na medida em que o contato social do indivíduo também aumenta. Para exemplificar, basta pensar nas vezes em que, para evitar consequências desagradáveis, você precisou fingir que gostava da comida quando jantava na casa de outra pessoa; ou quando você “engoliu o choro” para não demonstrar fragilidade a alguém; e até mesmo quando controlou a raiva pelo seu chefe.

As expressões faciais universais

Nos últimos anos, pesquisadores conseguiram determinar padrões faciais universais para sete emoções básicas: alegria, tristeza, raiva, medo, surpresa, nojo e desprezo.

O método mais utilizado para a determinação desses padrões faciais universais da emoção envolve a apresentação de fotografias de expressões faciais de diferentes pessoas, seguida da apreciação e nomeação dessas expressões por parte de observadores. O consenso entre as respostas dos observadores é, então, analisado para determinar quais configurações faciais são

universais. É provável que existam outros padrões faciais relacionados às emoções, basta que eles sejam verificados experimentalmente e aceitos consensualmente pela comunidade científica (Ekman&Friesen, 2003).

A suposta nova expressão facial de ansiedade

Pesquisas realizadas com modelos animais sugeriram que medo e ansiedade são emoções funcionalmente diferentes uma da outra, com base no comportamento dos roedores frente a ameaças claras ou potenciais. Dessa forma, o medo foi visto como a emoção que acompanha o comportamento de fuga quando os roedores estão frente a uma ameaça clara, por exemplo, um predador. A ansiedade, por sua vez, foi percebida como a emoção associada ao comportamento de avaliação de risco do roedor (checagem cautelosa do ambiente) perante a suspeita de uma ameaça, como por exemplo, o cheiro de um predador (Blanchard&Blanchard, 2008; Blanchard, Blanchard&Rodgers, 1991).

Inspirado por essas pesquisas com roedores, um estudo recente (Perkins, Inchley-Mort, Pickering, Corr, & Burgess, 2012) utilizou a expressão facial como elemento básico para testar a validade da explicação da ansiedade como componente emocional do comportamento de avaliação de risco para os seres humanos. Como consequência, foram encontradas fortes evidências que colocariam a expressão facial de ansiedade entre as emoções universais. Houve consenso entre os observadores de que a expressão facial de medo é topograficamente diferente da expressão facial de ansiedade. O comportamento de avaliação de risco típico da ansiedade pôde ser percebido pelo movimento dos olhos durante a varredura ambiental a procura do perigo no contexto de ameaça potencial. A Figura 1 apresenta esquematicamente a configuração das sete expressões faciais universais, além da configuração da suposta nova expressão facial de ansiedade.

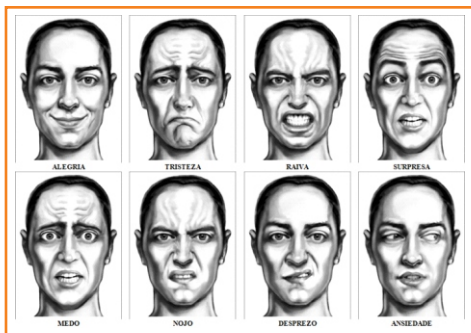


Figura 1. Imagens de caráter meramente ilustrativo extraídas do site "ARTNATOMY"

A identificação das emoções

A face humana é um sistema complexo que fornece vários tipos de sinais e mensagens. Os sinais podem ser estáticos (características mais ou menos permanentes, como a cor da pele e formato do rosto), lentos (mudanças na aparência que ocorrem ao longo dos anos, como o aparecimento de rugas, alteração de tônus muscular textura da pele) e rápidos (movimentos musculares que alteram a aparência facial em uma fração de segundo, como o levantar das sobrancelhas e o apertar dos lábios). Já as mensagens podem transmitir informações sobre emoções, humor, temperamento, atratividade, idade, sexo, raça, entre outras (Ekman&Friesen, 2003).

Para conseguir decifrar a emoção, é preciso estar atento aos sinais corretos, bem como ser capaz de diferenciá-la das outras mensagens transmitidas pela face. É importante notar que mensagens emocionais não são transmitidas por sinais estáticos e lentos, porém tais sinais podem afetar a percepção. Em outras palavras, o fato de uma pessoa ser jovem ou idosa, gorda ou magra, caucasiana ou oriental, homem ou mulher não indica se ela está alegre ou triste ou com raiva, mas prestar atenção em demasia nessas características pode atrapalhar a correta identificação da emoção (Ekman&Friesen, 2003). A correta interpretação das mensagens transmitidas pelas expressões faciais requer treinamento e, sobretudo, que as pessoas prestem mais atenção na face uma das outras.

Considerações finais

As emoções podem substituir o que muitos estudiosos consideram os motivos mais poderosos e fundamentais que conduzem nossas vidas: fome, sexo e o impulso de sobrevivência. Dessa forma, algumas pessoas podem se recusar a comer se tiverem nojo da única fonte de alimento disponível. Outros podem evitar o contato sexual devido ao medo, ansiedade, nojo, entre outras emoções. Por fim, a desesperança pode motivar o suicídio. Ou seja, algumas emoções podem triunfar sobre a fome, o sexo e a própria vida (Ekman, 2003).

Em meio a uma sociedade em que as pessoas podem ser aclamadas, absolvidas ou declaradas culpadas em função do que elas dizem (e que por esse motivo mentem), aquele que compreende o não dito também é capaz entender o que a maioria não percebe. Ser capaz de identificar as emoções de outras pessoas a partir das expressões faciais e analisá-las de modo contextual significa ter acesso a informações importantes que podem melhorar expressivamente a qualidade das relações interpessoais na família, entre os amigos, no trabalho e em negócios futuros.

A análise das expressões faciais pode e deve ser utilizadas em contextos como o da saúde, justiça e educação. Pense em quão eficaz seria um diagnóstico clínico se os profissionais de saúde fossem capazes de identificar facilmente diferentes tipos de dores ou emoções através da expressão facial dos pacientes. Laudos e pareceres judiciais sobre a condição emocional de detentos e a possibilidade de sua reinserção social poderiam ser confeccionados com mais precisão. Não obstante, o cunho emocional dos problemas de aprendizagem em alunos poderia ser identificado mais facilmente pelos educadores. Em suma, desenvolver a capacidade de identificar e analisar expressões faciais é algo importante para o desenvolvimento de relações mais saudáveis e produtivas em diversos segmentos da sociedade.



Efeitos da alimentação na ansiedade

Nutr. Thanise Pitelli

Mestranda em Ciência de Alimentos pela Universidade Estadual de Londrina

Para executar funções básicas, o cérebro requer duas substâncias: oxigênio e glicose. No entanto, muitos outros nutrientes também são necessários para o desenvolvimento do pensamento, da memória, do controle de saciedade e privação, e de outras funções superiores do cérebro.

A ansiedade afeta diversos órgãos do corpo, podendo gerar taquicardia, dor de estômago e até cólon irritável (patologia onde se alterna prisão de ventre e diarreia) e pode ser agravada em dietas de emagrecimento desequilibradas, no qual há menor ingestão de carboidratos, vitaminas e minerais, nutrientes estes necessários para o bom funcionamento do sistema nervoso.

Além disso, o consumo de bebidas alcoólicas ou estimulantes - principalmente as que contêm cafeína em sua composição - e o fumo podem aliviar momentaneamente a ansiedade. Porém, uma vez passado o efeito, a ansiedade costuma reaparecer com maior intensidade. Além disso, por se tratar de drogas que causam dependência neuroquímica, todas deterioram o sistema nervoso.

Dessa forma, deve-se reduzir o consumo de bebidas estimulantes como café e chá preto, bebidas alcoólicas e a ingestão de carnes vermelhas.

As vitaminas do complexo B são as que mais influem no bom funcionamento do cérebro e do sistema nervoso. A carência de vitamina B1, por exemplo, produz irritabilidade nervosa e depressão e a falta de B6, nervosismo.

Os minerais afetam diretamente a atividade dos neurônios. Assim, a carência de magnésio pode produzir ansiedade, sendo importante consumir os seguintes alimentos, fontes desse mineral: aveia, arroz integral, tofu, milho, lentilha, oleaginosas como

pistache, avelãs e amêndoas, vegetais folhosos verdes escuros e semente de abóbora.

Deve-se aumentar o consumo de cereais integrais e gérmen de trigo, já que fornecem carboidratos complexos e vitaminas do complexo B, necessários para o equilíbrio do sistema nervoso. Os ácidos graxos insaturados presentes nas frutas secas também são necessários para o desenvolvimento do sistema nervoso, principalmente das crianças.

Portanto, fique atento! A alimentação pode auxiliar positivamente nos estados de ansiedade, evitando que esta atrapalhe seu dia-a-dia.



Quer saber mais?

Envie suas dúvidas sobre esse e outros temas para

contato@institutoinnove.com.br

Será um prazer respondê-lo



Déficits comportamentais no Transtorno de Ansiedade Social

Psic. Esequias Neto

Cursa especialização em Psicologia Clínica e em Gestão Empresarial e de Pessoas. É presidente do Comporte-se: Psicologia Científica e Sócio do Instituto Crescer, em Patos de Minas/MG

A literatura Analítico-Comportamental define ansiedade como uma resposta emocional resultante da apresentação de um estímulo que antecede um estímulo aversivo, com efeitos no comportamento publicamente observável e privado do organismo e que pode se apresentar de forma generalizada ou circunscrita.

A Ansiedade Generalizada caracteriza-se pela ocorrência destas respostas em função de uma grande variedade de situações do cotidiano. Quanto maior a variedade de situações, mais provável se torna um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada. A Ansiedade Circunscrita, por sua vez, diz respeito à ocorrência dessas respostas em função de situações específicas e mais ou menos bem delimitadas, como a aproximação do horário de uma prova ou do local de trabalho.

Tanto a Ansiedade Generalizada quanto a Circunscrita são consideradas problemáticas apenas quando acarretam prejuízos profissionais, acadêmicos, sociais ou pessoais, de qualquer espécie, ao indivíduo. Nestes casos, muito provavelmente existe uma demanda clínica, diagnosticável segundo os critérios do DSM IV – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais ou do CID 10 – Código Internacional de Doenças. Dentre as várias possibilidades de apresentação desta demanda, falaremos do Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também conhecido como Fobia Social. Mais especificamente, abordaremos os déficits de habilidades sociais mais comuns na população que recebe este diagnóstico.

Conforme os critérios do DSM-IV, indivíduos diagnosticados com o Transtorno de Ansiedade Social (TAS) apresentam um temor irracional de

serem vistos se comportando de forma humilhante ou embaraçosa – pela demonstração de ansiedade ou desempenho inadequado – e de conseqüente desaprovação ou rejeição por parte dos demais. O diagnóstico deve ainda excluir outras possibilidades, como uma simples timidez, Agorafobia, Pânico ou uma condição médica geral.

Para estes indivíduos, as situações sociais funcionam como o estímulo que antevê a apresentação de um aversivo, como uma possível avaliação negativa ou rejeição de outrem. Alguns estudos demonstram que esta avaliação negativa raramente acontece, ainda que os outros sejam capazes de perceber algum incômodo ou desconforto na pessoa ansiosa.

As Habilidades Sociais

Habilidades Sociais são definidas como diferentes classes de comportamentos existentes no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações sociais. O conceito, porém, abrange apenas o aspecto descritivo das habilidades sociais. Um indivíduo socialmente hábil não é capaz, necessariamente, de demonstrar competência social em uma situação social. O conceito utilizado para se referir a esta capacidade é Competência Social.

As Habilidades Sociais devem ser consideradas dentro de um contexto situacional, que abrange antecedentes e conseqüências para determinados comportamentos, regras e valores morais que dizem o que é aceito e o que é proibido em



cada ocasião e o repertório dos interlocutores nas interações sociais. Para dar um exemplo, imagine Josef, um jovem que adora viajar. Como um bom brasileiro, Josef aprendeu a cumprimentar pessoas do sexo oposto com dois beijos no rosto. Viajando para o Paquistão, descobre que este comportamento é considerado extremamente invasivo e desrespeitoso por lá.

A avaliação das Habilidades Sociais deve levar em conta ainda dois níveis de interpretação: o nível molar e o nível molecular. O nível molar corresponde a habilidades globais, como expressão de sentimentos, falar em público, liderar grupos e lidar com críticas; enquanto o nível molecular corresponde às habilidades componentes, como fazer perguntas, volume da voz, contato visual, velocidade da fala, entre outras.

Existem também diferentes tipos de déficits que um indivíduo pode apresentar. São eles o Déficit de Aquisição, quando o indivíduo não possui uma habilidade específica em seu repertório; o Déficit de Desempenho, quando o indivíduo possui a habilidade, mas sua ocorrência é em frequência inferior à adequada diante das demandas do ambiente e o Déficit de Fluência, quando a habilidade ocorre com fluência inferior à adequada para as demandas sociais.

Fobia Social e Habilidades Sociais

A literatura proveniente da clínica e da pesquisa sobre Fobia Social aponta a existência de dois subtipos do Transtorno: o generalizado e o específico. Não existe consenso sobre que características diferenciam um do outro, mas muitos autores concordam quanto ao tipo de situação social mais provavelmente evitada pelos indivíduos diagnosticados com cada um deles e, conseqüentemente, quais são seus repertórios deficitários.

Indivíduos diagnosticados com Fobia Social Generalizada tendem a evitar situações de interação social cara a cara, mais comuns no dia a dia. Geralmente apresentam déficits nas habilidades de iniciar, manter e encerrar conversações com conhecidos e desconhecidos; fazer e receber críticas e elogios; pedir favores; lidar com chacotas; entre outras. Demonstram maiores níveis de ansiedade frente a situações sociais, maior latência de resposta nestes contextos e maior probabilidade de responderem em função da própria ansiedade em detrimento dos estímulos da interação social. Em geral são solteiros e mais frequentemente estão desempregados quando comparados a indivíduos diagnosticados com TAS Específico. O nível de comprometimento destas pessoas é maior e o transtorno se desenvolve de forma mais precoce.

Indivíduos diagnosticados com TAS Específico, por sua vez, tendem a evitar principalmente situações de exposição pública, como apresentação de trabalhos ou contextos semelhantes. Geralmente apresentam déficits nas habilidades de falar a um público conhecido ou desconhecido, discordar de autoridades em reuniões, discordar do grupo, defender outrem em grupo, entre outras associadas.

Diversos estudos indicam que indivíduos diagnosticados com TAS Generalizado geralmente vêm de lares com pais superprotetores, menos calorosos, mais isolados socialmente e mais restritivos no que diz respeito a permitir a exposição dos filhos a situações sociais. Dada a falta de modelo e de condições necessárias para aprendizagem, estas pessoas geralmente não têm oportunidade de desenvolver um repertório socialmente hábil, gerando os referidos Déficit de Aquisição.

Alguns autores defendem que nem todos os



fóbicos sociais possuem déficits significativos em seu repertório de Habilidades Sociais, ainda que não demonstrem uma boa competência social. Nestes casos, os repertórios de comunicação e de percepção interpessoal são suprimidos por níveis elevados de ansiedade, impedindo uma boa fluência verbal e uma boa discriminação de que comportamentos são ou não adequados, o que caracteriza Déficit de Desempenho ou Fluência.

É importante frisar que tanto o Transtorno de Ansiedade Social quanto as Habilidades Sociais são repertórios aprendidos ao longo da história de vida do indivíduo. Neste sentido, cabe dizer que o atendimento a esta população não deve se voltar exclusivamente à descrição de seu repertório, mas especialmente a análise das contingências históricas que contribuíram para o desenvolvimento dos padrões inadequados. Quem tiver interesse pode ler mais sobre o tema nos artigos produzidos pela equipe do Laboratório de Habilidades Sociais e Interação Social da UFSCar, dirigido pelos professores Drs. Almir e Zilda Del Prette. Boa leitura a todos!



Conheça nosso espaço



Conheça mais em www.institutoinove.com.br



Avaliação psiquiátrica de transtornos de ansiedade

Psiqu. Juliana Brum

Média Psiquiatra pela Universidade Estadual de Londrina. Realiza atendimentos no CAPS em Apucarana/PR e também em consultório próprio em Londrina/PR

Um grau mínimo de ansiedade é proveitoso para o ser humano na medida em que o estimula a se esforçar, a desempenhar sua função da melhor forma possível e evitar situações de risco. Porém, após um determinado limiar, o nível de ansiedade passa a ser contraproducente, paralisando e incapacitando. Desta forma, o critério de gravidade da ansiedade direciona se há necessidade de tratamento e se ele deve ser mais agressivo ou conservador.

Um vestibulando que fique ansioso para saber se conseguirá ou não ingressar na faculdade apresenta um comportamento extremamente normal e esperado para a situação em que se encontra. Já um aluno que nunca dorme na véspera de suas provas e com isso piora muito seu desempenho em suas avaliações, provavelmente precisará de algum tipo de ajuda – medicamentosa ou não.

Os quadros de ansiedade possuem uma estreita relação com sintomas somáticos, ou seja, além do relato de angústia, preocupação e medo excessivos, pode-se observar alterações de pressão arterial, taquicardia, cefaleia, alterações de sono e apetite, redução do limiar de dor. Por isso mesmo, é bastante comum a procura por um clínico geral na investigação de uma dor de estômago ou hipertensão arterial de difícil controle, quando na verdade a ansiedade é a causadora do mal-estar físico.

Da mesma forma, doenças não-psiquiátricas podem mimetizar sintomas ansiosos e o médico psiquiatra precisa estar atento para investigar tais condições (p. ex. epilepsia de lobo temporal, feocromocitoma, esclerose múltipla, e muitas outras). O uso de substâncias estimulantes do Sistema Nervoso Central, como cocaína, anfetamina, cafeína, além de medicamentos como pseudoefedrina e

agonistas adrenérgicos, também possuem caráter ansiogênico e seu uso deve ser questionado.

Dentre os transtornos de ansiedade podemos encontrar uma gama bastante ampla de sintomas, variando desde uma fobia simples, até sintomas obsessivos e compulsivos. É necessário avaliar o impacto desses sintomas na vida do indivíduo, se há prejuízo laboral, em seu relacionamento com familiares, amigos e prejuízos sociais de forma geral.

Somente uma avaliação cuidadosa e individualizada de cada caso permite um diagnóstico acurado e delineamento de plano de tratamento correto. A avaliação psiquiátrica de sintomas ansiosos possui como principal elemento a entrevista com o paciente, na qual são investigadas a história de vida, histórico familiar relacionado à ansiedade, nível de estresse atual na rotina do paciente, entre outras.

A orientação quanto ao quadro clínico, inclusive o caráter relativamente benigno dos sintomas somáticos, e resposta esperada no tratamento são fundamentais para o sucesso terapêutico.

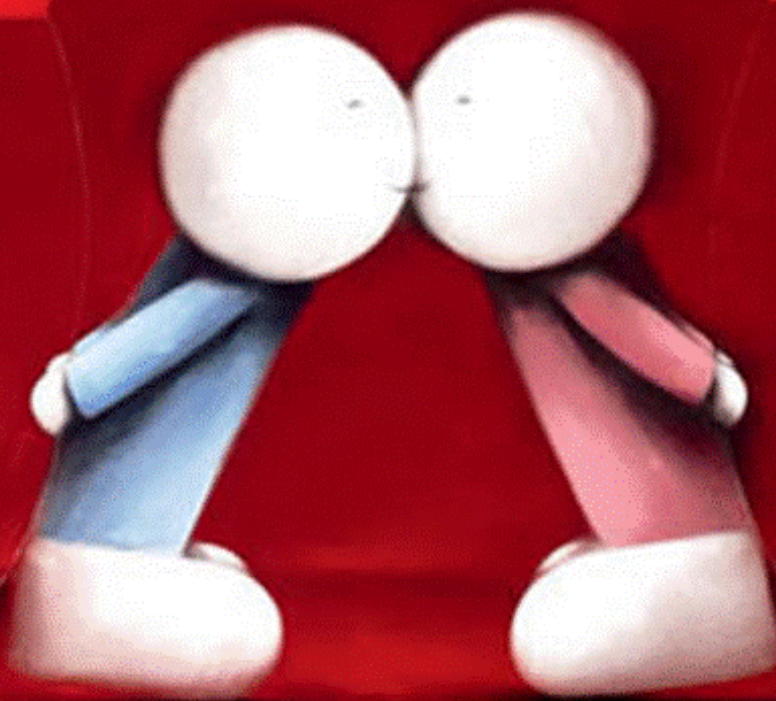


**GRUPO DE ESTUDOS E INTERVENÇÃO
EM TERAPIA DE CASAL**

2x por mês
19h30-21h30

**INICIO EM
27 DE MARÇO**

R\$15,00
inscrição
R\$80,00
mensal.



INSTITUTO INNOVE

Análise do Comportamento e Saúde

Fundamentos teóricos;
Instrumentos de avaliação;
Modelos de intervenção;
Planejamento de intervenção;
Supervisão de casos

Rua Astorga, 190 | (43) 3328-0001
| contato@institutoinnove.com.br |
www.institutoinnove.com.br
www.facebook.com/institutoinnove



O uso da Terapia de Aceitação e Compromisso do tratamento dos Transtornos de Ansiedade

Psic. Mariana de Toledo Chagas

Psicóloga Clínica e Mestranda em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina.

Apesar de estar se mostrando bastante efetiva para o tratamento de diversos problemas psicológicos, a história da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT – lê-se “act”) está intimamente ligada aos transtornos de ansiedade. Isso porque seu criador, o psicólogo Steven Hayes, sofreu por anos de Transtorno do Pânico. Após tentar vários tratamentos pouco eficazes e ter contato com preceitos da filosofia budista, Hayes desenvolveu essa modalidade terapêutica, cujo foco está em eventos privados, como pensamentos, sentimentos e lembranças (Hayes, 2006).

O objetivo central da ACT é diminuir a denominada Esquiva Experiencial. Esse padrão ocorre quando a pessoa busca evitar ter contato com pensamentos, sentimentos, lembranças, entre outros, considerados por ela ruins. Nos transtornos de ansiedade, isso pode se manifestar de diversas formas (Blackledge & Hayes, 2001). O indivíduo com Transtorno do Pânico pode passar a evitar lugares ou situações para não sentir as sensações desagradáveis do ataque de pânico. Nos casos com Agorafobia, o paciente deixa de frequentar locais com muitas pessoas desconhecidas, por exemplo, para não entrar em contato com sentimentos como a vergonha de ter um ataque em público ou o medo de não ser socorrido, caso passe mal. Indivíduos com Transtorno de Estresse Pós-Traumático evitam situações, lugares e pessoas relacionadas ao trauma vivenciado, o que muitas vezes os poupa de lembranças indesejadas. No Transtorno Obsessivo Compulsivo, os comportamentos ritualísticos apresentados pelo paciente produzem uma

diminuição nos pensamentos obsessivos e trazem a sensação de alívio.

Segundo Hayes & Smith (2005), a alternativa à Esquiva Experiencial é a aceitação e esse é o primeiro ponto importante da ACT. No entanto, a aceitação não deve ser compreendida como uma resposta de passividade ou conformidade. Pelo contrário, aceitar é ação. É se permitir sentir os próprios sentimentos, pensar os pensamentos de maneira plena, sem julgamentos. É perceber todas as sensações produzidas nos momentos de ansiedade, sem tentar evitá-las.

Algumas pessoas podem se questionar: mas não faz parte da própria natureza humana buscar não ter contato com experiências desagradáveis e produzir alívio? O problema é que, ao tentar se livrar da própria ansiedade, os indivíduos se privam de ter contato com inúmeras situações cotidianas. A longo prazo, isso traz mais sofrimento, pois os impede de estarem abertos a novas experiências, oportunidades, relacionamentos, entre outros, que poderiam proporcionar prazer e bem-estar (Hayes & Smith, 2005).

Ficar sob controle apenas dos próprios pensamentos e sentimentos nos impede de buscar a verdadeira felicidade, pois deixamos de ir atrás de nossos valores, daquilo que realmente é importante para nossas vidas. Este é o segundo ponto da ACT. Não basta aceitar os eventos privados considerados desagradáveis, mas é preciso se comprometer com uma vida de valores. O compromisso é mais do que uma promessa ou juramento. Se comprometer



também é ação. O foco central da ACT é fazer com que cada paciente aja em direção daquilo que o faz realmente feliz (Hayes & Smith, 2005).

Para atingir esses objetivos, são utilizados exercícios práticos, técnicas diversas e metáforas na condução da ACT. Hayes (1987) propõe ainda o estabelecimento de algumas metas que podem ser arranjadas de acordo com a sequência do tratamento terapêutico.

Na primeira meta, busca-se estabelecer um estado de desesperança criativo. Isso equivale a dizer que pacientes geralmente chegarão à terapia relatando que a ansiedade atrapalha suas vidas e que, portanto, não querem mais senti-la ou querem controlá-la. O papel do terapeuta é mostrar ao paciente que isso é o que ele já vem tentando fazer em seu cotidiano, sem resultados. Assim, o terapeuta deixa claro que não vai ajudar o paciente a se livrar da ansiedade – desesperança –, mas que existem outras formas de lidar com esse sentimento que podem ser aprendidas na terapia – criatividade (Hayes, 1987).

A segunda meta é chamada por Hayes (1987) de “O problema é o controle”. O objetivo aqui é mostrar ao paciente que quanto mais ele busca controlar ou não sentir a ansiedade, mais fica sob o controle dela. É como pedir para alguém não pensar num elefante cor-de-rosa. Ao se tentar não pensar, já se pensou!

A meta três tem como foco ensinar o paciente a distinguir sua pessoa de seus comportamentos. Alguns pacientes que procuram ajuda são rotulados e até mesmo rotulam-se com seus problemas. Dizem: “eu sou ansioso!”. Cabe ao terapeuta mostrar ao paciente que ele tem comportamentos de sentir ansiedade, de ter pensamentos ansiosos, etc. Isso ajuda o paciente a perceber que ele não se resume ao transtorno, mas que é apenas o contexto em que todas essas experiências ocorrem (Hayes, 1987).

Na quarta meta, o terapeuta ajuda o paciente a permitir que a luta pare. Nesse caso, a luta é contra a própria ansiedade. Muitas vezes, o paciente faz

relatos do tipo “gostaria de visitar meu filho, mas fico ansioso em aviões”. Esse tipo de afirmação sugere uma incompatibilidade entre sentir ansiedade e estar em um avião. O terapeuta pode auxiliar o paciente a perceber que a ansiedade é apenas uma parte de suas experiências quando está em um avião e que ela não o impede de agir (Hayes, 1987).

A última meta tem como objetivo fazer com que o paciente assuma um compromisso de ação, empreendendo ações diretivas que visem seu bem-estar e qualidade de vida. No caso citado acima, pode-se levar o paciente a refletir o quanto sua ansiedade está atrapalhando no relacionamento com seu filho, impedindo-o de ser o pai que gostaria de ser (Hayes, 1987).

Cabe ressaltar que a estrutura sugerida para condução da ACT não deve ser tomada como rígida ou como a mera aplicação de técnicas que levariam a uma melhora superficial do paciente. Pelo contrário, ao se avaliar as mudanças de comportamento que devem ser promovidas durante o tratamento, devem ser levadas em conta, em primeiro lugar, as consequências do padrão comportamental de cada pessoa. Assim, não basta se atentar para a forma que determinado paciente manifesta sua ansiedade, sendo necessário compreender todos os efeitos que o transtorno traz para sua vida.

Por fim, gostaria de fazer uma consideração pessoal: como terapeuta da ACT (extremamente ansiosa), percebo que minha atuação se tornou muito mais consistente quando a aceitação e o compromisso com valores passou a fazer parte de minha própria vida. A ACT proporciona uma experiência enriquecedora e profunda, mas por vezes sua complexidade exige que seja vivenciada para ser compreendida. Não utilize a ACT apenas como conselhos ou instruções para seus pacientes. Pelo contrário, mostre-lhes como ficar sensível a outros aspectos relevantes de suas vidas, enquanto as estão vivendo.



ARTIGOS

Angélico, A. P. (2009). Transtorno de Ansiedade Social e Habilidades Sociais: estudo psicométrico e empírico. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, *Universidade de São Paulo*, Ribeirão Preto, São Paulo,.

Antunes, R. A. R. (2008). Ansiedade, depressão, stress, e comportamento alimentar na infância. *Instituto Superior de Psicologia Aplicada*, .

Bernik, A . M., (1999). Ansiedade normal e patológica: diferenças entre classes. In: Bernick, M.A. (eds) *Benzodiazepínicos - Quatro décadas de experiência*, Edusp, São Paulo, pp69-77.

Banaco, R. A. e Zamignani, D. R.(2004). An analytical-behavioral panorama on the anxiety disorders. Em: T. C. C. Grassi (org) *Contemporary challenges in the behavioral approach: a Brazilian overview*. Santo André: ESETEC.

Coêlho, Nilzabeth Leite, & Tourinho, Emmanuel Zagury. (2008). O conceito de ansiedade na análise do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 171-178.

Darwin, C. (1998). *The expression of the emotions in man and animals* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

Dractu L. & Lader M.(1993). Ansiedade: conceito, classificação e biologia. Uma interpretação contemporânea da literatura. *J. Bras. Psiq.* 42:19-32,.

Ekman, P. (1972). Universals and cultural differences in facial expression of emotion. In: J. Cole (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 207-283). Lincoln: University of Nebraska Press.

Friman, P. C.; Hayes, S. C.; Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: the example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156.

Matos, M. I. R. et al. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 24, n. 4, São Paulo.

Melo, A. I. M. T. (2005). Emoções no período escolar: estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança. Dissertação de Mestrado. *Universidade do Minho*, Portugal.

Moura, C.B. (2011). Quase morri de Raiva!. Identificação de sentimentos e expressividade emocional. Foz do Iguaçu: *Terapia Criativa*. www.terapiacriativa.com.br



Sites

Amban – Programa Ansiedade IP USP

<http://www.amban.org.br/>

Aporta – Associação dos portadores de ansiedade

<http://www.aporta.org.br/>

Adaa- Anxiety and depression association of America

<http://www.adaa.org/>

NIMH – National Institute of Mental Health

<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>

Instrumento de Avaliação

Escalas Beck de Ansiedade. 2001. Casa do Psicólogo



Já conhece nossas Atividades?

Psicologia

Psicopedagogia

Neuropsicologia

Nutrição

Fonoaudiologia

Conheça mais em www.institutoinnove.com.br



Ansiedade: uma visão neuroanatômica

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed. (DSM IV-tr). Washington.

Blanchard, R. J.; Blanchard, D. C. (1988). Ethoexperimental approaches to the biology of emotion. *Annual Reviews of Psychology*. 39: 43-68.

Bernik, A . M., (1999). Ansiedade normal e patológica: diferenças entre classes. In: Bernick, M.A. (eds) *Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência*. Edusp: São Paulo, pp 69-77.

Dractu L. & Lader M. (1993). Ansiedade: conceito, classificação e biologia. Uma interpretação contemporânea da literatura. *J. Bras. Psiq.* 42:19-32.

Lader, M.H. (1981). Clinical anxiety and the benzodiazepines. In: Palmer G.C (ed.). *Neuropharmacology of Central Nervous System and Behavioral Disorders*. Academic Press: New York. pp. 225-241.

Fernandez de Molina, A.; Hunsperger R.W. (1959). Central representation of affective reactions in forebrain and brain stem: Electrical stimulation of amygdala, striaterminalis, and adjacent structures. *J Physiol* 145(2):251-265.

Graeff, F.G. (1990). Brain defence systems and anxiety. In: Roth, M.; Burrows, G. D.; Noyes, R. (eds.) *Handbook of anxiety*. Elsevier Science Publishers: Amsterdam, Vol. 3. pp. 307-354.

Gray, J.A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford University Press: London.

Gray, J.A.; Mcnaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. 2 ed. Oxford University Press: London.

Hess, W.R; Brugger, M. (1943). Das subkorticale Zentrum den affektiven Abwehrreaktion, *Acta Helv Physiolo* 1: 33-52,.

Nutt, D.J. (1990). The pharmacology of human anxiety. *Pharmacology and Therapeutics*, 47:233-266.



Uma introdução às expressões faciais

Blanchard, D. C.; Blanchard, R. J. (2008). Defensive behaviors, fear and anxiety. In: R. J. Blanchard, D. C. Blanchard, G. Griebel, & D. Nutt (Eds.), *Handbook of anxiety and fear* (Vol. 17, pp. 63-79). Amsterdam, the Netherlands: Academic Press.

Blanchard, D. C., Blanchard, R. J., & Rodgers, R. J. (1991). Risk assessment and animal models of anxiety. In: B. Oliver, J. Mos, & J. L. Slangen (Eds.), *Animal models in psychopharmacology* (pp. 117-134). Basel, Switzerland: Birkhauser.

Darwin, C. (1998). *The expression of the emotions in man and animals* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

Ekman, P. (1972). Universals and cultural differences in facial expression of emotion. In: J. Cole (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*. pp. 207-283. Lincoln: University of Nebraska Press.

Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. New York: Times Books.

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.

Ekman, P., & Friesen, W. V. (2003). *Unmasking the face: a guide to recognizing emotions from facial expressions*. Cambridge: Malor Books.

Flores, V. C. (2005). *Artnatomy*. www.artnatomia.net

Izard, C. E. (1971). *The face of emotion*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Perkins, A. M., Inchley-Mort, S. L., Pickering, A. D., Corr, P. J., & Burgess, A. P. (2012). A facial expression for anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1-15.

Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501-504.



Lidando com ansiedade e outras emoções na infância

Freitas, L. C.; Lemmi, R. C. A. (2009) Elaboração de um recurso educativo para identificação e expressão de emoções. *Paidéia*, 19 (44), 403-405.

Melo, A. I. M. T. (2005). Emoções no período escolar: estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança. Dissertação de Mestrado. *Universidade do Minho*, Portugal.

Moura, C.B. (2011). “Quase morri de Raiva!”. Identificação de sentimentos e expressividade emocional. Foz do Iguaçu: Terapia Criativa. www.terapiacriativa.com.br

Efeitos da alimentação na ansiedade

Antunes, R. A. R. (2008). Ansiedade, depressão, stress, e comportamento alimentar na infância. *Instituto Superior de Psicologia Aplicada*.

Luiz, A. M. A. G. et al. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*. v. 10, n. 1, p. 35-39.

Matos, M. I. R. et al; (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v. 24, n. 4.

Pamplona, J. (2006). *O Poder Medicinal dos Alimentos*. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira.

Silva, S. M. C. S.; Mura, J. D. P. (2007). *Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia*. São Paulo: Roca.

Déficits comportamentais no Transtorno de Ansiedade Social

Angélico, A. P.; Crippa, J. A. de S.; LOUREIRO, S. R. (2006) Fobia social e habilidades sociais: uma revisão da literatura. *Interação em Psicologia*. v. 10, n. 1.

Caballo, Vicente E. (2006) *Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais*. 1ª reimpressão. São Paulo: Santos.

Angélico, A. P. Transtorno de Ansiedade Social e Habilidades Sociais: estudo psicométrico e empírico. 2009. 215 f. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.



O uso da Terapia de Aceitação e Compromisso no tratamento de Transtornos de Ansiedade

Blackledge, J.T. & Hayes, S.C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *In session: psychotherapy in practice*, v.57, n.2, pp. 243-255.

Hayes, S. C. Não fuja da dor: depoimento [1 de março de 2006]. São Paulo: *Veja*. Entrevista concedida a Ruth Costas.

Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: the new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.

Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.) *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*. New York: Guilford. p. 327-387.

Quando a queixa é Ansiedade...

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*. Rio de Janeiro.





**O Instituto Innove traz mais uma novidade:
em 2013 dá início a uma nova área de atuação**



**Psicologia
Organizacional**
— INSTITUTOINNOVE —

Aguarde novas informações!