



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

CRISTINA TIEMI OKAMOTO

**REVISÃO E ANÁLISE DE ESTUDOS E PROTOCOLOS DE  
INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL PARA  
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE**

---

Londrina  
2012

CRISTINA TIEMI OKAMOTO

**REVISÃO E ANÁLISE DE ESTUDOS E PROTOCOLOS DE  
INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL PARA  
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina – UEL para o cumprimento dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Márcia Cristina Caserta Gon.

Londrina  
2012

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da  
Universidade Estadual de Londrina.**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

O41r Okamoto, Cristina Tiemi.

Revisão e análise de estudos e protocolos de intervenção  
comportamental para transtornos de ansiedade / Cristina Tiemi  
Okamoto. – Londrina, 2012.  
64 f. : il.

Orientador: Márcia Cristina Caserta Gon.

Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) –  
Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Humanas,  
Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2012.  
Inclui bibliografia.

1. Comportamento – Análise – Teses. 2. Ansiedade – Distúrbios –  
Teses. 3. Psicoterapia de grupo – Teses. I. Gon, Márcia Cristina Caserta. II.  
Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Humanas.  
Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III.  
Título.

CDU 159.9.019.43

CRISTINA TIEMI OKAMOTO

**REVISÃO E ANÁLISE DE ESTUDOS E PROTOCOLOS DE  
INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL PARA TRANSTORNOS DE  
ANSIEDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina – UEL para o cumprimento dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profª Drª. Márcia Cristina Caserta Gon  
UEL – Londrina - PR

---

Profª Drª. Jocelaine Martins Silveira  
UFPR – Londrina - PR

---

Profª Drª. Maura Alves Nunes Gongora  
UEL – Londrina - PR

Londrina, 05 de novembro de 2012.

*Eu dedico este trabalho à minha família, principalmente, ao meus pais que sempre estão me dando todo o suporte e apoio para meu crescimento, para ser uma pessoa melhor e para que eu consiga buscar e alcançar meus objetivos. E também ao Alexandre, que sempre me ajudou, incentivou para que eu nunca desistisse e compartilha do melhor da vida comigo.*

## AGRADECIMENTOS

O que seria de mim sem essa família incrível que eu tenho. Agradeço ao meu pai Emílio, que sempre me deu suporte emocional e jamais mediu esforços para que eu pudesse realizar meus sonhos. Minha mãe Lydia, que sempre esteve pronta para me ouvir e me dar forças para continuar (mesmo diante de tantas barreiras). Minha batian Joana, que me oferece conforto emocional e sempre foi mais que um exemplo de ser humano para mim. Sou muito mais feliz pelo amor incondicional de vocês por mim. Agradeço aos meus ditian e batian, Mário e Yoshiko, que me mostram, com seu exemplo, que a vida vale a pena, que sempre há tempo de experimentar coisas novas e que viver com alegria e amor rejuvenesce. Aos meus tios Márcia, Roberto, Alice, Celina e Otsubo que sempre demonstraram carinho e estiveram dispostos a ajudar no que podiam. Aos meus primos Melissa, Letícia, Rafael e Marina que completam a família de alegria. E por último, mas não menos importante, ao meu ditian Shiguelo (que infelizmente não está mais presente), mas que sempre me demonstrou tanto carinho e, além de incentivar os estudos, sempre vibrou pelas minhas conquistas. Enfim, com certeza sou muito mais feliz por vocês existirem e fazerem parte da minha vida! Amo vocês!

Outra pessoa que faz de meus dias serem muito melhores é meu amor Alexandre. Muito obrigada por estar sempre ao meu lado, me incentivando sempre a crescer e, principalmente, por me fazer sentir segura, amada e feliz. Como eu tenho sorte de ter você em minha vida! Obrigada por me ajudar tanto, por me fazer rir, por me acolher e me dar carinho, por me demonstrar de inúmeras formas seu amor, por gostar e apreciar comigo as coisas simples da vida, que a faz valer muito mais a pena. Amo muito você e quero compartilhar essa vida com você pra sempre!

Quero agradecer também aos meus amigos e colegas de trabalho que me mostraram que o trabalho multidisciplinar na área da saúde mental é fascinante. A paixão de vocês pelo que fazem me inspirou muito e me lembro com carinho do cuidado que têm com cada paciente. Aprendi demais com vocês e que coisa boa foi conhecê-los. À vocês meus amigos Tati, Nice, Márcia, Cristiane, Adriane, Isabela, Nilton, Rita, Luciana, Marcos e Fábio, muito obrigada!!! Cada um de vocês contribuiu muito para o meu crescimento tanto profissional como pessoal. Inclusive foi com vocês que surgiu minha vontade de estudar mais essa área e se dedicar ainda mais. Meu pulinho para o mestrado foi, em grande parte, pela minha experiência com vocês!

Agradeço imensamente à minha orientadora Márcia, em primeiro lugar, por abrir as portas para mim e me dar apoio e confiança para estudar uma área que tenho tanta afinidade. Obrigada por me ajudar a desenvolver um repertório mais científico, por ser tão cuidadosa, ética e querida. Seu suporte, nessa fase da minha vida, foi muito importante para que eu pudesse crescer e aprender tanto.

E nesse mundo do mestrado, como foi bom estar numa turma tão gostosa, divertida e que tive a sorte de conhecer. Agradeço a todos vocês: Monalisa, Samir, Hellen, Leonardo, Alex, Priscila, Andressa, Thalita, Renata, André, Simone, Lays, Raquel, Fernanda, Geniela, Henrique, Marina e tantos outros por terem tornado essa fase muito mais leve e agradável. Fiz amigos importantes, e agradeço por compartilhar angústias, conhecimentos e momentos divertidos, pelo carinho e por essa amizade tão boa que ficou.

Sem sombras de dúvidas, minha dedicação ao meu trabalho do mestrado não teria sido a mesma sem a companhia e apoio dos meus amigos Daniel e Thiago. Toda semana me fazendo companhia, deixando-me a vontade e respeitando meu trabalho sempre e tornando essa fase tão árdua muito mais agradável. Além dos momentos de descontração e piadas 'internas', sempre aprendo muito com vocês. Obrigada meus amigos, por terem valores tão respeitáveis e por compartilharem essa amizade que gosto tanto.

E por falar em fase árdua, quero agradecer ao Marcos que teve tantos papéis importantes na minha vida e que me ajudou muito não só nessa fase. Admiro seu profissionalismo, caráter e simplicidade. Gosto da forma como vê as coisas e da maneira como você faz tudo parecer mais fácil. Muito obrigada mesmo, não tenho palavras para lhe expressar imensa gratidão!

Agradeço aos professores do programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento por terem oferecido subsídios para que fosse possível a conclusão do mestrado. Agradeço, também, ao secretário do programa do mestrado, Jonas, que sempre esteve disposto a ajudar com um sorriso no rosto. Um agradecimento especial à professora Maura Gongora, por suas aulas fantásticas que me fizeram refletir e aprender muito mais sobre a filosofia do Behaviorismo Radical e a Análise do Comportamento. Além do seu imenso conhecimento, é possível observar o cuidado com que prepara as aulas, preocupada com a aprendizagem que os alunos estão tendo. E ainda, muito obrigada a vocês Maura, Jocelaine, Josy e Sílvia por aceitarem fazer parte da minha banca e contribuir para meu crescimento.

Agradeço muito a Deus, também, por ter encontrado amigos tão verdadeiros nessa minha caminhada, que além de me apoiarem e incentivarem sempre, me fazem ver o

lado mais leve da vida, me fazem rir sempre que apontam ao horizonte e tem valores pessoais que os tornam pessoas realmente especiais. Aos meus amigos de tantos anos Luri, Ricardo, Michele, Leilah, Karina, Georgina, Marcela, Bruno, Monique e os 'cumpadis' Rafael, Gabriela, Eduardo e Bárbara, por quem tenho um carinho imenso.

Que bom poder contar também com os amigos do Templo Hompoji, o grupo Itaidoshin, meu 'cunhas' Andrew, e principalmente com o Hakuze-shi e Satomi que estão sempre dispostos a ajudar. Gosto muito da forma como se esforçam para fazer o bem, para propagar virtudes e ensinamentos para uma vida mais serena e respeitosa. Agradeço muito a amizade e alegria de vocês!

Agradeço também às minhas sócias Ana e Juliana que compartilham comigo de um sonho e empreendimento. É muito bom poder contar com vocês e dividir essa parte da minha vida tão importante. Obrigada também por compreenderem essa fase que estou passando e encerrando, por me darem apoio e contribuírem para meu crescimento profissional e pessoal. Foi muito bom ter encontrado vocês !!!

E encerrando, minha maior gratidão é a Deus por esse presente infinito de aprendizagens, riqueza espiritual, valores humanos e por essa vida tão abençoada. As dificuldades nos fortalecem e as virtudes que realizamos nos retornam como pequenos tesouros todos os dias. A prática da fé realmente me ajuda muito a ver a vida de uma melhor forma, a buscar fazer meus afazeres pautada em valores de vida, e sobretudo, a superar meus obstáculos com mais força e serenidade.

**“Aprendi que não posso escolher como me sinto, mas  
posso escolher o que fazer a respeito.”**

*William Shakespeare*

OKAMOTO, Cristina Tiemi . **Revisão e análise de estudos e protocolos de intervenção comportamental para transtornos de ansiedade.** 2012. 64f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

## RESUMO

Estudos afirmam que os transtornos de ansiedade são crônicos e em condições de alta prevalência, além disso, resultam em um significativo comprometimento do funcionamento e qualidade de vida do indivíduo. As terapias comportamentais em grupo têm sido consideradas benéficas e com resultados significativos próximos ao tratamento individual. Recentemente, algumas pesquisas têm discutido a efetividade do uso de protocolos de intervenção comportamental em grupo para diferentes transtornos ansiosos. Para um melhor entendimento desse tipo de tratamento e do uso de protocolos de intervenção, esse trabalho objetivou realizar uma revisão e análise de estudos na área quanto às intervenções utilizadas, a sua relação com os transtornos de ansiedade tratados e um breve levantamento analítico-comportamental dos principais componentes de intervenção utilizados. Para tanto, foi realizada uma busca de pesquisas empíricas, em oito bases de dados. Foram incluídos para análise oito artigos e oito protocolos de intervenção cognitivo-comportamentais. A apresentação desses dados foi dividida em dois artigos. No primeiro, foram analisadas as categorias: ano de publicação, delineamento de pesquisa, objetivos da intervenção, características dos grupos e dos participantes, forma de funcionamento e componentes abordados no tratamento, e resultados obtidos. Os estudos e protocolos são do período dos últimos doze anos. Os estudos se referem a cinco ensaios clínicos abertos e três controlados. Os transtornos de ansiedade tratados variam entre fobia social, múltiplos transtornos de ansiedade, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno obsessivo compulsivo. Os objetivos dos estudos e a forma de funcionamento dos tratamentos foram semelhantes, com obtenção de resultados de melhora significativas em sete estudos. No segundo artigo, foi realizada uma análise de todos os componentes dos protocolos de intervenção, sua relação com o transtorno tratado e uma breve leitura analítico-comportamental dos principais componentes. Foram estabelecidas duas categorias de análise: 1) estrutura do tratamento realizado e 2) transtornos de ansiedade tratados. E duas subcategorias respectivamente: (a) sessões do tratamento e (b) tipo de transtorno de ansiedade. Foram realizados dois cruzamentos, o primeiro entre as subcategorias (a) e (b) e o segundo entre a subcategoria (a) e a categoria 2. As principais intervenções utilizadas foram: psicoeducação sobre o transtorno de ansiedade tratado, o modelo cognitivo-comportamental e a reestruturação cognitiva, treino de exposição gradual, identificação de pensamentos automáticos, treino de reestruturação cognitiva e treino de habilidades sociais. Uma análise crítica dos estudos apontou para importância de pesquisas que envolvam avaliação funcional; identificação de variáveis que explicam a eficácia das intervenções; estudos com grupos aleatorizados controlados, etc.

**Palavras-chave:** Terapia em grupo. Transtornos de ansiedade. Análise do comportamento.

OKAMOTO, Cristina Tiemi. **Review and analysis of studies and behavioral intervention protocols for anxiety disorders**. 2012 64 f. Dissertation (Master's degree in Behavior Analysis) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

## **ABSTRACT**

Studies have reported that anxiety disorders are chronic and in highly prevalent conditions, also result in a significant impairment of functioning and quality of life of the individual. The behavioral group therapies have been considered as beneficial and have presented significant results similar to individual treatment. Recently, researchers have discussed the effectiveness of using protocols behavioral group intervention for different anxiety disorders. For a better understanding of this type of treatment and the use of intervention protocols, this study aimed to conduct a review and analysis of previous studies, the interventions used, their relationship with anxiety disorders treated and a brief analytical behavioral reading of major components of intervention. Therefore, a search of the empirical research was conducted in eight indexes. It was analyzed eight articles and eight protocols of cognitive-behavioral intervention. The presentation of these data was divided into two articles. In the first article it was analyzed the categories: year of publication, research design, objectives of the intervention, characteristics of participants and groups, working procedures and components addressed in treatment, and results. The studies and protocols are for the period of the last twelve years. The studies are five open trials and three controlled trials. Anxiety disorders treated range from social phobia, multiple anxiety disorders, generalized anxiety disorder and obsessive compulsive disorder. The objectives of the study and the way of functioning of the treatments were similar, achieving results with significant improvement in seven studies. In the second article, it was analysed of all components of the intervention protocols, its relationship with the disorder treated, and a brief analytical behavioral reading of major components. It was established two categories of analysis: 1) the structure of the treatment and 2) anxiety disorders treated. And two subcategories respectively: a) treatment sessions and b) type of anxiety disorder. Two crosses were performed, the first between the subcategories 'a' and 'b' and the second, between subcategory 'a' and Category 2. The main interventions used were: psychoeducation about anxiety disorder treated, the cognitive-behavioral model and cognitive restructuring, training gradual exposure, identification of automatic thoughts, cognitive restructuring and social skills training. A critical analysis of studies pointed to the importance of researchs involving functional evaluation of the behaviors, identification of variables that explain the effectiveness of interventions, randomized controlled studies with groups, among others.

**Keywords:** Group therapy. Anxiety disorders. Behavior Analysis.

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

- Tabela 1** – Aspectos gerais dos estudos (autores, ano, delineamento de pesquisa, transtorno de ansiedade tratado, número de participantes, participantes desistentes, média etária da amostra, presença de comorbidade, número de sessões, duração, participantes por grupo e manual) ..... 18
- Tabela 2** – Intervenções dos protocolos de tratamento organizadas entre as mais utilizadas e menos utilizadas nos protocolos ..... 20
- Tabela 3** – Resultados de pré e pós-teste, medidos por instrumentos de autorrelato, referentes aos sintomas de ansiedade e depressão, conforme apresentados nos oito estudos ..... 22

### ARTIGO 2

- Tabela 1** – Relação dos artigos (n=8) que referenciaram protocolos com a descrição completa das intervenções realizadas ..... 35
- Tabela 2** – Componentes presentes nos protocolos de intervenção para transtornos de ansiedade e autores dos estudos que utilizaram os protocolos ..... 36
- Tabela 3** – Principais componentes presentes em todos os protocolos de tratamento por subcategorias (sessões iniciais, intermediárias e finais) ..... 43

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>ARTIGO 1</b> .....	14
Estudos de intervenções comportamentais em grupo para transtornos de ansiedade: uma revisão da literatura .....	14
Introdução .....	15
Método .....	16
Resultados .....	17
Discussão .....	233
Referências .....	277
<b>ARTIGO 2</b> .....	300
Transtornos de ansiedade: protocolos de tratamento comportamental para intervenção em grupo .....	300
Introdução .....	31
Método .....	323
Resultados e discussão .....	344
Considerações finais .....	47
Referências .....	48
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	52
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	55
<b>APÊNDICE</b> .....	60
Apêndice A .....	61

## APRESENTAÇÃO

Os transtornos ansiosos foram classificados por estudos de morbidade psiquiátrica como um dos mais prevalentes (Almeida-Filho et al., 1992; Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006), e ainda, ocorrem de forma crônica (Kessler, Berglund, Demler, Jin, & Walters, 2005). A ansiedade enquanto um problema clínico se refere a fatores importantes quanto aos prejuízos causados ao indivíduo, como: impedimento ao exercício das atividades rotineiras referentes a trabalho, vida social e acadêmica; alta frequência de respostas de evitação e eliminação, de modo a provocar sofrimento apontado como significativo e predominante no seu cotidiano (APA, 2002; Zamignani & Banaco, 2005).

As terapias comportamentais de grupo para transtornos de ansiedade têm sido desenvolvidas e sua eficiência tem sido testada por pesquisadores. Para tanto, realizou-se uma busca dessas pesquisas no presente estudo e foi encontrado um grande número de pesquisas que têm por base a terapia cognitivo-comportamental (TCC), porém, escassez de pesquisas com enfoque analítico-comportamental. Segundo Oei e Browne (2006) a TCC em grupo para transtornos de ansiedade tem sido testada por vários pesquisadores nos últimos anos (e.g., Hope & Heimberg, 1993; Telch et al., 1993; White & Keenan, 1990; Van Noppen, Pato, Marsland & Rasmussen, 1998 como citado em Oei & Browne, 2006) os quais demonstraram eficiência do tratamento. Assim, para esses autores, a TCC em grupo para transtornos de ansiedade, além de mostrar resultados de melhora significativa referente à redução de sintomas de depressão e ansiedade, tem vantagens referentes a menor custo e maior abrangência de pessoas em menor tempo de tratamento.

Além disso, para Yalon e Molin (2006) o tratamento em grupo favorece a discussão de variados assuntos terapêuticos, processos de modelação e reforçamento social presentes (do terapeuta e de todos os membros do grupo), o que promove um ambiente que facilita aprendizagem de novos comportamentos. Kerbaui (2008) e Delitti (2008) complementam, ainda, que o ambiente promovido pelo grupo, pode ser muito próximo das características do ambiente natural, podendo facilitar a aprendizagem de comportamentos importantes para o convívio social e, ainda, favorecendo o processo de generalização do que foi aprendido naquele ambiente. Isso porque os membros do grupo estão expostos a vários modos de pensar, valores pessoais, formas diferentes de se comportar, modelos para novos repertórios comportamentais, o que pode ampliar o repertório de resolução de problemas dos membros do grupo.

Por conseguinte, levando-se em consideração a alta prevalência, cronicidade e prejuízos relacionados aos transtornos de ansiedade, assim como, benefícios da terapia em grupo e a indicação de efetividade da terapia comportamental em grupo para transtornos de ansiedade levantada por especulações não sistemáticas, pretendeu-se realizar nesse estudo um levantamento e análise dessas pesquisas empíricas, principalmente no que concernem as intervenções terapêuticas realizadas.

O presente estudo se refere a uma pesquisa exploratória cujo procedimento técnico foi uma pesquisa bibliográfica com análise qualitativa dos dados relativa à temática “terapia comportamental em grupo para transtornos de ansiedade”. Para tanto, foram realizadas cinco etapas: 1) busca e seleção de material bibliográfico (pesquisas empíricas e protocolos de tratamento); 2) inclusão/exclusão do material selecionado; 3) organização dos dados e resultados dos estudos, assim como, dos componentes de intervenção dos protocolos de tratamento; 4) classificação dos componentes de intervenção em categorias e subcategorias de análise; 5) análise e discussão dessas unidades.

Após realizadas essas etapas, esse estudo foi dividido em dois artigos. No primeiro, objetivou-se apresentar os dados das pesquisas empíricas incluídas para análise. Os dados apresentados foram: ano de publicação, delineamento de pesquisa, objetivos da intervenção realizada em cada estudo, características dos grupos e participantes, sistemática do tratamento, componentes abordados no tratamento e resultados obtidos.

No segundo artigo, tendo em vista os resultados significativos de melhora dos participantes das pesquisas empíricas, objetivou-se levantar todos os componentes de intervenção utilizados, realizar uma análise da relação das intervenções utilizadas com o transtorno de ansiedade tratado e, por fim, uma discussão sobre os principais componentes presentes nos protocolos e um breve levantamento analítico-comportamental para entendimento das estratégias de intervenção mais utilizadas. Desse modo, foram realizados: levantamento e categorização dos componentes de intervenção dos protocolos de tratamento, cruzamento e análise das categorias e subcategorias, apresentação e discussão dos dados.

## ARTIGO 1

### **Estudos de Intervenções Comportamentais em Grupo para Transtornos de Ansiedade: uma Revisão da Literatura.**

#### **Studies of Behavioral Interventions in Group for Anxiety Disorders: a Review of the Literature.**

**Resumo:** O objetivo deste artigo foi identificar em oito indexadores pesquisas empíricas, publicadas até setembro de 2011, sobre terapia comportamental em grupo para transtornos de ansiedade. Foram analisados oito artigos e oito protocolos de intervenção. As categorias analisadas foram: ano de publicação, delineamento de pesquisa, objetivos da intervenção, características dos grupos e dos participantes, componentes abordados no tratamento, sua sistemática e resultados obtidos. Principais vantagens constatadas da terapia em grupo: tratamento a um maior número de pessoas com menor custo; elementos como interação, vínculo, identificação de pessoas com mesmo problema e treino em grupo podem gerar maior comprometimento com o tratamento. As desvantagens pontuadas são: dificuldade em reunir pessoas com mesmo diagnóstico e maior número de desistentes no tratamento. A forma de funcionamento dos tratamentos e objetivos dos estudos foram semelhantes, com obtenção de resultados de melhora significativas em sete estudos. Constatou-se a importância de realizar a avaliação funcional das queixas de cada participante para a escolha das estratégias de intervenção, trabalhando questões em comum em grupo e especificidades individualmente. A análise crítica dos estudos apontou para a importância de pesquisas que envolvam avaliação funcional e a testagem de intervenções funcionalmente mais eficazes; estudos com grupos aleatorizados controlados, entre outros.

**Palavras-chave:** Terapia comportamental em grupo. Transtorno de ansiedade. Tratamento psicoterapêutico.

**Abstract:** The aim of this study was to identify empirical research in eight indexes, published until September 2011, on behavioral group therapy for anxiety disorders. Eight articles and eight intervention protocols was analyzed. The categories analyzed were: year of publication, research design, objectives of the intervention, characteristics of participants and groups, working procedures and components addressed in treatment, and results. Among the advantages of group therapy discussed can be mentioned: treatment to more people at lower cost; elements like interact, bond, identifying people with the same problem and group training can generate greater commitment to treatment. The disadvantages are: difficulty gathering people with the same diagnosis and a higher number of dropouts in treatment. The operation of the treatments and objectives of the studies were similar, achieving results with significant improvement in seven studies. It is observed the importance of conducting a functional assessment of behaviors of each participant to the choice of intervention strategies, working on common issues in groups and specificities individually. A critical analysis of studies pointed to the importance of researches involving functional evaluation of the behaviors of the members and assesses interventions functionally more effective; studies with randomized controlled groups, etc.

**Keywords:** Behavioral group therapy. Anxiety disorder. Psychotherapeutic treatment.

## Introdução

Na população mundial, a prevalência de transtornos de ansiedade tem sido estimada entre 10.6% e 16.6% (Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006). Pode ser observada desde a infância, mas em geral, inicia-se na idade adulta (Kaplan & Sadock, 1998). Já em relação à população brasileira, a taxa de prevalência tem variado entre 10% e 18% (Andrade, Walters, Gentil, & Laurenti, 2002) o que equivale a aproximadamente 19 à 34 milhões de pessoas. A maior ocorrência desses transtornos está entre as mulheres, e no Brasil, com destaque às pessoas de baixa renda (Almeida-Filho et al., 1992). Portanto, a comparação dos resultados das pesquisas sobre transtornos de ansiedade obtidos em amostras da população brasileira e de outros países mostraram semelhanças quanto à alta prevalência e a predominância no gênero feminino. Além disso, tem se evidenciado que os transtornos de ansiedade geram sofrimento e prejuízo em relação à qualidade de vida do indivíduo (Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007) pelas incapacidades decorrentes do desempenho social, familiar, ocupacional, entre outros (APA, 2002).

Assim, tendo em vista sua alta prevalência e sofrimento gerado ao indivíduo, estudos sobre tratamentos para transtornos de ansiedade tem se mostrado importantes. Tratamentos psicoterapêuticos têm sido realizados em formato individual e de grupo. Esses últimos, além de terem demonstrado resultados de melhora semelhantes ao molde individual (Bednar & Kaul, 1994; Dugas et al., 2003), têm mostrado outros benefícios relacionados ao menor custo e maior número de pessoas tratadas em menor tempo (Vianna, 2000).

Pesquisas analítico-comportamentais em formato de grupo para transtornos de ansiedade têm relatado eficiência quanto ao ensino de repertórios comportamentais mais apropriados na lida com contingências aversivas (Sztamfater & Savoia, 2008), diminuindo a ocorrência de comportamentos ansiosos em alta frequência e intensidade, melhorando suas relações em seu meio físico e social (Conte, 2008). E ainda, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo para transtornos de ansiedade tem sido testada por pesquisadores (e.g., Hope & Heimberg, 1993; Braga, Cordioli, Niederauer, & Manfro, 2005; Erickson, Janeck, & Tallman, 2007) os quais demonstraram resultados significativos de melhora dos participantes. Oie e Boschen (2009) evidenciaram que além de serem eficientes em ambiente controlado, são eficientes na prática e no *setting* clínicos.

Considerando a eficiência da terapia comportamental<sup>1</sup> em grupo para transtornos de ansiedade indicada por meio de especulações assistemáticas, o escopo deste estudo foi realizar uma revisão e análise dessas pesquisas empíricas no que se refere à forma de funcionamento do tratamento, as características do grupo, os objetivos da intervenção, os componentes abordados no tratamento e resultados obtidos.

## **Método**

Para esta pesquisa procedeu-se à identificação de estudos empíricos sobre a ‘terapia comportamental em grupo para transtornos de ansiedade’ em oito bases de dados eletrônicas (Academic Search Premier, LILACS, MEDLINE, PsycNET, Science Direct, SCOPUS, SciELO e Web of Science). Foram realizadas combinações entre os descritores: *anxiety disorder(s)*, *group*, *therapy* e *transdiagnostic*.

O número de artigos pesquisados foram todos aqueles que estavam disponíveis ao acesso nas bases de dados citadas até a data de setembro de 2011. Foram incluídos estudos empíricos sobre terapias comportamentais em grupo para transtornos de ansiedade, conduzidas com participantes adultos, de ambos os gêneros e escritos em português ou inglês. Os critérios de exclusão adotados foram: a) outros diagnósticos que não o de transtorno de ansiedade (e.g., outras psicopatologias, outros transtornos de comportamento comórbidos ou uso abusivo de substâncias), b) intervenções conduzidas sob outros referenciais teóricos (terapias não comportamentais, intervenções unicamente farmacológicas, estudos sobre neurofisiologia da ansiedade), c) outras modalidades de tratamento (estudo de caso único, terapia virtual), d) estudos empíricos de intervenções conduzidas com participantes de outras faixas etárias (crianças, adolescentes e idosos), e) análise apenas de seguimento (*follow-up*) sem a descrição do tratamento realizado em grupo; f) estudos psicométricos e de levantamento de dados de perfil dos indivíduos; g) estudos teóricos ou de revisão de literatura.

Os artigos selecionados, a partir dos critérios de inclusão e exclusão, apresentaram em seu método descrições breves das intervenções realizadas e os protocolos de tratamento com a descrição completa foram referenciados, assim, procedeu-se à sua busca. Esta foi realizada mediante consulta às referências bibliográficas apresentadas nos artigos e o critério de inclusão dos protocolos foi a apresentação de descrições completas das intervenções. Os manuais não publicados ou não encontrados foram solicitados aos seus autores via endereço

---

<sup>1</sup> O termo ‘terapia comportamental’ foi utilizado neste artigo enquanto uma denominação genérica que abrange tanto a terapia analítico-comportamental quanto a terapia cognitivo-comportamental

eletrônico e os publicados foram comprados. O acesso aos protocolos completos foi a condição que delimitou o número de artigos incluídos para revisão e análise.

## **Resultados**

Na primeira busca, foram encontrados 226 artigos, dos quais foram selecionados 35 e destes, 18 foram incluídos para revisão. Nesta revisão, constatou-se que a descrição das intervenções realizadas nos estudos estava incompleta, não sendo possível, desse modo, identificar os seus componentes. Portanto, uma segunda busca e recuperação dos manuais de tratamento utilizados nos estudos foi realizada. Isso delimitou o número de artigos incluídos para análise, totalizando oito artigos e seus respectivos oito protocolos de tratamento. Os oito estudos testaram a efetividade das intervenções psicoterapêuticas comportamentais na modalidade de grupo para transtornos de ansiedade. Em seguida, na Tabela 1 são apresentados os dados gerais dos artigos incluídos para a revisão.

Tabela 1 Aspectos gerais dos estudos (autores, ano, delineamento de pesquisa, transtorno de ansiedade tratado, número de participantes, participantes desistentes (*dropout*), média etária da amostra, presença de comorbidade, número de sessões, duração, participantes por grupo e manual).

Autores	Ano	Delineamento de pesquisa	Transtorno tratado	Nº de participantes	Drop out	Grupo controle	Média etária	Comorbidade	Nº de sessões	Duração (min)	Participante por grupo	Manual
D'el Rey, Lacava, Cejmski, & Mello	2008	Ensaio clínico controlado <sup>1</sup>	Fobia social	31	1	16	34	Não	12	120	5	D'El Rey, Baidel, Cejmski, Greenberg, & Chavira (2007)
Herbert, Rheingold, & Goldstein	2002	Ensaio clínico aberto <sup>2</sup>	Fobia social	26	5	--	41	Sim	6	120	4-6	Heimberg e Becker (1991/2002)
Herbert, Gaudiano, Rheingold, Myers, Dalrymple, & Nolan	2005	Ensaio clínico controlado <sup>1</sup>	Fobia social	65	20	--	34	Sim	12	120	4-6	Heimberg e Becker (1991/2002)
Kocovski, Laurier, Fleming, & Rector	2009	Ensaio clínico aberto aleatorizado <sup>3</sup>	Fobia Social	42	13	--	34	Sim	12	120	8-10	Fleming e Kocovski (2007)
Erickson	2003	Ensaio clínico aberto <sup>2</sup>	Múltiplos transtornos de ansiedade	116	46	--	38	Sim	12	120	10-12	Erickson (2000)
Norton & Hope	2008	Ensaio clínico aberto <sup>2</sup>	Múltiplos transtornos de ansiedade	8	3	--	30	Sim	12	120	8	Descrito no artigo
Dugas, Ladouceur, Léger, Freeston, Langolis, Provencher, & Boisvert	2003	Ensaio clínico controlado <sup>1</sup>	Transtorno de ansiedade generalizada	52	9	27	41	Sim	14	120	4-6	Dugas & Robichaud (1961/2007)
Cordioli, Bochi, Margis, Sousa, Tonello, Feruchkin, & Kapczinski	2002	Ensaio clínico aberto <sup>2</sup>	Transtorno obsessivo compulsivo	32	2	--	40	Sim	12	120	5-8	Cordioli (s/d)

Nota. <sup>1</sup>Ensaio clínico controlado refere-se a pesquisa que realizou comparação entre: grupo experimental e grupo controle ou entre dois grupos experimentais com intervenções distintas; <sup>2</sup>ensaio clínico aberto refere-se a pesquisa com um grupo experimental sem grupo controle (este comparou apenas os resultados da avaliação pré e pós intervenção); <sup>3</sup>ensaio clínico aberto aleatorizado refere-se a pesquisa com grupos experimentais, sem grupo controle e com alocação aleatória dos participantes (Fletcher, Fletcher, & Wagner, 1994).

A análise da Tabela 1 identifica maior concentração de pesquisas publicadas nos últimos dez anos, variando de 2002 a 2009. Quanto ao delineamento de pesquisa desses artigos, foi observada uma predominância de estudos de corte transversal, referentes a cinco ensaios clínicos abertos e três controlados. Em cada estudo, a intervenção foi conduzida com grupos de participantes com o diagnóstico de transtorno de ansiedade, em que: quatro estudos se referem à fobia social, dois à múltiplos transtornos de ansiedade, um ao transtorno de ansiedade generalizada e um ao transtorno obsessivo compulsivo.

O número de participantes dos estudos variou de oito a 116 pessoas, o que resulta em um coeficiente de variação de 70.7% mostrando uma alta dispersão do número de participantes em relação à média [ $\sigma=32.8/ \bar{x}=46.5$ ]. Desse modo, não é possível uma comparação do número de participantes entre os estudos. Em relação à comparação entre o número de participantes total e o número de desistentes (*dropout*) observa-se em todos os estudos que participantes abandonaram o tratamento. O estudo de Erickson (2003) foi o que teve maior número de desistentes, de aproximadamente 39%. Já o estudo de D'El Rey et al. (2008) foi o que teve o menor índice de desistência do tratamento, de apenas uma pessoa. A média de participantes que abandonaram o tratamento é de 22.82%.

Quanto às características dos participantes, no que se refere à sua média etária, há uma baixa dispersão, com coeficiente de variação de 11% [ $\sigma=4.07/ \bar{x}=36.5$ ]. Desse modo, os grupos foram compostos por amostras populacionais com a média de 36.5 anos. Quanto ao gênero dos participantes, em seis dos oito estudos o predomínio de participantes era do gênero feminino (Cordioli et al., 2002; Herbert et al., 2002; Dugas et al., 2003; Erickson, 2003; Herbert et al., 2005; Kocoviski et al., 2009) corroborando os dados da literatura em relação ao gênero de maior ocorrência dos transtornos de ansiedade (Almeida-Filho et al., 1992).

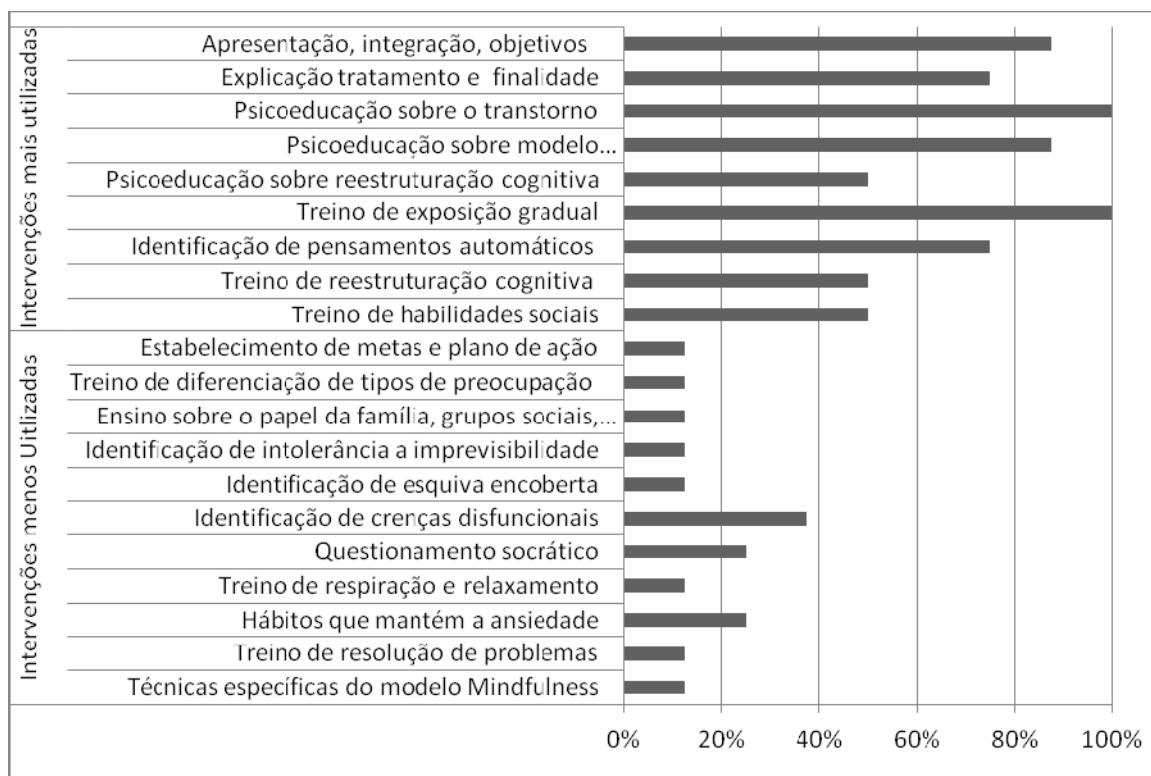
Todos os participantes tinham como diagnóstico primário algum transtorno de ansiedade, e dos oito estudos, apenas no de D'El Rey et al. (2008) foi relatada ausência de diagnósticos comórbidos (o qual também apresentou o menor número de *dropout*). Do restante, constatou-se em aproximadamente 50% dos participantes comorbidade de outros transtornos de ansiedade, e ainda, depressão, distímia, outros transtornos do eixo I e com menor frequência, transtorno bipolar e alimentar. Desses sete estudos, cinco relataram uso de psicotrópicos pelos participantes, variando de 23% a 96% da amostra, dentre eles, ansiolíticos, antidepressivos, antiobsessivos, antipsicóticos e sedativos (Cordioli et al., 2002; Dugas et al., 2003; Erickson, 2003; Herbert et al., 2005; Kocovisk, 2009).

Os tratamentos tinham duração de aproximadamente três meses e em seis dos oito estudos a intervenção consistia de doze sessões (Cordioli et al., 2002; D'El Rey et al., 2008; Erickson, 2003; Herbert et al., 2005; Kocoviski, 2009; Norton & Hope, 2006). Apenas uma intervenção foi conduzida em seis sessões (Herbert et al., 2002) e outra em quatorze (Dugas et al., 2003). As sessões tinham duração de 120 min, eram conduzidas por até dois terapeutas e o número de participantes por grupos variou de quatro a doze pessoas. Apenas os estudos de D'El Rey et al. (2008) e Dugas et al. (2003) fizeram uso de grupo controle o qual se referia aos participantes em lista de espera.

Os procedimentos de intervenção foram realizados conforme um protocolo (ou manual) de tratamento, sendo que seis foram elaborados por autores das pesquisas (Cordioli, s/d; D’El Rey, Beidel, Cejkinski, Greenberg, & Chavira, 2007; Dugas & Robichaud, 1961/2007; Erickson, 2000; Fleming & Kocoviski, 2007/2009; e Norton & Hope, 2008), e dois (Herbert et al., 2002; Herbert et al., 2005) adaptaram suas intervenções conforme o manual de Heimberg e Becker (1991/2002). Em cada estudo foi usado um protocolo de tratamento com a média de oitenta e nove páginas cada, no qual eram descritos os materiais e as estratégias de intervenção de cada sessão do tratamento. Desses protocolos, apenas quatro estavam em formato de publicação (D’El Rey et al., 2007; Dugas & Robichaud, 1961/2007; Heimberg & Becker, 1991/2002; Norton & Hope, 2008), e dois deles em forma de livro (Dugas & Robichaud, 1961/2007; Heimberg & Becker, 1991/2002). Os outros foram disponibilizados pelos próprios autores dos estudos.

Em seguida, na Tabela 2 estão apresentadas as intervenções descritas nos protocolos de tratamento, organizadas da seguinte forma: as intervenções mais utilizadas (em pelo menos 50% dos protocolos), assim como as menos comuns (em até 50% dos protocolos).

**Tabela 2** – Intervenções dos protocolos de tratamento organizadas entre as mais utilizadas e menos utilizadas nos protocolos.



As intervenções mais utilizadas foram aquelas que estiveram presentes em pelo menos 50% dos protocolos de tratamento. Dos oito protocolos, todos realizaram psicoeducação e treino de exposição gradual ao estímulo temido, sete realizaram apresentação e integração dos membros, estabelecimento de regras, objetivos e expectativas do grupo; seis realizaram explicação sobre os elementos do tratamento e sua finalidade; seis ensinaram identificação de pensamentos automáticos, quatro realizaram treino de reestruturação cognitiva e treino de habilidades sociais.

As intervenções menos comuns foram aquelas que estiveram presentes em menos de 50% dos protocolos. Dos oito protocolos, três realizaram identificação de crenças disfuncionais; dois realizaram questionamento socrático e dois ensinaram sobre hábitos que mantêm a ansiedade. Alguns elementos apareceram em apenas um protocolo, como: estabelecimento de metas e plano de ação; treino de diferenciação de tipos de preocupação (real x imaginária); ensino sobre o papel da família, grupos sociais, medicamentos e habilidades; identificação de intolerância a imprevisibilidade; identificação de esquiva encoberta; treino de respiração e relaxamento; treino de resolução de problemas e técnicas específicas do modelo *Mindfulness*<sup>2</sup>.

Apesar de terem sido abordados diferentes componentes de intervenção em cada estudo, os resultados de melhora apresentados foram significativos em sete deles. Os resultados dos tratamentos foram medidos por trinta e um instrumentos de autorrelato, variando de dois a nove instrumentos em cada estudo. Dentre eles, os mais utilizados foram o *Beck Depression Inventory* (BDI) (Dugas et al., 2003; Herbert et al., 2002; Herbert et al., 2005; Kocovski, 2009), o *Beck Anxiety Inventory* (BAI) (D'El Rey et al., 2008; Dugas, 2003), o *Social Phobia Anxiety Inventory* (SPAI) (Herbert et al., 2002; Herbert et al., 2005), o *Fear Questionnaire* (FQ) (Herbert et al., 2002; Herbert et al., 2005) e o *Leibowitz Social Anxiety Scale* (LSAS) (Herbert et al., 2002; Kocovski, 2009). Nos estudos de Herbert et al. (2002), Herbert et al. (2005) e Norton e Hope (2008) foram usadas também medidas subjetivas de ansiedade e ainda nos estudos de Herbert et al. (2002) e Herbert et al. (2005) foi realizada avaliação de *role-play* gravado em sessão. A seguir estão apresentados na Tabela 3 os instrumentos de autorrelato referentes à medição de sintomas de ansiedade e depressão e os resultados pré e pós testagem relatados pelos autores dos oito estudos.

---

<sup>2</sup> O termo *mindfulness* significa estar atento e focado, de modo proposital, ao momento presente e sem julgamento (Kabat-Zinn, 1994 como citado em Fleming & Kocovisk, 2007/2009).

**Tabela 3** – Resultados de pré e pós-teste, medidos por instrumentos de autorrelato, referentes aos sintomas de ansiedade e depressão, conforme apresentados nos oito estudos.

Estudos	Instrumentos de autorrelato	Resultados		p	Seguimento
		Pré (DP)	Pós (DP)		
Cordioli et al. (2002)	Y-BOCS (total)	24 (5.3)	11.4 (6.2)	<0.001	3 meses
	HAM A	12.7 (9.3)	9.1 (7.7)	0.005	
	HAM D	9.8 (6.4)	7.3 (7.5)	0.019	
D'El Rey et al. (2008)	SPIN	45.9 (11.8)	25.8 (6.4)	0.020	Não realizou
	BAI	34.5 (11.5)	16.9 (5.1)	0.027	
	FNE	26.0 (3.0)	13.3 (1.3)	0.000002	
Dugas et al. (2003)	ADIS IV	6.36 (1.19)	3.40 (1.78)	<0.05	6,12 e 24 meses
	WAQ	29.12 (8.64)	16.68 (9.19)	<0.05	
	BAI	18.48 (16.3)	8.04 (6.26)	<0.05	
	BDI	16.96 (8.61)	7.76 (6.23)	<0.05	
Erickson (2003)	Itens do BSI:				6 meses
	Ansiedade geral	71.5 (6.4)	65.7 (9.2)	<0.001	
	Ansiedade fóbica	71.7 (8.5)	65.6 (10.5)	<0.001	
	Depressão	69.9 (9.1)	65.1 (10.1)	<0.001	
Herbert et al. (2002)	SPAI-SP	134.35 (32.26)	110.50 (31.30)	--	6 semanas e 3 meses
	LSAS (total fear)	37.47 (10.68)	32.48 (13.31)	--	
	FQ – SP	19.29 (6.79)	17.00 (7.09)	--	
	BDI	8.05 (5.22)	4.81 (4.38)	--	
Herbert et al. (2005)	SPAI-SP	147.4 (17.9)	106.1 (25.0)	--	3 meses
	FQ-SP	22.1 (7.3)	13.4 (7.1)	--	
	Brief FNE	50.2 (7.70)	39.4 (8.7)	--	
	BDI	13.0 (7.7)	5.3 (6.0)	<0.058	
	SDS	18.8 (5.7)	10.9 (4.7)	<0.05	
Kocoviski et al. (2009)	LSAS	81.95 (17.43)	64.10 (18.12)	<0.001	3 meses
	SPS	39.45 (11.78)	27.00 (10.95)	<0.001	
	SIAS	54.14 (12.24)	41.03 (13.32)	<0.001	
	SPIN	42.31 (11.89)	30.66 (10.98)	<0.01	
	BDI	18.10 (11.12)	8.59 (7.96)	<0.001	
Norton e Hope (2008)	CSR	--	--	--	Não realizou

*Nota.* DP = desvio padrão; p = valor resultante do teste t; -- = não consta; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; HAM A = Hamilton scale for Anxiety; HAM D = Hamilton scale for Depression; SPIN = Social Phobia Inventory; BAI = Beck Anxiety Inventory; FNE = Fear of Negative Evaluation Scale; ADIS-IV = Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV; WAQ = Worry and Anxiety Questionnaire; BDI = Beck Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; SPAI-SP = Social Phobia Inventory – Social Phobia Subscale; LSAS = Leibowitz Social Anxiety Scale; SPS = Social Phobia Scale; FQ-SP = Fear Questionnaire Social Phobia Subscale; BriefFNE = Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale; SDS = Sheehan Disability Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale.

A melhora dos participantes foi observada a partir da comparação dos resultados dos instrumentos de medida aplicados nos períodos de pré e pós intervenção. Conforme observado na Tabela 3, todos os estudos referem melhora dos participantes e diminuição dos sintomas medidos pelos instrumentos usados. Em uma comparação geral dos resultados, constatou-se que em sete deles (Cordioli et al., 2002; D'El Rey et al., 2008; Dugas et al., 2003; Erickson,

2003; Herbert et al., 2002; Herbert et al., 2005; Kocovisk, 2009) a redução dos sintomas de ansiedade medidos, da maioria dos participantes que completaram o tratamento, foi significativa (com p valor do teste t variando de 0.000002 a 0.05, o que indica uma diminuição estatística significativa). Já no estudo de Norton e Hope (2008) foi relatada uma melhora moderada dos participantes, sendo que dentre os cinco participantes três obtiveram gravidade subclínica e dois alcançaram gravidade clínica no *Clinician Severity Ratings* (CSR).

Além disso, seis estudos (Cordioli et al., 2002; Dugas et al., 2003; Erickson, 2003; Herbert et al., 2002; Herbert et al., 2005; Kocoviski, 2009) realizaram ainda avaliação em período de seguimento, variando de 6 semanas a 24 meses, dentre os quais constatou-se a manutenção da redução dos sintomas comparada à fase de linha de base (ou pré-intervenção).

## **Discussão**

Os resultados obtidos por meio desta revisão mostraram que os estudos sobre terapia comportamental em grupo para transtornos de ansiedade encontrados são recentes, com predominância de estudos cognitivo-comportamentais. Poucos estudos analíticos comportamentais foram encontrados e apenas por busca informal; esses, entretanto, cumpriram com alguns critérios de exclusão, não sendo possível sua inclusão no presente estudo. Dentre os artigos revisados, a maior parte se refere ao estudo de grupos com diagnósticos específicos; contudo, ainda que em menor número, há também aqueles que englobam grupos heterogêneos de múltiplos transtornos de ansiedade.

Ao longo das buscas bibliográficas, em termos gerais, observou-se com mais frequência a publicação de estudos de caso único do que a em formato de grupo. Uma hipótese para essa ocorrência seria, provavelmente, pelo controle de variáveis ser mais acurado quando trata-se de um único sujeito, garantindo mais validade interna à pesquisa. Esse tipo de controle de variáveis, conforme Erickson (2003), está de acordo com o paradigma da eficácia. Outro paradigma citado pelo autor é o da eficiência, que refere-se à validade externa do estudo. Isto é, se as condições da pesquisa se assemelham ao ambiente real, em outras palavras, se o método da pesquisa se aproxima aos aplicados no *setting* clínico. Assim, apesar do ambiente de grupo ter menor controle de variáveis, tem maior validade externa por se assemelhar ao comumente encontrado nas clínicas.

O ambiente de grupo arranja uma contingência de exposição parecida ao ambiente natural, podendo ser um fator benéfico ao desenvolvimento e generalização de repertório

social, de enfrentamento, de resolução de problemas, entre outros (Delitti, 2008; Kerbauy, 2008). Autores dos estudos dessa revisão (Cordioli et al., 2002; Dugas et al., 2003; Norton & Hope, 2006) argumentam que a terapia em grupo tem ainda outras vantagens por promover tratamento a um maior número de pessoas com menor custo. E ainda, importantes elementos presentes no ambiente de grupo como interação, vínculo e compromisso com os outros membros pode gerar maior comprometimento com o tratamento (Cordioli et al., 2002). Outros elementos como identificação de pessoas com mesmo problema, sentimento de grupo, facilitação em atividades propostas e treino em grupo são relatados como facilitadores nesse molde de tratamento (Norton & Hope, 2006).

Porém, o formato de tratamento em grupo tem suas desvantagens e dentre elas, foram citadas a dificuldade em recrutar e reunir participantes com um mesmo diagnóstico, provavelmente pela população não conhecer seu diagnóstico e sua possibilidade de tratamento, ou ainda, a presença de comorbidades podem gerar dúvidas sobre o diagnóstico (Cordioli et al., 2002). Além disso, esse tipo de tratamento pode não ser adequado para pessoas muito vulneráveis ou provocativas, e para amostras muito pequenas (Norton & Hope, 2006).

Outro problema observado é um maior número de desistência comparado à terapia individual (Dugas et al., 2003), o qual foi observado em todos os estudos. Uma hipótese inferida dessa ocorrência seria o alto custo de resposta exigido no tratamento para o cumprimento das atividades no grupo e extra grupo (relacionadas a tarefas de casa), para tanto seria necessário realizar um estudo que levantasse esse dado com os participantes. Além disso, em geral, os indivíduos com transtorno de ansiedade apresentam repertório comportamental restrito tendo em vista suas habilidades sociais e de enfrentamento (Zamignani & Banaco, 2005). Portanto, o treino de exposição (presente em todos os protocolos analisados) ou atividades que geram qualquer tipo de exposição social, podem se tornar excessivamente aversivos para os indivíduos com esses déficits, que podem passar a evitar o tratamento por essa razão. Desse modo, seria importante um acompanhamento cauteloso no uso desses tipos de intervenções.

Quanto à forma de funcionamento dos tratamentos realizados, dentre os oito estudos analisados, observou-se que tinham em comum: sua estrutura de sessões previamente programadas, com a moderação de um ou dois terapeutas, seguindo um protocolo de intervenções fixo, com tempo de duração determinado e resultados rápidos. Esse formato de tratamento e suas intervenções obtiveram resultados significativos na maioria dos estudos no que se refere à redução dos sintomas medidos por instrumentos de autorrelato. Contudo,

observou-se que uma menor parcela dos participantes teve pouca resposta ao tratamento. Sobre esse resultado, Norton e Hope (2006) afirmam que, para alguns casos, o acompanhamento individual concomitantemente ao grupo pode auxiliar na melhora, e outros ainda, necessitam de maior tempo de terapia para os efeitos esperados.

Desse modo, observa-se ser importante compreender as variáveis envolvidas tanto na melhora como na ausência de resposta ao tratamento. Para tanto, conforme D'El Rey et al. (2008), seria importante identificar características do transtorno de ansiedade tratado que respondem melhor ao tratamento comportamental em grupo; ou ainda, segundo Herbert et al. (2005), é necessário o desenvolvimento de intervenções específicas aos casos que não respondem a esse tipo de tratamento. De um modo geral, percebeu-se, por meio desta pesquisa, a importância de estudos que identifiquem a função e o efeito funcional que cada intervenção pode ter sobre o comportamento ansioso. Esta identificação pode tornar o tratamento mais flexível quanto às escolhas das intervenções, tendo em vista a função dos comportamentos ansiosos dos participantes do grupo. Uma hipótese é a de que nesses estudos o tratamento possa ser mais efetivo alcançando um maior número de pessoas que respondem ao tratamento. Isso porque conforme Zamignani e Banaco (2005):

A existência de pacotes de tratamento padronizados, de fato, é um avanço para o treinamento e aplicação de estratégias de tratamento, e seu uso pode produzir bons resultados em muitos casos. Em outros casos, todavia, a melhor escolha pode ser a adoção de alguns dos elementos presentes nos pacotes de tratamento ou mesmo o uso de estratégias completamente individualizadas. O que irá definir qual o melhor delineamento do tratamento será a avaliação funcional. A avaliação funcional do caso individual, portanto, é a melhor forma de se desenvolver uma boa análise da queixa apresentada e o delineamento adequado das estratégias de tratamento (p.90).

Assim, mesmo em um formato de grupo, parece importante manter avaliações funcionais das queixas de cada membro individualmente, introduzir intervenções em comum conforme a necessidade do grupo e estratégias terapêuticas individualizadas para dificuldades específicas de cada um dos membros.

Conforme Herbert et al. (2005) são necessários, ainda, estudos para explorar preditores de melhora continuada pós-tratamento, isso para compreender a relação de variáveis que facilitam o acúmulo de ganhos após o término do tratamento. Esse aspecto é evidenciado no estudo de Herbert et al. (2002), no qual os participantes continuaram a apresentar melhoras nas seis semanas de seguimento após o tratamento breve de seis semanas, obtendo resultados semelhantes dos participantes que passaram por tratamento de doze semanas. Portanto, apesar

de nos estudos que avaliaram os participantes na fase de seguimento (Cordioli et al., 2002; Dugas et al., 2003; Erickson, 2003; Herbert et al., 2002; Herbert et al., 2005; Kocovisk, 2009) terem evidenciado a manutenção das melhoras adquiridas no tratamento, seria importante investigar variáveis que facilitam acúmulo de ganhos pós-tratamento.

Os resultados de melhora, pós-tratamento ou ainda em período de seguimento, foram medidos por instrumentos de medida de autorrelato diversos, não havendo uma padronização entre os estudos. Por esse motivo, fica dificultada a comparação entre os resultados e as melhoras alcançadas. Além disso, em geral, são medidos apenas dados de sintomas, não obtendo outros relativos a desenvolvimento de comportamentos alternativos, variáveis relacionadas a mudanças no ambiente social, familiar, ocupacional e/ou acadêmico, etc. Outro limite quanto à análise dos ganhos terapêuticos, é o uso de medidas de autorrelato, podendo haver mudanças importantes nos resultados, conforme a percepção do participante no momento do preenchimento do instrumento. Sugere-se, desse modo, o uso de autorregistros ao longo do tratamento para avaliar a melhora dos estados subjetivos e o uso de avaliação com coleta de dados a partir do critério de outras pessoas (e.g. familiares), para avaliação de mudanças operantes do participante.

Dentre outras limitações dos estudos, foram observados o uso de amostras pequenas e nos casos em que havia grupo controle, este era um grupo de lista de espera em “não tratamento”. Para D’El Rey et al. (2008), para tentar minimizar esse viés o ideal seria o uso de um tratamento placebo o que seria muito difícil em se tratando de psicoterapias. Além disso, não foram usados grupo controle e/ou placebo, os terapeutas não foram totalmente cegos às hipóteses do estudo, as sessões não foram filmadas e nos casos em que havia uso de psicotrópicos, os efeitos do tratamento podem ter influência desse tratamento concomitante.

Contudo, apesar dos limitadores, a terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade tem mostrado eficiência pelas importantes evidências de melhora dos participantes, sobretudo considerando que esses transtornos são de curso crônico. Em todos os estudos, a maior parte dos indivíduos que completaram o tratamento obtiveram resultados clínicos de melhora significativa, as quais foram mantidas no período de seguimento (dado observado nos estudos que fizeram essa medida). Além disso, nos grupos em que o ambiente de grupo foi avaliado e discutido (Cordioli et al., 2002; Dugas et al., 2003; Norton & Hope, 2010) foi relatado pelos participantes que esse formato proporcionou oportunidade de aprender com outros, a se sentirem mais compreendidos e menos isolados.

Para próximos estudos, sugere-se o uso de grupos aleatorizados controlados; uso de comparação do mesmo procedimento terapêutico em grupo com estudos de caso único;

estudos que envolvam avaliação funcional das queixas de cada membro individualmente e a testagem de intervenções com base na avaliação funcional; estudo de preditores de melhora continuada após o tratamento, que investiguem a relação de variáveis que facilitam o acúmulo de ganhos após o término do tratamento; e ainda, estudo de variáveis que aumentem a adesão no formato de grupo, levando-se em consideração a maior porcentagem de abandono desse tipo de tratamento em relação ao individual.

### Referências

- Almeida Filho, N., Mari, J., Coutinho, E., França, J., Fernandes, J., Andreoli, S., & Busnello, E. (1992). Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 14 (3), 93-104.
- American Psychiatric Association - A.P.A. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV-TR* (C. Dornelles, Trad.) (4 ed., pp. 419-467). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho originalmente publicado em 2000)
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Society Psychiatry Epidemiology*, 37, 316–325.
- Bednar, R. L., & Kaul, T. J. (1994). Experiential group research: can the canon fire? In: A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Orgs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4 ed., pp. 631 - 663). New York: John Wiley & Sons.
- Braga, D. T., Cordioli, A. V., Niederauer, K., & Manfro, G. G. (2005). Cognitive-behavioral group therapy for obsessive–compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 180–186.
- Conte, F. C. S. (2008). O uso da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) em grupos terapêuticos. In M. Delitti, P. Derdyk (Orgs). *Terapia Analítico-Comportamental em grupo* (pp. 127-156). Santo André: ESETec.
- Cordioli, V. C. (s/d) *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para o transtorno obsessivo-compulsivo*. Manual não publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, PROTAN (Programa Transtornos de Ansiedade), Porto Alegre, Rio Grande do sul. (Adaptado por Daniela Tusi Braga em 2008)
- Cordioli, A. V., Heldt, E., Bochi, D. B., Margis, R., Sousa, M. B. de, Tonello, J. F., Teruchkin, B., & Kapczinski, F. (2002). Terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 113-120.

- D'El Rey, G. J. F., Lacava, J. P. L., Cejkinski, A., & Mello, S. L. (2008). Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: resultados de 12 semanas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (2), 79-83.
- D'El Rey, G. J. F., Beidel, D. C., Cejkinski A., Greenberg, P. N., & Chavira, D. J. F. (2007). Manual de Tratamento Cognitivo-Comportamental em Grupo para Fobia Social Generalizada. *Psychiatry on line Brasil*, 12 (4). Recuperado em <http://www.polbr.med.br/ano07/art0407b.php>
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langolis, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 821-825.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioural treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge. (Trabalho originalmente publicado em 1961)
- Erickson, D. (2000). *Anxiety Management Group*. Manual não publicado, Psychology Department, Royal Columbian Hospital, Ottawa, Canada.
- Erickson, D. H. (2003). Group cognitive behavioural therapy for heterogenous anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32 (4), 179-186.
- Erickson, D. H., Janeck, A. S., & Tallman, K. (2007). A cognitive-behavioural group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Services*, 58, 1205–1211.
- Fletcher, R. H., Fletcher, S. W., & Wagner, E. H. (1994). *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Heimberg, R. G. & Becker, R. E. (2002) *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford. (Trabalho originalmente publicado em 1991)
- Herbert, J. D., Rheingold, A. A., & Goldstein, S. G. (2002). Brief cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (1), 1-8.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social. *Behavior Therapy*, 36 (2), 125-138.
- Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1993). Social phobia and social anxiety. In D.H. Barlow et al. (Orgs.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2 ed.,pp. 99 -126). New York: Guilford Press.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Manual de psiquiatria clínica*. (D. Batista, Trad.), (2. ed., pp. 125-137). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho originalmente publicado em 1996)

- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: an open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (3), 276-289.
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2008). The "anxiety treatment protocol": a group case study demonstration of a transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Clinical Case Studies*, 7 (6), 538-554.
- Oei, T. P. S., & Boschen, M. J. (2009). Clinical effectiveness of a cognitive behavioral group treatment program for anxiety disorders: A benchmarking study. *Journal of Anxiety Disorders*, 29, 950-957.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006, Feb). Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Canadian Psychiatric Association*, 51 (2), 100 – 113.
- Sztamfater, S., & Savoia, G. (2008). Fobia social, família e terapia de grupo: uma experiência esperançosa. In M. Delitti, P. Derdyk (Orgs). *Terapia Analítico-Comportamental em grupo* (pp. 173-192). Santo André: ESETEC.
- Vianna, A. M. (2000). Terapia cognitivo-comportamental em grupo. In R. R. Kerbauy (Org.). *Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (vol. 5, pp. 302-305). Santo André: ESETEC.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 77-92.

## ARTIGO 2

### **Transtornos de Ansiedade: Análise de Protocolos de Tratamento Comportamental para Intervenção em Grupo.**

#### **Anxiety Disorders: Analysis of Treatment Protocols for Behavioral Group Intervention**

**Resumo:** Neste estudo, foi realizada uma revisão da literatura sobre terapia comportamental em grupo objetivando levantar as intervenções realizadas, identificar sua relação com os transtornos de ansiedade tratados e realizar uma breve leitura analítico-comportamental dos principais componentes de intervenção. Por meio dos indexadores Academic Search Premier, LILACS, MEDLINE, PsycNET, Science Direct, SCOPUS, SciELO e Web of Science foram selecionados 18 artigos. Realizou-se a busca dos protocolos de intervenção utilizados, da qual foram obtidos oito protocolos para análise. Foram estabelecidas duas categorias de análise: 1) estrutura do tratamento realizado e 2) transtornos de ansiedade tratados. E duas subcategorias respectivamente: (a) sessões do tratamento e (b) tipo de transtorno de ansiedade. Foram realizados dois cruzamentos, o primeiro entre as subcategorias (a) e (b) e o segundo entre a subcategoria (a) e a categoria 2. Nos estudos encontrados, houve predomínio de pesquisas cognitivo-comportamentais e as principais intervenções utilizadas foram: psicoeducação sobre o transtorno de ansiedade tratado, o modelo cognitivo-comportamental e a reestruturação cognitiva, treino de exposição gradual, identificação de pensamentos automáticos, treino de reestruturação cognitiva e treino de habilidades sociais. Apesar dos resultados significativos dos estudos, observa-se a importância de pesquisas que identifiquem as variáveis que explicam a eficácia das intervenções utilizadas no tratamento.

**Palavras-chave:** Transtorno de ansiedade. Terapia em grupo. Análise do comportamento.

**Abstract:** This study consists in a literature review about behavioral therapy group aiming to raise the interventions, identify their relation with anxiety disorders treated, as well as do a brief analytic behavioral reading of major components of intervention. It was used the indexers Academic Search Premier, LILACS, MEDLINE, PsycNET, Science Direct, SCOPUS, Web of Science and SciELO and it was selected 18 articles. The search of the intervention protocols used was performed and eight protocols were obtained for analysis. It was established two categories of analysis: 1) the structure of the treatment and 2) anxiety disorders treated. And two subcategories respectively: (a) treatment sessions and (b) type of anxiety disorder. Two crosses were performed, the first between the subcategories (a) and (b) and the second, between subcategory (a) and Category 2. In the studies reviewed, there was a predominance of cognitive-behavioral research and major interventions used were: psychoeducation about anxiety disorder treated, the cognitive-behavioral model and cognitive restructuring, training gradual exposure, identification of automatic thoughts, cognitive restructuring and social skills training. Despite the significant results of the studies, there is the importance of researches to identify the variables that explain the effectiveness of interventions used in the treatment.

**Keywords:** Anxiety disorders. Group therapy. Behavior analysis.

## Introdução

Dados estatísticos de estudos médicos mostraram que os transtornos de ansiedade estão entre os mais prevalentes (Almeida-Filho et al., 1992; Andrade, Walters, Gentil & Laurenti, 2002; Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006). Além disso, levando-se em consideração o sofrimento clinicamente significativo do indivíduo e prejuízos gerados no funcionamento social, ocupacional, familiar, entre outros (APA, 2002), entende-se ser necessário o desenvolvimento de tratamentos que sejam eficientes.

As terapias comportamentais<sup>1</sup> em grupo para transtornos de ansiedade têm sido uma interessante alternativa de tratamento, e ainda, têm apresentado resultados de melhora significativa dos pacientes próximos ao molde individual (Bednar & Kaul, 1994; Dugas et al., 2003). A terapia em grupo tem ainda benefícios, sobretudo no que se refere a sua maior abrangência em número de pessoas, menor custo financeiro ao indivíduo (Vianna, 2000), ambiente mais favorável ao desenvolvimento de repertórios diversos (e.g., social, de resolução de problemas) e generalização desses repertórios para outros ambientes (Delitti, 2008).

Os tratamentos comportamentais em grupo que seguem modelos de intervenções previamente elaborados são realizados em uma determinada sequência e com um número de sessões fixo. Esse modelo de intervenção é descrito em um manual, conhecido como protocolo de tratamento. Esses protocolos têm sido desenvolvidos com o objetivo de auxiliar terapeutas, na tentativa de apresentar um modelo de intervenção na condução do tratamento (Peçanha, 2005).

Estudiosos da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para transtornos de ansiedade têm publicado estudos testando o uso de protocolos de tratamento (e.g., Cordioli et al., 2002; D'El Rey, Lacava, Cejkinsk & Mello, 2007; Dugas et al., 2003). Conforme Oei e Boschen (2009), a TCC é bastante eficiente quando ocorre em formato de grupo com indivíduos diagnosticados com diferentes transtornos de ansiedade. Com o uso de técnicas como a reestruturação cognitiva, além de reduzir os sintomas de ansiedade, o tratamento também leva a uma melhoria de outras variáveis como cognição relacionada à ansiedade e a satisfação com a vida (Boschen & Oei, 2008). Knijnik e Eizirik (2002) também discutem os benefícios da TCC em grupo para clientes com fobias a diferentes situações. Conforme Heimberg (2002) essa é a forma de terapia mais estudada para fobia social, tendo sua eficiência demonstrada

---

<sup>1</sup> O termo 'terapia comportamental' foi utilizado neste artigo enquanto uma denominação genérica que abrange tanto a terapia analítico-comportamental quanto a terapia cognitivo-comportamental.

em estudos (e.g., Heimberg & Becker, 2002; Knijnik & Eizirik, 2002). No Brasil, entretanto, há escassez de pesquisas sobre a efetividade da TCC no formato de grupo para transtornos de ansiedade (D'El Rey, Lacava, Cejkinski, & Mello, 2008).

Recentemente, alguns estudos cognitivo-comportamentais têm focado nas mudanças da conceituação do transtorno de ansiedade, as quais se pautam mais nas semelhanças entre os diagnósticos do DSM-IV-TR (APA, 2002) do que em suas especificidades. Este enfoque justifica-se, uma vez que, o transtorno apresentaria fatores comuns e de maior importância no contexto clínico do que suas diferenças (Barlow, Allen & Choate, 2004). Esse tipo de intervenção em grupo para esses transtornos foi denominado como modelo transdiagnóstico (Barlow et al., 2004; Norton & Hope, 2005; Norton, 2008), o qual trata diversos transtornos de ansiedade em um mesmo grupo.

Com o surgimento do “modelo transdiagnóstico de ansiedade” (Norton, 2008) as características comuns aos transtornos ansiosos e não as suas especificidades passaram a ser o foco de análise e intervenção psicoterapêutica. Este modelo bastante atual tem sido testado e estudado por alguns pesquisadores (e.g., Erickson, 2003; Norton & Hope, 2005; Norton, 2008), os quais têm apresentado comprovações de eficiência referentes à diminuição de sintomas relacionados à ansiedade. Esse modelo tem também como base um protocolo de tratamento com diversas intervenções comportamentais em um molde fixo e estruturado.

Levando-se em consideração os dados apresentados em Okamoto (2012) quanto à eficiência e resultados satisfatórios em relação à redução dos comportamentos ansiosos problemáticos em terapia cognitivo comportamental em grupo, esta pesquisa objetivou levantar e analisar os componentes de tratamento utilizados neste tipo de intervenção em pesquisas de natureza empírica. Além disso, realizou-se também uma discussão sobre os principais componentes presentes nos protocolos e um breve levantamento analítico-comportamental para entendimento das estratégias de intervenção mais utilizadas.

## **Método**

Foi realizada uma busca do material bibliográfico em oito bases de dados eletrônicas disponíveis no portal de periódicos da CAPES: Academic Search Premier, LILACS, MEDLINE, PsycNET, Science Direct, SCOPUS, SciELO e Web of Science. A busca do material foi realizada com o uso de palavras-chave as quais foram selecionadas conforme o refinamento ao longo do levantamento. Observou-se que o uso das palavras “*anxiety disorder*” abrangiam maior número de estudos incluindo aqueles que se referiam aos subtipos

dos transtornos de ansiedade (e.g. fobia social, transtorno de ansiedade generalizada, entre outros), o mesmo ocorreu com o uso da palavra “*therapy*” a qual abrangue qualquer estudo que envolvesse essa temática (e.g. *behavioral therapy*) e a palavra “*transdiagnostic*” foi utilizada, uma vez que, na busca geral observou-se uma quantidade importante de estudos com o uso desse termo. As palavras-chave usadas e combinadas foram: *anxiety disorder(s)*, *group*, *therapy* e *transdiagnostic*.

Foram incluídos artigos de pesquisas empíricas sobre terapias comportamentais em grupo para transtornos de ansiedade as quais foram conduzidas com adultos de ambos os gêneros, escritos em português ou inglês. Foram consideradas as publicações de todo o período de cada base de dados até setembro de 2011. Os critérios de exclusão foram: a) estudos empíricos de intervenções conduzidas com participantes de outras faixas etárias (crianças, adolescentes e idosos); b) outros diagnósticos que não o de transtorno de ansiedade (e.g., que tratavam de outras psicopatologias, outros transtornos de comportamento comórbidos ou uso abusivo de substâncias); c) outras modalidades de tratamento (estudo de caso único, terapia virtual); d) intervenções conduzidas sob outros referenciais teóricos (terapias não comportamentais, intervenções unicamente farmacológicas, estudos sobre neurofisiologia da ansiedade); e) análise apenas de seguimento (*follow-up*) sem a descrição do tratamento realizado em grupo; f) estudos psicométricos e de levantamento de dados de perfil dos indivíduos; g) estudos teóricos ou de revisão de literatura.

Uma vez que no método das pesquisas que atenderam aos critérios de inclusão, as descrições das intervenções foram apresentadas brevemente pelos autores e o protocolo de tratamento com as descrições completas estava referenciado, realizou-se a busca desse material. A recuperação deste, foi realizada mediante consulta às referências bibliográficas apresentadas nos artigos. Aqueles não publicados ou não encontrados foram solicitados aos seus autores via endereço eletrônico. O critério para que o protocolo fosse incluído foi o de apresentar a descrição completa dos componentes abordados na intervenção.

Para análise dos protocolos de intervenção foram elaboradas categorias e subcategorias de análise. A primeira categoria de análise se refere à estrutura dos protocolos de tratamento. Observou-se que todos os protocolos cumpriram com um formato de funcionamento similar. Assim, essa categoria foi subdividida, neste estudo, da seguinte forma: 1) sessões iniciais, 2) sessões intermediárias e 3) sessões finais. As sessões iniciais tinham caráter informativo, objetivando informar aspectos importantes do tratamento e do transtorno. Nas sessões intermediárias, foram realizadas as intervenções psicoterapêuticas. E

nas sessões finais, foram apresentados conteúdos de revisão final, avaliação e prevenção de recaída.

Uma segunda categoria de análise foi elaborada e se refere ao tipo de transtorno de ansiedade tratado, objeto de intervenção dos estudos. Essa categoria foi dividida em quatro subcategorias: 1) fobia social, 2) múltiplos transtornos de ansiedade, 3) transtorno de ansiedade generalizada e 4) transtorno obsessivo compulsivo. Um cruzamento entre os componentes apresentados nas subcategorias da categoria 1 (sessões iniciais, sessões intermediárias e sessões finais) e as quatro subcategorias da categoria 2 (fobia social, múltiplos transtornos de ansiedade, transtorno de ansiedade generalizada ou transtorno obsessivo compulsivo) foi realizada.

Portanto, os protocolos foram analisados a partir da comparação:

- 1) de cada transtorno de ansiedade separadamente (subcategorias da categoria 2) em relação aos componentes das sessões iniciais, sessões intermediárias e sessões finais (subcategorias da categoria 1). Em outras palavras: foram comparados os componentes das sessões iniciais, intermediárias e finais dos protocolos referentes a cada transtorno de ansiedade separadamente.
- 2) entre todos os transtornos de ansiedade (categoria 2) e os componentes das sessões iniciais, intermediárias e finais (subcategorias da categoria 1). Isto é: foram comparados os componentes das sessões iniciais, intermediárias e finais dos protocolos referentes a todos os transtornos de ansiedade analisados.

## **Resultados e Discussão**

Foram encontrados 226 artigos, dos quais foram selecionados 35 e desses, apenas 18 atenderam aos critérios de inclusão. A busca dos protocolos de tratamento utilizados na fase de intervenção desses 18 estudos foi realizada e um total de oito protocolos foi obtido. Assim, foram incluídos para revisão e análise o total de oito protocolos de tratamento.

Em seguida, na Tabela 1 está apresentada uma relação dos artigos dos quais foram obtidos os protocolos de intervenção completos.

**Tabela 1** – Relação dos artigos (n=8) que referenciaram protocolos com a descrição completa das intervenções realizadas.

<b>Artigos</b>
1. Cordioli, A. V., Heldt, E., Bochi, D. B., Margis, R., Sousa, M. B. de, Tonello, J. F., Teruchkin, B., & Kapczinski, F. (2002). Terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico. <i>Revista Brasileira de Psiquiatria</i> , 24 (3), 113-120.
2. D'El Rey, G. J. F., Lacava, J. P. L., Cejkinski, A., & Mello, S. L. (2008). Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: resultados de 12 semanas. <i>Revista de Psiquiatria Clínica</i> , 35 (2), 79 - 83.
3. Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langolis, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 71 (4), 821-825.
4. Erickson, D.H. (2003). Group cognitive behavioural therapy for heterogenous anxiety disorders. <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> , 32 (4), 179-186.
5. Herbert, J. D., Rheingold, A. A., & Goldstein, S. G. (2002). Brief cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> , 9 (1), 1-8.
6. Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social. <i>Behavior Therapy</i> , 36 (2), 125-138.
7. Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: an open trial. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> , 16 (3), 276-289.
8. Norton, P. J., & Hope, D. A. (2008). The "anxiety treatment protocol": a group case study demonstration of a transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. <i>Clinical Case Studies</i> , 7 (6), 538-554.

Tanto os artigos quanto os protocolos de intervenção incluídos para análise são cognitivo-comportamentais. Apenas duas pesquisas, que se refere a 25% dos oito estudos, foram conduzidas no Brasil e utilizaram protocolos desenvolvidos pelos autores Cordioli (s/d) e D'El Rey, Beidel, Cejkinski, Greenberg e Chavira (2007). Na busca bibliográfica deste estudo, observou-se que as pesquisas nacionais encontradas com a temática de interesse desta pesquisa são recentes e com menor número de publicação, sobretudo aqueles com o referencial teórico da Análise do Comportamento.

Os oito protocolos de intervenção recuperados foram elaborados ou reeditados no período dos últimos doze anos. Desses, seis eram de: Cordioli (s/d); D'El Rey et al. (2007); Dugas e Robichaud (1961/2007); Erickson (2000); Fleming e Kocoviski (2007/2009); e Norton e Hope (2008). Os outros dois estudos (Herbert, Rheingold, & Goldstein, 2002; e

Herbert, Gaudiano, Rheingold, Myers, Dalrymple, & Nolan, 2005) adaptaram suas intervenções do mesmo protocolo de tratamento (Heimberg & Becker, 1991/2002).

Quanto aos objetivos, os protocolos de intervenção foram utilizados nas pesquisas a fim de serem testados e de verificar sua eficiência na redução de sintomas dos participantes diagnosticados com transtornos de ansiedade como: a fobia social (D’El Rey et al., 2008; Herbert et al., 2002; Herbert et al., 2005; Kocovski, et al., 2009); os múltiplos transtornos de ansiedade (Erickson, 2003 e Norton & Hope, 2008); o transtorno de ansiedade generalizada (Dugas et al., 2003); e o transtorno obsessivo compulsivo (Cordioli et al., 2002). Todos os protocolos apresentaram um número fixo de sessões, dos quais foram realizadas 12 sessões em seis estudos (Cordioli et al., 2002; D’El Rey et al., 2008; Erickson, 2003; Herbert et al., 2005; Kocovski et al., 2009; Norton & Hope, 2008), um realizou 6 sessões (Herbert et al., 2002) e em outro foram realizadas 14 sessões (Dugas et al., 2003).

A análise dos protocolos foi realizada a partir de dois tipos de cruzamentos de categorias e subcategorias de análise, os quais estão descritos anteriormente no método. Para tanto, na Tabela 2 estão apresentados os dois tipos de cruzamentos citados. Nela constam os estudos e respectivos autores, assim como, os componentes dos protocolos que foram utilizados na intervenção de cada transtorno, agrupados por categorias e subcategorias.

**Tabela 2** – Componentes presentes nos protocolos de intervenção para transtornos de ansiedade e autores dos estudos que utilizaram os protocolos.

Componentes	Estudos							
	Fobia social (n=4)				Múltiplos (n=2)		TAG (n=1)	TOC (n=1)
	D’El Rey et al. (2008)	Herbert et al. (2002)	Herbert et al. (2005)	Kocovski et al. (2009)	Erickson (2003)	Norton & Hope (2008)	Dugas et al. (2003)	Cordioli et al. (2002)
<b>Sessões iniciais</b>								
Apresentação, integração, objetivos, regras, expectativas		x	x	x	x	x	x	X
Explicação dos componentes e finalidade		x	x		x	x	x	X
Metas e plano de ação					x			
Psicoeducação (transtorno)	x	x	x	x	x	x	x	X
Psicoeducação (modelo cognitivo)	x	x	x		x	x	x	X
Psicoeducação (RC)	x	x	x			x		
Identificação de dois tipos de preocupação*							x	
Papel dos medicamentos e habilidades					x			

Papel família/ amigos					x			
Ensino sobre modelo <i>Mindfulness</i> e aceitação				x				
Identificação de mantenedores da ansiedade				x				
Ensino sobre avaliação e controle da ansiedade				x	x			
Valores e objetivos pessoais				x				
<b>Sessões intermediárias</b>								
Identificação Pensamentos Automáticos*	x	x	x		x	x		X
Treino de RC*	x	x	x			x	x	
Identificação intolerância à imprevisibilidade							x	
Exposição imaginária <i>in vivo</i> e RC	x	x	x	x	x	x	x	
EPR						x		x
Identificação de esQUIVA encoberta					x			
Identificação de crenças disfuncionais*					x	x	x	x
Questionamento socrático/ respostas alternativas*							x	x
Treino de respiração*					x			
Treino de relaxamento*					x			
THS		x	x	x	x			
THS <i>in session</i>		x	x		x			
Hábitos que mantém ansiedade					x			x
Treino resolução de problemas							x	
Aspectos específicos do transtorno								x
Impacto do transtorno: família/rotina/trabalho								x
Exercício <i>Mindfulness</i> *				x				
Técnica desfusão/ distanciamento*				x				
Exercício <i>Willingness</i> *				x				
<b>Sessões finais</b>								
Revisão geral		x	x	x	x		x	x
Avaliação progressos	x	x	x	x	x	x	x	x
Esclarecimentos Finais	x					x		
Continuidade/ plano ação	x	x	x	x	x	x	x	x
Prevenção de recaída					x	x	x	x
Sugestão apoio social					x			x
Sugestão leitura					x			x

*Nota:* TAG = transtorno de ansiedade generalizada; TOC = transtorno obsessivo compulsivo; RC = reestruturação cognitiva; EPR = exposição e prevenção de respostas; THS = treino de habilidades sociais; \*componentes descritos no Apêndice A.

## **Análise 1: comparação entre os componentes das sessões dos protocolos para o tratamento de cada transtorno de ansiedade separadamente**

Em seguida, estão apresentadas as análises dos protocolos referentes aos cruzamentos dos componentes das sessões (subcategorias da categoria 1) para cada tipo de transtorno de ansiedade separadamente (subcategorias da categoria 2).

### 1) Fobia social

Como pode ser observado na Tabela 2, os protocolos para tratamento de fobia social têm uma forma de funcionamento similar quanto aos componentes de intervenção. Os componentes de intervenção mais utilizados foram: psicoeducação, identificação de pensamentos automáticos, treino de reestruturação cognitiva, de exposição e de habilidades sociais. Há variações apenas na forma de condução dos conteúdos, no uso de recursos impressos e práticos, na sequência dos elementos e no tempo utilizado em cada conteúdo e habilidade.

No estudo de D'El Rey et al. (2008), o protocolo usado foi o de D'El Rey, et al. (2007) no qual foram realizadas 12 sessões. Os principais componentes de intervenção usados foram psicoeducação, identificação de pensamentos automáticos, treino de reestruturação cognitiva e de exposição. Foi relatado pelos autores que 80% dos participantes responderam ao tratamento, com redução significativa dos sintomas ansiosos e uma melhora significativa em relação ao medo de ser julgado negativamente pelas pessoas.

As pesquisas realizadas por Herbert et al. (2002) e Herbert et al. (2005) realizaram suas intervenções adaptadas do protocolo de Heimberg e Becker (1991/2002). Os principais componentes de intervenção usados em ambos os estudos foram: psicoeducação, identificação de pensamentos automáticos, treino de reestruturação cognitiva, de exposição e de habilidades sociais. As diferenças estruturais entre os dois estudos foi que no de Herbert et al. (2002) foi adaptado um modelo breve de 6 sessões e no estudo de Herbert et al. (2005) foram realizadas 12 sessões.

Segundo Herbert et al. (2002) em seu estudo tiveram como resultados uma melhora no desempenho social dos participantes e relatos de motivação para continuar o treino das habilidades aprendidas pós-tratamento. O tratamento teve resultados moderados logo após as 6 sessões. Depois de 6 semanas de seguimento, segundo os autores, os participantes apresentaram redução dos sintomas e dos comportamentos de esquiva, parecida com o modelo de 12 semanas. O que sugere, de acordo eles, que esse modelo de terapia breve parece ser tão

eficiente quanto o modelo de 12 semanas. Porém, segundo os autores, até o ano de 2002, ainda não haviam sido realizados estudos com comparação direta entre esses dois modelos de tratamentos. No estudo de Herbert et al. (2005), o treino de habilidades sociais (THS) foi o componente testado em dois tipos de grupos, os grupos que incluíram o THS foram os que tiveram melhores resultados na redução dos sintomas e aquisição de melhor desempenho em contextos sociais, do que naqueles em que o THS não foi introduzido. Desse modo, segundo os autores, o THS parece ser um importante componente a ser incluído ao protocolo de tratamento de fobia social.

Por fim, no estudo de Kocovski et al. (2009), o protocolo de 12 sessões elaborado por Fleming e Kocovski (2007/2009) foi utilizado. Os principais componentes de intervenção foram psicoeducação, treino de exposição imaginária, THS e elementos do modelo *mindfulness* como: exercícios de *mindfulness* e de respiração, distanciamento/desfusão cognitiva e exercício de *willingness*. Segundo Kocovski et al. (2009), o estudo teve como resultado a melhora clínica significativa de 43% do total dos participantes e a maioria dos 69% que completaram o tratamento teve essa melhora. Além disso, houve redução significativa dos sintomas da ansiedade social, depressão e ruminação, além de melhora na aceitação da ansiedade e *mindfulness*.

## 2) Múltiplos transtornos de ansiedade

Conforme é possível observar na Tabela 2, apesar de ambos os protocolos terem elementos em comum, cada protocolo tem uma forma de funcionamento bastante diversificada. Cada qual abrange e focaliza elementos distintos. Na pesquisa realizada por Erickson (2003) foi utilizado o protocolo de 12 sessões de Erickson (2000) no qual o tratamento focaliza uso de psicoeducação, treino de relaxamento e respiração, identificação de pensamentos automáticos, identificação de crenças disfuncionais, treino de habilidades sociais e identificação de hábitos que mantêm ansiedade, objetivando ensinar habilidades para lidar com a ansiedade excessiva. Já no estudo de Norton e Hope (2006) o protocolo de 12 semanas é descrito no próprio artigo, no qual há destaque no uso de psicoeducação, reestruturação cognitiva, treino de exposição gradual e identificação/contestação de crenças disfuncionais, com o objetivo de reduzir e evitar nova aquisição de medo excessivo.

No estudo de Erickson (2003), o autor relatou resultados com reduções significativas na severidade dos sintomas relacionados à ansiedade e comportamentos de esquiva associados. Já no estudo de Norton e Hope (2006), foi relatado que os resultados foram moderados sendo que dos cinco participantes, três (60%) atingiram gravidade subclínica e dois (40%) gravidade clínica com necessidade de se manter em tratamento.

Esses dois estudos têm como característica comum o tratamento de diversos transtornos de ansiedade em um mesmo grupo. Ambos afirmam que as similaridades entre os transtornos ansiosos são maiores que as disparidades, sendo possível desse modo tratá-los sob o mesmo molde psicoterapêutico. Além disso, para Erickson (2003) o sistema de saúde público atual demanda por intervenções que atendam à realidade clínica, não sendo possível separar apenas grupos de transtornos de ansiedade específicos. Isso porque apesar de ser comum a procura desses pacientes por tratamento, grupos homogêneos com transtorno único exigem disponibilidade de pessoas com o mesmo diagnóstico, no mesmo período de tempo e isso dificilmente ocorre. O autor ainda afirma que é bastante comum comorbidade de vários transtornos de ansiedade nos pacientes tratados, o que justifica o uso de um mesmo protocolo de tratamento para esses transtornos.

O tratamento para diversos transtornos de ansiedade em um mesmo grupo passou a ser estudado há poucos anos. Conforme observado por meio do presente levantamento bibliográfico, constatou-se que o grupo de pesquisa de Peter Norton tem publicado pesquisas sobre esse tema desde 2003, entretanto, o protocolo de tratamento mais usado em seus estudos não foi publicado e, também, não foi disponibilizado para as análises deste trabalho. A testagem da eficiência desse tipo de tratamento parece ser importante, principalmente por abranger um formato com diversas vantagens para a prática clínica. Conforme Erickson (2003) argumentou, se em um estudo controlado de tratamento de um grupo heterogêneo indicar efeitos próximos aos constatados nos diagnósticos específicos presentes no grupo, então a disseminação desse tipo de tratamento poderá ser aprimorada.

### 3) Transtorno de ansiedade generalizada

Dugas et al. (2003) utilizaram em seu estudo o protocolo de 14 sessões de Dugas & Robichaud (1961/2007). Os principais componentes de intervenção foram: psicoeducação, ensino sobre tolerância a imprevisibilidade, treino de exposição imaginária e *in vivo*, identificação de crenças disfuncionais, questionamento socrático com ensino de pensamentos alternativos e treino de resolução de problemas.

Os resultados, conforme os autores, foram significativos, com redução significativa dos sintomas de ansiedade, de depressão e de respostas somáticas (e.g., preocupação, tolerância ao incerto, etc). Dugas et al. (2003) relataram que os resultados apresentados em seu estudo são similares aos apresentados na literatura a respeito de ensaios clínicos de tratamento individual (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle, 2002; Ladouceur et al., 2000 como citado em Dugas et al., 2003). E ainda, para Dugas et al. (2003), o modelo de tratamento em grupo apresenta ainda outras vantagens, uma vez que

envolve menor custo e mais pessoas tratadas. Além disso, afirmaram que os participantes relataram sentir-se menos isolados e melhor compreendidos no grupo, gerando oportunidade de também aprender com os outros membros. A desvantagem do uso de grupo, segundo os autores, refere-se ao maior número de desistência dos participantes em comparação ao molde individual.

#### 4) Transtorno obsessivo compulsivo

No estudo de Cordioli et al. (2002), foi utilizado o protocolo de 12 sessões Cordioli (s/d). Os principais componentes de intervenção utilizados foram: psicoeducação, treino de exposição e prevenção de respostas, identificação de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais, questionamento socrático com ensino de pensamentos alternativos, identificação de hábitos que mantém a ansiedade, ensino sobre aspectos específicos do transtorno, sessão com os familiares a respeito do impacto do transtorno na família, rotina e trabalho.

Cordioli et al. (2002) relataram que 78.1% dos pacientes apresentaram melhora, no que se refere à redução significativa dos sintomas ansiosos e obsessivo-compulsivos, e ainda, redução dos sintomas depressivos. De acordo com os autores, aspectos importantes que os participantes consideraram no tratamento se referem ao estabelecimento de sessões informativas a respeito do transtorno, das crenças e das estratégias para mudá-las. Esse conhecimento pode ter melhorado a submissão dos participantes nos exercícios de exposição e prevenção de respostas, considerado por eles um componente essencial na eliminação das obsessões e rituais. Além disso, os participantes ainda mencionaram que elementos da intervenção em grupo (como a interação entre os membros, vínculo, observações e sugestões do grupo, compromisso com o outro) parecem ter contribuído para o comprometimento com a realização das tarefas prescritas.

### **Análise 2: comparação entre os componentes das sessões (iniciais, intermediárias e finais) dos protocolos e todos os transtornos de ansiedade tratados**

A seguir, estão apresentadas as análises dos protocolos referentes aos cruzamentos dos componentes das sessões (subcategorias da categoria 1) em relação a todos os transtornos de ansiedade (categoria 2), conforme pode ser observado na Tabela 2.

#### Sessões iniciais

Quanto às sessões informativas iniciais de todos os protocolos de intervenção, em: 87.5% deles foi realizada uma sessão incluindo apresentação e integração dos membros,

estabelecimento de regras, objetivos e expectativas do grupo; 75% dos protocolos explicaram sobre os componentes presentes no tratamento e sua finalidade; 100% realizaram psicoeducação sobre o transtorno de ansiedade tratado, 87.5% sobre o modelo cognitivo-comportamental e 50% realizaram psicoeducação sobre reestruturação cognitiva e funcionamento dos pensamentos automáticos.

Alguns elementos foram utilizados por apenas um protocolo, dentre eles: informação do papel dos medicamentos x habilidades, papel da família e dos grupos sociais; determinação de metas e de plano de ação pessoal; identificação de dois tipos de preocupação (real x imaginária); ensino sobre o modelo *Mindfulness* e aceitação; identificação de mantenedores de ansiedade; avaliação e controle da ansiedade; levantamento de valores e objetivos pessoais, etc.

#### Sessões intermediárias

Nas sessões intermediárias, referentes às intervenções terapêuticas de todos os protocolos, em: 100% foi realizado treino de exposição gradual (dentre esses, 75% realizou treino e exposição in vivo, 25% realizou exposição imaginária e 25% realizou exposição com prevenção de respostas); 50% combinou treino de exposição e treino de reestruturação cognitiva, 12.5% realizou treino de exposição imaginária e in vivo, 12.5% combinou treino de exposição in vivo, exposição com prevenção de respostas e reestruturação cognitiva. Em 75% dos protocolos foi ensinada a identificação de pensamentos automáticos relacionados ao transtorno de ansiedade tratado; 50% dos protocolos realizou treino de reestruturação cognitiva; 50% realizou treino de habilidades sociais (e desses, 75% realizou o treino in vivo); 37.5% ensinou a identificação de crenças disfuncionais relacionadas ao transtorno (desses, 67% realizou questionamento socrático com ensino de pensamentos alternativos e 33% realizou treino de reestruturação cognitiva); 25% ensinou sobre os hábitos que mantêm a ansiedade.

Outras intervenções ocorreram de forma exclusiva em alguns protocolos, como: ensino sobre tolerância à imprevisibilidade, sobre esquivas encobertas, treino de respiração e de relaxamento, treino de resolução de problemas, exercício de *mindfulness*, desfusão e *willingness*, etc.

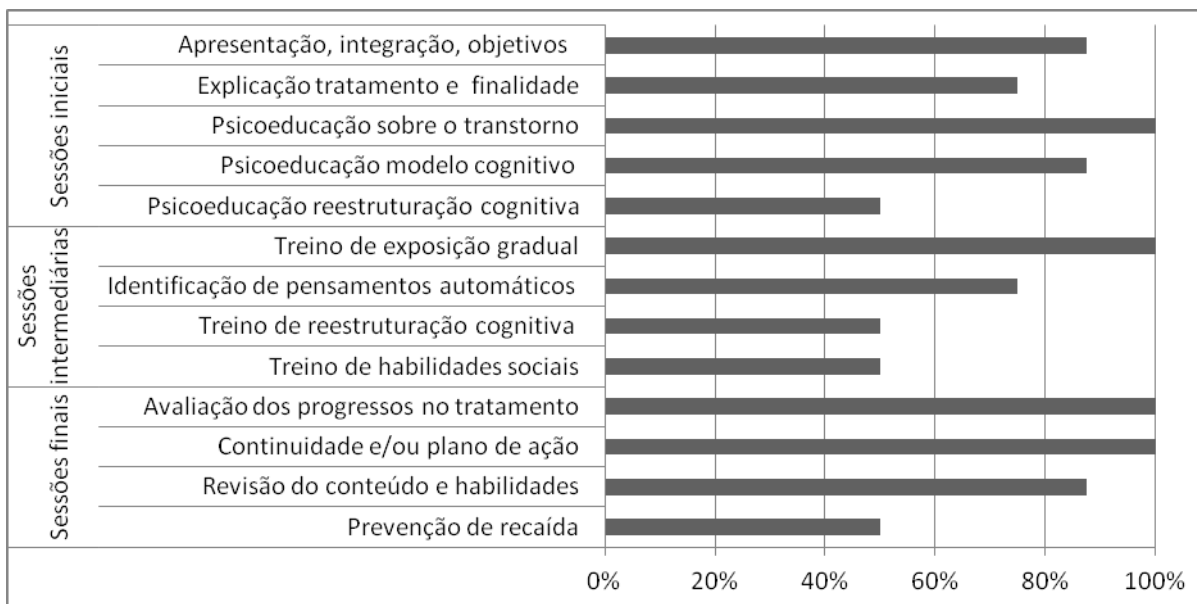
#### Sessões finais

Nas sessões finais de todos os protocolos, em: 100% deles foi realizada avaliação dos progressos no tratamento; 100% dos protocolos incentivou e/ou elaborou plano de ação para

continuidade de prática do que foi aprendido; 87.5% realizou revisão geral dos conteúdos e habilidades trabalhados; 50% ensinou sobre prevenção de recaída com a identificação de riscos, situações estressoras e reações comuns; 25% discutiu sobre esclarecimentos gerais; 25% realizou sugestão de grupos de apoio social e de material bibliográfico para consulta.

A Tabela 3 a seguir mostra os elementos em comum das subcategorias da categoria 1 (sessões iniciais, intermediária e finais) que se repetiram em pelo menos 50% dos protocolos.

**Tabela 3** – Principais componentes presentes em todos os protocolos de tratamento por subcategorias (sessões iniciais, intermediárias e finais).



### **Principais componentes dos protocolos e breve leitura analítico-comportamental das intervenções terapêuticas**

Em seguida, será apresentada uma discussão dos principais componentes de intervenção presentes nos protocolos e um levantamento analítico-comportamental para uma breve leitura das intervenções terapêuticas presentes nas sessões intermediárias.

#### Sessões informativas iniciais

Conforme pode ser observado na Tabela 3, nas sessões iniciais do tratamento, os componentes referentes à apresentação e integração dos membros, estabelecimento de regras, objetivos e expectativas do grupo ocorreram em 87.5% dos protocolos; e explicação sobre os componentes presentes no tratamento e sua finalidade em 75% dos protocolos. Conforme Dugas e Robichaud (2007), o uso desses elementos é importante na adesão dos grupos e o

nível de envolvimento no tratamento influencia o resultado alcançado. Desse modo, atividades que propiciem a integração do grupo, assim como, o estabelecimento de discussões sobre regras de funcionamento, expectativas, a forma como o tratamento ocorrerá e a finalidade de cada componente, parece ser importante para que o grupo apresente maior adesão e envolvimento no tratamento.

O componente em comum, na fase inicial, em todos os oito protocolos foi o uso de psicoeducação sobre o transtorno de ansiedade tratado. Em 87,5% dos protocolos foi apresentado, ainda, sobre o modelo cognitivo-comportamental e em 50% realizou-se psicoeducação sobre reestruturação cognitiva e funcionamento dos pensamentos automáticos (esses últimos termos serão melhor discutidos no próximo item). Segundo Figueiredo, Souza, Áglio e Argimon (2009) a psicoeducação tem caráter informativo e educativo acerca dos problemas clínicos, sua patologia, suas implicações e consequências; seu objetivo é tornar o paciente um colaborador ativo e o processo terapêutico mais efetivo. Para Savoia e Vianna (2010) tais informações são importantes, uma vez que, gera alívio de ansiedade aos participantes e engajamento ao tratamento.

#### Sessões intermediárias de intervenções terapêuticas

Na fase intermediária, as intervenções terapêuticas utilizadas em pelo menos 50% dos protocolos foram: treino de exposição gradual, identificação de pensamentos automáticos, treino de reestruturação cognitiva e THS, os quais serão discutidos a seguir. Tais componentes parecem importantes, uma vez que, em geral, os indivíduos com transtorno de ansiedade apresentam repertório comportamental restrito em comportamentos de enfrentamento, resolução de problemas e habilidades sociais (Zamignani & Banaco, 2005). Conforme os autores, o desenvolvimento de novos repertórios comportamentais a fim de suprir os déficits relacionados à produção de respostas de ansiedade é necessário. Desse modo, o cliente pode passar a estabelecer relações mais reforçadoras diminuindo o contato com relações aversivas.

Nessa fase, o elemento em comum em todos os protocolos foi o uso de treino de exposição gradual, variando apenas na forma e tipo de treino (imaginária, *in vivo*, com prevenção de respostas, combinado com reestruturação cognitiva, etc). Carvalho, Nardi e Rangé (2008) afirmam que o objetivo terapêutico desse treino é a habituação por meio da exposição do cliente aos eventos que eliciam respostas ansiosas. As exposições exteroceptivas (ou *in vivo*) propõem que o indivíduo entre em contato gradativamente com os eventos eliciadores de ansiedade, de forma a aumentar o contato com essas situações até que se estabeleça a habituação. Já na exposição interoceptiva (ou imaginária) o objetivo é desfazer a

associação entre as reações corporais de ansiedade e a disparada de um ataque de pânico (Barlow & Cerny, 1999). Isso porque, conforme os autores, experiências de ataque de pânico podem deixar o indivíduo em constante estado de alerta para qualquer evento indicativo de um novo ataque. Isso faz com que haja uma reação exagerada, inclusive fisiológica, a uma mínima sensação corporal de ansiedade, podendo dessa forma, gerar um novo ataque de pânico.

Nesse sentido, uma vez que o indivíduo pode adquirir respostas evitativas, as quais têm função reforçadora no sentido de fuga dos elementos emocionais da ansiedade (Skinner, 1953/2000), esse pode emitir respostas de fuga/esquiva e eliminar a condição sentida. O mesmo pode também passar a evitar qualquer situação que possa eliciar essas reações de ansiedade. Desse modo, o treino de exposição gradual para os transtornos de ansiedade pode além de levar à habituação (Carvalho et al., 2008), desenvolver repertório de enfrentamento aos estímulos aversivos evitados.

Outro componente em comum em 75% dos protocolos foi a identificação de pensamentos automáticos relacionados ao transtorno de ansiedade tratado e em 50% dos protocolos foram realizados, também, o treino de reestruturação cognitiva. A reestruturação cognitiva é uma técnica cognitiva, na qual o terapeuta ajuda o cliente a identificar os pensamentos automáticos e crenças negativas que constituem os pensamentos geradores de ansiedade (Carvalho et al., 2008). Conforme Schmaling, Fruzzetti e Jacobson (1997) depois de identificados, busca-se avaliar o quanto são verídicos e é nesse momento que o cliente observa a forma como percebe o mundo e a si mesmo. A técnica sugere a tentativa de mudança dos pensamentos identificados e considerados disfuncionais. Para Carvalho et al. (2008), ao mudar os pensamentos, os sentimentos negativos a eles relacionados são alterados.

Em uma breve leitura analítico-comportamental, sugere-se que os pensamentos automáticos no que se refere às interpretações catastróficas de eventos geradores de ansiedade podem ter função de operações estabelecedoras, alterando a sensibilidade do indivíduo a certas condições do ambiente, externo ou mesmo interno, tornando mais provável a ocorrência de respostas de ansiedade (Coelho & Tourinho, 2008). Para entendimento do processo da reestruturação cognitiva, sugere-se que respostas de ansiedade podem ser entendidas como produto de relações verbais, sendo controladas pelas autoverbalizações do indivíduo. Isto é, o estímulo verbal pode vir a adquirir uma função eliciadora de respostas de ansiedade, por processo de condicionamento. Nesse sentido, Friman, Hayes e Wilson (1998) defendem que o relato do indivíduo pode alterar a função do comportamento, ou seja, pode controlar a eliciação de resposta de ansiedade. A intervenção nesse caso teria o objetivo de

modificar essas autoverbalizações por meio de descondicionamento da linguagem, diminuindo assim a eliciação de respostas de ansiedade. Outro aspecto sugerido a respeito da reestruturação cognitiva seria o de que palavras podem passar a ter novos significados pelo processo de equivalência de estímulos<sup>2</sup> e relações derivadas entre estímulos verbais e não verbais (ver em Tyndall, Roche & James, 2009). Desse modo, conforme Torres (2000) o indivíduo pode vir a responder de forma ansiosa ao significado literal de suas autoverbalizações. Um modo de intervenção seria pareá-las a novos significados, ou seja, fazendo uma re-leitura das contingências nas quais aqueles comportamentos ocorrem, ensinando o cliente a experienciar essas novas relações.

Outro elemento realizado em 50% dos protocolos foi o treino de habilidades sociais (THS). Este parece importante aos que apresentam esse déficit, o qual “dificulta o funcionamento social do indivíduo e sua capacidade adaptativa” (Angélico, Crippa & Loureiro, p.114, 2006). O ambiente social, neste caso, pode se tornar aversivo e o indivíduo com repertório empobrecido no que se refere a habilidades sociais, pode apresentar respostas ansiosas, que conforme Skinner (1953/2000) são respostas do organismo resultantes de uma contingência aversiva.

### Sessões finais de encerramento

Em relação às sessões finais, conforme observado na Tabela 3, foram realizados em todos os protocolos uma avaliação dos progressos alcançados e incentivo e/ou plano de ação para continuidade do que foi aprendido. Outros elementos mais usados foram a revisão geral do conteúdo e habilidades ensinados, e prevenção de recaída.

Para Heimberg e Becker (2002) o modelo cognitivo comportamental de terapia de grupo é objetivo e com duração previamente estabelecida, pois tem como finalidade apenas ensinar os conhecimentos e habilidades necessárias para o tratamento do transtorno de ansiedade. O paciente aprende o necessário para lidar com a ansiedade e o medo excessivos, assim como, repertórios comportamentais alternativos como repertório de enfrentamento, habilidades sociais, etc. Para tanto, durante todo o tratamento, em todos os protocolos foi incentivada e discutida a importância da realização da tarefa de casa, na qual era sugerida a prática das habilidades aprendidas em sessão. Conforme Heimberg e Becker (2002), Herbert et al. (2002) e Dugas e Robichaud (2007), esse treino extra sessão é importante para o aprimoramento do que foi aprendido e para a manutenção dos ganhos ao longo do tempo.

Todos os estudos relataram melhora dos participantes e diminuição dos sintomas medidos pelos instrumentos de autorrelato usados. Em uma comparação geral dos resultados,

constatou-se que em sete deles (Cordioli et al., 2002; D'El Rey et al., 2008; Dugas et al., 2003; Erickson, 2003; Herbert et al., 2002; Herbert et al., 2005; Kocoviski, 2009) a redução dos sintomas de ansiedade e de depressão medidos, da maioria dos participantes que completaram o tratamento, foi significativa (com p valor do teste t variando de  $p=0.000002$  a  $p=0.05$ , o que indica uma diminuição estatisticamente significativa). Já no estudo de Norton e Hope (2008) foi relatada uma melhora moderada dos participantes, na qual dentre os cinco participantes três obtiveram gravidade subclínica e dois alcançaram gravidade clínica no *Clinician Severity Ratings (CSR)*.

Apesar da maior parte dos estudos (em sete dos oito) terem demonstrado reduções significativas de sintomas, uma pequena parcela dos participantes em cada estudo mantiveram sintomas residuais ou responderam pouco ao tratamento. Isso sugere a importância de estudos que pesquisem o efeito funcional que cada intervenção pode ter sobre o comportamento ansioso (Herbert et al., 2005; D'El Rey et al., 2008). Para Norton e Hope (2006) em alguns casos, seria importante realizar acompanhamento individual concomitantemente ao grupo, além disso, o período de 12 semanas pode ser muito curto para os efeitos esperados. Isso porque a mudança de comportamentos complexos requer contingências apropriadas e tempo para que ocorra e se fortaleça.

### **Considerações Finais**

Tendo em vista a alta prevalência dos transtornos de ansiedade e o sofrimento gerado ao indivíduo, consideram-se importantes os estudos que abranjam formas de tratamento que sejam eficientes para a mudança das contingências geradoras de ansiedade como um problema clínico. Dentre as variáveis manipuláveis e importantes para o tratamento desse tipo de transtorno, conforme foi discutido anteriormente, pode-se citar: informações sobre o transtorno e componentes do tratamento que podem ajudar na melhora, identificação dos comportamentos/pensamentos problema e aprendizagem de comportamentos alternativos, desenvolvimento de comportamentos sociais mais apropriados, aquisição de repertório de enfrentamento, etc.

As terapias comportamentais em grupo para transtornos de ansiedade têm sido uma interessante alternativa de tratamento visto os seus benefícios, sobretudo no que se refere a sua maior abrangência em número de pessoas, menor custo financeiro ao indivíduo e ambiente mais favorável ao desenvolvimento de repertórios diversos e generalização. Uma desvantagem apontada nos estudos é a desistência de participantes ao longo do tratamento.

Norton e Hope (2006) sugerem o acompanhamento individual de alguns participantes ao longo do tratamento em grupo para suprir e intervir em eventuais dificuldades.

Apesar das pesquisas pontuarem resultados satisfatórios quanto à redução dos comportamentos ansiosos problemáticos em terapia de grupo, há poucas pesquisas comportamentais sobre o tema, em especial na Análise do Comportamento. A maioria dos estudos analisados nesta pesquisa alcança amostras pequenas; há falta de clareza quanto ao que foi especificamente eficaz nas intervenções; uso de poucas medidas de avaliação destacando o efeito direto sobre as respostas ansiosas, em geral, não havendo avaliação sobre qualidade de vida, desenvolvimento de repertórios, etc; e alguns dos protocolos utilizados não foram formalmente avaliados e testados.

Apesar das limitações apresentadas sobre a eficiência dos modelos terapêuticos em grupo para tratar transtornos de ansiedade, e tendo em vista os poucos estudos analítico comportamentais, em especial, no que se refere àqueles realizados no Brasil, salienta-se a importância de estudos que identifiquem as variáveis que explicam a eficácia das intervenções utilizadas no tratamento.

### Referências

- Almeida Filho, N., Mari, J., Coutinho, E., França, J., Fernandes, J., Andreoli, S., & Busnello, E. (1992). Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 14 (3), 93-104.
- American Psychiatric Association - A.P.A. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV-TR* (C. Dornelles, Trad.) (4 ed., pp. 419-467). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho originalmente publicado em 2000)
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Society Psychiatry Epidemiology*, 37, 316–325.
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2006). Fobia social e habilidades sociais: uma revisão da literatura. *Interação em Psicologia*, 10 (1), 113-125.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Common principles for treating emotional disorders. *Clinician's Research Digest*, 22 (11), 1.
- Barlow, D. H., & Cerny, J. A. (1999). *Tratamento psicológico do pânico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Bednar, R. L., & Kaul, T. J. (1994). Experiential group research: can the canon fire? In: A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Orgs.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4 ed., pp. 631 - 663). New York: John Wiley & Sons.
- Boschen, M. J., & Oei, T. P. S. (2008). A cognitive behavioural case formulation frame-work for treatment planning in anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 811–823.
- Carvalho, M. R. de, Nardi, A. E., & Range, B. (2008). Comparação entre os enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico. *Revista Psiquiatria Clínica*, 35 (2), 66-73.
- Coelho, N. L., & Tourinho, E. Z. (2006). O Conceito de Ansiedade na Análise do Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (2), 171-178.
- Conte, F. C. S. (2008). O uso da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) em grupos terapêuticos. In M. Delitti, & P. Derdyk (Orgs). *Terapia Analítico-Comportamental em grupo* (pp. 127-156). Santo André: ESETec.
- Cordioli, V. C. (s/d) *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para o transtorno obsessivo-compulsivo*. Manual não publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, PROTAN (Programa Transtornos de Ansiedade), Porto Alegre, Rio Grande do Sul. (Adaptado por Daniela Tusi Braga em 2008)
- Cordioli, A. V., Heldt, E., Bochi, D. B., Margis, R., Sousa, M. B. de, Tonello, J. F., Teruchkin, B., & Kapczinski, F. (2002). Terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 113-120.
- D'El Rey, G. J. F., Lacava, J. P. L., Cejkinski, A., & Mello, S. L. (2008). Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: resultados de 12 semanas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (2), 79 - 83.
- D'El Rey, G. J. F., Beidel, D. C., Cejkinski A., Greenberg, P. N., & Chavira, D. J. F. (2007). Manual de Tratamento Cognitivo-Comportamental em Grupo para Fobia Social Generalizada. *Psychiatry on line Brasil*, 12 (4). Recuperado em <http://www.polbr.med.br/ano07/art0407b.php>
- Delitti, M. (2008). Terapia Analítico Comportamental em grupo. In M. Delitti, & P. Derdyk (Orgs). *Terapia Analítico-Comportamental em grupo* (pp. 33–58). Santo André: ESETec.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langolis, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 821-825.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioural treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge. (Trabalho originalmente publicado em 1961)
- Erickson, D. (2000). *Anxiety Management Group*. Manual não publicado, Psychology Department, Royal Columbian Hospital, Ottawa, Canada.

- Erickson, D.H. (2003). Group cognitive behavioural therapy for heterogenous anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32 (4), 179-186.
- Figueiredo, A. L., Souza, L., Dell'Áglio Jr, J. C., & Argimon, I. I. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11 (1), pp. 15-24.
- Fleming, J. E., Kocoviski, N. L. (2009). *Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: a treatment manual*. Manual não publicado, Toronto, Canada. (Trabalho originalmente elaborado em 2007)
- 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.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51, 101-8.
- Heimberg, R.G. & Becker, R.E. (1991/2002) *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford. (Trabalho originalmente publicado em 1991)
- Herbert, J. D., Rheingold, A. A., & Goldstein, S. G. (2002). Brief cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (1), 1-8.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social. *Behavior Therapy*, 36 (2), 125-138.
- Knijnik, D. Z., & Eizirik, C. L. (2002). *Comparação entre duas formas de Terapia de Grupo para Pacientes com Fobia Social Generalizada*. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado em <http://hdl.handle.net/10183/1805>
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: an open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (3), 276-289.
- Norton, P. J. (2008). An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 39 (3), 242-250.
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 79-97.
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2008). The "anxiety treatment protocol": a group case study demonstration of a transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Clinical Case Studies*, 7 (6), 538-554.

- Oei, T. P. S., & Boschen, M. J. (2009). Clinical effectiveness of a cognitive behavioral group treatment program for anxiety disorders: A benchmarking study. *Journal of Anxiety Disorders*, 29, 950-957.
- Peçanha, R. F. (2005). *Desenvolvimento de um protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro). Recuperado em [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=42986](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=42986)
- Savoia, M. G.; Vianna, A. M. (2011). Especificidades do atendimento a pacientes com transtornos de ansiedade. In: M. G. Savoia. (Org.). *A interface entre psicologia e Psiquiatria*. (2 ed., pp. 87-110). São Paulo: Editora Roca.
- Schmalings, K. B., Fruzzetti, A. E., & Jacobson, N. S. (1997). Problemas conjugais. In K. Hawton, J. Kirk, P. M. Salkovskis (Orgs.) *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: Um guia prático*. (pp. 481-526). (Trad.: A. Lamparelli). São Paulo: Martin Fontes.
- Skinner, B. F. (2000). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov, & R. Azzi, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1953)
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Canadian Psychiatric Association*, 51 (2), 100 – 113.
- Sztamfater, S., & Savoia, G. (2008). Fobia social, família e terapia de grupo: uma experiência esperançosa. In M. Delitti, & P. Derdyk (Orgs.) *Terapia Analítico-Comportamental em grupo* (pp. 173-192). Santo André: ESETEC.
- Torres, N. (2000). Ansiedade: o enfoque do behaviorismo radical respaldando procedimentos clínicos. In R. C. Wielenska (Org). *Sobre comportamento e cognição* (vol. 6, pp. 228-238). Santo André, SP. ARBytes.
- Tyndall, I., Roche, B., & James. J. E. (2009). The interfering effect of emotional stimulus functions on stimulus equivalence class formation: Implications for the understanding and treatment of anxiety. *European Journal of Behavior Analysis*, 10, 121-140.
- Vianna, A. M. (2000). Terapia cognitivo-comportamental em grupo. In R. R. Kerbauy (Org.). *Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (vol. 5, pp. 302-305). Santo André: Set.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 77-92.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um trabalho de revisão e discussão dos dados é bastante trabalhoso. Desde o estabelecimento de palavras-chave adequadas e a própria busca de material bibliográfico, o vasto número de artigos lidos até encontrar os devidos critérios de inclusão/exclusão do que será analisado. E, ao longo das leituras mais aprofundadas, o estabelecimento de categorias de análise adequadas, da sistemática de análise dessas unidades, além da busca e leitura de material para discussão dessas unidades. Contudo, apesar de ser trabalhoso todo o processo de pesquisa, certamente a aprendizagem adquirida é de incomensurável importância.

Ao longo deste estudo, uma das grandes dificuldades foi encontrar os protocolos de tratamento utilizados nos artigos selecionados. Parte desses estudos foi excluída por não ter havido acesso aos protocolos, os quais não foram publicados ou não foram encontrados por meio de buscas eletrônicas. Alguns autores disponibilizaram os protocolos utilizados o que permitiu a riqueza de análise e discussão deste estudo; entretanto, outros autores não encontraram os protocolos solicitados ou não responderam. Para minimizar essa dificuldade encontrada, sugere-se a criação de um banco de dados de materiais ou protocolos de intervenção utilizados nas pesquisas. Observou-se que alguns protocolos foram desenvolvidos em hospitais ou centros de pesquisas de universidades (e.g. PROTAN (Programa Transtornos de Ansiedade) da UFRS em Porto Alegre/RS; Royal Columbian Hospital de Ottawa em Ontario). Sugere-se, assim, que nesses bancos de dados sejam disponibilizados ao menos o resumo dos materiais e o contato dos locais onde o material estará disponível.

Outra questão importante a ser citada foi a dificuldade em encontrar estudos analítico-comportamentais na área de interesse pesquisada. Por meio dos diversos descritores utilizados nas bases de dados até a escolha dos mais adequados, em nenhuma dessas fases foram encontrados esses estudos. Alguns deles foram encontrados de modo informal, entretanto, não cumpriram com os critérios de inclusão por não discutir de forma clara o que foi trabalhado ao longo do tratamento, não sendo possível compreender os componentes de intervenção presentes para as mudanças comportamentais citadas.

Desse modo, embora o objetivo desse estudo tivesse sido incluir pesquisas comportamentais, sejam elas analítico-comportamentais assim como cognitivo-comportamentais, foram revisados e analisados apenas esses últimos pela escassez de estudos da Análise do Comportamento. Portanto, enquanto analista do comportamento, saliento a

importância de publicação de estudos na área, ou ainda, de publicação em revistas que sejam indexadas aos bancos de dados de maior acesso.

Em relação aos resultados da pesquisa, constatou-se que o tratamento em formato de grupo foi relatado como benéfico em todos os estudos, uma vez que o ambiente e as contingências geradas pelo grupo beneficiaram o envolvimento e comprometimento dos participantes, além do menor custo relacionado à abrangência de mais pessoas em tratamento, em menor tempo. Entretanto, os autores também relataram desvantagens as quais se referem à dificuldade em recrutar e reunir pessoas com um mesmo diagnóstico, maior número de desistência comparado à terapia individual, além disso, foi relatado que esse tipo de tratamento pode não ser adequado para pessoas muito vulneráveis ou provocativas e para amostras muito pequenas.

Observou-se que protocolos de tratamento cognitivo-comportamentais em grupo para transtornos de ansiedade apresentam formato de funcionamento similar, os quais têm alcançado resultados de melhora significativa dos participantes. Tais protocolos apresentam intervenções previamente estabelecidas com um número de sessões fixos e seus resultados são medidos por instrumentos de avaliação destacando o efeito direto sobre as respostas de ansiedade e depressão, em geral, não havendo avaliação sobre qualidade de vida, desenvolvimento de repertórios, variáveis relacionadas ao ambiente familiar, social, etc. Esse formato de tratamento e o uso de medidas de avaliação que enfocam o levantamento de sintomas dificultam a identificação de que variáveis especificamente colaboraram para a melhora dos participantes. Desse modo, uma vez que a redução dos sintomas é significativa, parecem importantes estudos que investiguem variáveis relacionadas à melhora dos participantes.

Além disso, apesar de observar-se melhora da maioria dos participantes uma pequena parcela não respondeu ao tratamento. Desse modo, ainda que em um tratamento em formato de grupo, parece importante manter avaliações funcionais das queixas de cada membro individualmente, trabalhar intervenções em comum conforme a necessidade do grupo e estratégias terapêuticas individualizadas para dificuldades específicas dos membros.

Como já citado anteriormente no artigo 1 desta dissertação, para próximos estudos, sugere-se:

o uso de grupos randomizados controlados; uso de comparação do mesmo procedimento terapêutico em grupo com estudos de caso único; estudos que envolvam avaliação funcional da queixa de cada membro e a testagem de intervenções que tenham por base a avaliação funcional; estudo de preditores de melhora continuada após o tratamento, que investiguem a relação de variáveis que facilitam o acúmulo de ganhos após o término do tratamento; e

ainda, estudo de variáveis que aumentem a adesão no formato de grupo, levando-se em consideração a maior porcentagem de abandono desse tipo de tratamento em relação ao individual (p. 20).

## REFERÊNCIAS

- Almeida Filho, N., Mari, J., Coutinho, E., França, J., Fernandes, J., Andreoli, S., & Busnello, E. (1992). Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 14 (3), 93-104.
- American Psychiatric Association - A.P.A. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV-TR* (C. Dornelles, Trad.) (4 ed., pp. 419-467). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho originalmente publicado em 2000)
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Society Psychiatry Epidemiology*, 37, 316–325.
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2006). Fobia social e habilidades sociais: uma revisão da literatura. *Interação em Psicologia*, 10 (1), 113-125.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Common principles for treating emotional disorders. *Clinician's Research Digest*, 22 (11), 1.
- Barlow, D. H., & Cerny, J. A. (1999). *Tratamento psicológico do pânico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bednar, R. L., & Kaul, T. J. (1994). Experiential group research: can the canon fire? In: A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Orgs.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4 ed., pp. 631 - 663). New York: John Wiley & Sons.
- Boschen, M. J., & Oei, T. P. S. (2008). A cognitive behavioural case formulation frame-work for treatment planning in anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 811–823.
- Braga, D. T., Cordioli, A. V., Niederauer, K., & Manfro, G. G. (2005). Cognitive-behavioral group therapy for obsessive–compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 180–186.
- Carvalho, M. R. de, Nardi, A. E., & Range, B. (2008). Comparação entre os enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico. *Revista Psiquiatria Clínica*, 35 (2), 66-73.
- Coelho, N. L., & Tourinho, E. Z. (2006). O Conceito de Ansiedade na Análise do Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (2), 171-178.
- Conte, F. C. S. (2008). O uso da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) em grupos terapêuticos. In M. Delitti, & P. Derdyk (Orgs). *Terapia Analítico-Comportamental em grupo* (pp. 127-156). Santo André: ESETec.
- Cordioli, V. C. (s/d) *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para o transtorno obsessivo-compulsivo*. Manual não publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, PROTAN (Programa Transtornos de Ansiedade), Porto Alegre, Rio Grande do Sul. (Adaptado por Daniela Tusi Braga em 2008)

- Cordioli, A. V., Heldt, E., Bochi, D. B., Margis, R., Sousa, M. B. de, Tonello, J. F., Teruchkin, B., & Kapczinski, F. (2002). Terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 113-120.
- D'El Rey, G. J. F., Lacava, J. P. L., Cejkinski, A., & Mello, S. L. (2008). Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: resultados de 12 semanas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (2), 79 - 83.
- D'El Rey, G. J. F., Beidel, D. C., Cejkinski A., Greenberg, P. N., & Chavira, D. J. F. (2007). Manual de Tratamento Cognitivo-Comportamental em Grupo para Fobia Social Generalizada. *Psychiatry on line Brasil*, 12 (4). Recuperado em <http://www.polbr.med.br/ano07/art0407b.php>
- Delitti, M. (2008). Terapia Analítico Comportamental em grupo. In M. Delitti, & P. Derdyk (Orgs). *Terapia Analítico-Comportamental em grupo* (pp. 33–58). Santo André: ESETec.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langolis, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 821-825.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioural treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge. (Trabalho originalmente publicado em 1961)
- Erickson, D. (2000). *Anxiety Management Group*. Manual não publicado, Psychology Department, Royal Columbian Hospital, Ottawa, Canada.
- Erickson, D. H. (2003). Group cognitive behavioural therapy for heterogenous anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32 (4), 179-186.
- Erickson, D. H., Janeck, A. S., & Tallman, K. (2007). A cognitive-behavioural group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Services*, 58, 1205–1211.
- Fletcher, R. H., Fletcher, S. W., & Wagner, E. H. (1994). *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Figueiredo, A. L., Souza, L., Dell'Áglio Jr, J. C., & Argimon, I. I. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11 (1), pp. 15-24.
- Fleming, J. E., Kocoviski, N. L. (2009). *Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: a treatment manual*. Manual não publicado, Toronto, Canada. (Trabalho originalmente elaborado em 2007)
- 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.

Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51, 101-8.

Heimberg, R.G. & Becker, R.E. (1991/2002) *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford. (Trabalho originalmente publicado em 1991)

Herbert, J. D., Rheingold, A. A., & Goldstein, S. G. (2002). Brief cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (1), 1-8.

Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social. *Behavior Therapy*, 36 (2), 125-138.

Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1993). Social phobia and social anxiety. In D.H. Barlow et al. (Orgs.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2 ed., pp. 99 -126). New York: Guilford Press.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Manual de psiquiatria clínica*. (D. Batista, Trad.), (2. ed., pp. 125-137). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho originalmente publicado em 1996)

Kerbaui, R. R. (2008). Terapia comportamental de grupo. In M. Delitti, & P. Derdyk (Orgs). *Terapia Analítico-Comportamental em grupo* (pp. 17-29). Santo André: ESETEC.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602

Knijnik, D. Z., & Eizirik, C. L. (2002). *Comparação entre duas formas de Terapia de Grupo para Pacientes com Fobia Social Generalizada*. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado em <http://hdl.handle.net/10183/1805>

Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: an open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (3), 276-289.

Norton, P. J. (2008). An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 39 (3), 242-250.

Norton, P. J., & Hope, D. A. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 79-97.

Norton, P. J., & Hope, D. A. (2008). The "anxiety treatment protocol": a group case study demonstration of a transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Clinical Case Studies*, 7 (6), 538-554.

Oei, T. P. S., & Boschen, M. J. (2009). Clinical effectiveness of a cognitive behavioral group treatment program for anxiety disorders: A benchmarking study. *Journal of Anxiety Disorders*, 29, 950-957.

- Oei, T. P. S., & Browne, A. (2006). Components of group processes: Have they contributed to the outcome of mood and anxiety disorder patients in a group cognitive-behaviour therapy program? *American Journal of Psychotherapy*, 60, 53-70
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.
- Peçanha, R. F. (2005). *Desenvolvimento de um protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro). Recuperado em [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=42986](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=42986)
- Savoia, M. G.; Vianna, A. M. (2011). Especificidades do atendimento a pacientes com transtornos de ansiedade. In: M. G. Savoia. (Org.). *A interface entre psicologia e Psiquiatria*. (2 ed., pp. 87-110). São Paulo: Editora Roca.
- Schmaling, K. B., Fruzzetti, A. E., & Jacobson, N. S. (1997). Problemas conjugais. In K. Hawton, J. Kirk, P. M. Salkovskis (Orgs.) *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: Um guia prático*. (pp. 481-526). (Trad.: A. Lamparelli). São Paulo: Martin Fontes.
- Skinner, B. F. (2000). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov, & R. Azzi, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1953)
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Canadian Psychiatric Association*, 51 (2), 100 – 113.
- Sztamfater, S., & Savoia, G. (2008). Fobia social, família e terapia de grupo: uma experiência esperançosa. In M. Delitti, & P. Derdyk (Orgs). *Terapia Analítico-Comportamental em grupo* (pp. 173-192). Santo André: ESETEC.
- Torres, N. (2000). Ansiedade: o enfoque do behaviorismo radical respaldando procedimentos clínicos. In R. C. Wielenska (Org). *Sobre comportamento e cognição* (vol. 6, pp. 228-238). Santo André, SP. ARBytes.
- Tyndall, I., Roche, B., & James. J. E. (2009). The interfering effect of emotional stimulus functions on stimulus equivalence class formation: Implications for the understanding and treatment of anxiety. *European Journal of Behavior Analysis*, 10, 121-140.
- Vandenberghe, L.; Sousa, A. C. A. de (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2 (1), 35-44.
- Vianna, A. M. (2000). Terapia cognitivo-comportamental em grupo. In R. R. Kerbauy (Org.). *Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (vol. 5, pp. 302-305). Santo André: Set.
- Yalon, I. D., & Moly, L. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Editora Artmed.

Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 77-92.

**APÊNDICES**

## Apêndice A

### Descrição breve de componentes do modelo *Mindfulness* e cognitivos comportamentais presentes nos protocolos de intervenção

#### Exercício *Mindfulness*

O termo *mindfulness* significa estar atento e focado, de modo proposital, ao momento presente e sem julgamento (Kabat-Zinn, 1994 como citado em Fleming & Kocovisk, 2007/2009). Os exercícios utilizados pelos últimos autores se referem a atividades que envolvam o uso da atenção focada a certos estímulos, sejam eles, visual, tátil, audível e/ou proprioceptivo. Dentre os exercícios, incluem-se atividades de meditação. Conforme Vandenberghe e Souza (2006) a prática de *mindfulness* pode enfraquecer os diferentes contextos sócio-verbais que geram sofrimento.

#### Exercício *Willingness*

Conforme Fleming e Kocovisk (2007/2009), *willingness* significa estar disposto a experimentar a própria experiência tal como ela é, sem evita-la, alterá-la ou manipula-la. Desse modo, o exercício *willingness* se refere ao exercício de experienciar o estado de ansiedade (pensamentos, sentimentos, sensações corporais) como ela é, sem julgá-la, controlá-la ou alterá-la, apenas aceitando-a no momento de sua ocorrência.

#### Identificação de crenças disfuncionais

As crenças, diferentemente dos pensamentos automáticos que são passageiros, são convicções permanentes que o indivíduo tem a respeito de si mesmo, sobre o mundo e futuro; são conjuntos de regras que dão base às decisões e condutas diante das situações (Cordioli, s/d). O autor afirma que algumas dessas crenças podem ocorrer de forma distorcida e sem

questionamento. E, ainda, esse sistema de crenças pode ativar pensamentos automáticos os quais podem produzir respostas emocionais, cognitivas e comportamentais.

#### Identificação de dois tipos de preocupação (*awareness training*)

Esse treino envolve a identificação e classificação das preocupações em duas categorias: real ou hipotética (Dugas e Robichaud, 1961/2007). Para os autores, com esse treino, os clientes podem aprender a reconhecer a preocupação tal como ela ocorre, a distinguir as preocupações de problemas atuais e situações hipotéticas, e ainda, a tolerar a incerteza.

#### Pensamentos Automáticos

São pensamentos rápidos e involuntários que são, em geral, aceitos como verdadeiros sem questionamento por ser coerente com seu sistema de crenças e são, ainda, responsáveis em despertar sentimentos e emoções (Cordioli, s/d). Os pensamentos podem ser catastróficos, isto é, pensamentos com a previsão de que algo ruim ocorrerá no futuro, sem consideração de outras possibilidades.

#### Questionamento socrático/ respostas alternativas

Essa é uma técnica utilizada para corrigir crenças disfuncionais. Depois de identificadas as crenças, suas evidências são questionadas e explicações alternativas são buscadas com o objetivo de substituir as crenças irracionais por um modo de pensar mais lógico e racional (Cordioli, s/d).

### Técnica de distanciamento/desfusão cognitiva

Essa técnica, segundo Fleming e Kocovisk (2007/2009), se refere à prática de distanciar-se dos sentimentos e pensamentos geradores de ansiedade, na tentativa de observá-los como meros espectadores. Por exemplo, observá-los como se estivessem sendo projetos em uma tela, ou então, atribuir o status de pensamentos ao que se está pensando, como: “Eu estou tendo o pensamento de que vou ficar nervoso ao falar em público”.

### Treino de relaxamento

Esse treino consiste em focar a atenção em diferentes partes do corpo, em um ambiente tranquilo sem interrupções e tem como objetivo melhorar a capacidade de identificação das sensações de tensão e hiperventilação (característica dos ataques de pânico), além disso, auxiliam a prevenir ou interromper a ocorrência de ansiedade (Erickson, 2000). Segundo o autor, ao praticar esse treino várias vezes por semana é possível diminuir o nível de tensão do corpo e, assim, diminuir a sensação de ansiedade.

### Treino de respiração

Conforme descrito no protocolo de Fleming e Kocovisk (2007/2009), esse treino se refere a exercícios que focalizam a respiração, como: segurar o ar até o limite suportável e contar o tempo, respirar por um canudo, hiperventilar com respirações pela boca a cada dois segundos por cerca de um minuto, entre outros. Os exercícios são seguidos de discussões e reflexões sobre as sensações corporais e, muitas vezes, seguidos dos exercícios de *willingness*.

### Treino de reestruturação cognitiva

A reestruturação cognitiva objetiva ressignificar as atribuições irracionais e as expectativas distorcidas do indivíduo (Schmaling, Fruzzetti, & Jacobson, 1997). Nesse treino,

é ensinado ao cliente a identificar os pensamentos distorcidos, contestá-los com dados de realidade e corrigi-los (D'El Rey et al., 2007). Conforme os autores, essa avaliação e correção permite ao indivíduo identificar tanto uma possível hipervalorização de fatos negativos de uma situação, assim como, as possibilidades de enfrentamento que antes não eram percebidas. Mudando os pensamentos, os sentimentos negativos a eles relacionados são alterados (Carvalho, Nardi & Rangé, 2008).