

COMO LIDAR COM O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA NA PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Eunaihara Ligia Lira Marques¹
Silvana de Borba²

Resumo

A variedade dos sintomas torna o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) um transtorno de complexo diagnóstico, camuflando-se por vezes em comorbidades. O TAG é definido por uma complexa e exagerada preocupação a níveis patológicos a situações do cotidiano. Desse modo, este estudo procura elucidar a caracterização do transtorno e discutir através de investigação literária sobre o manejo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na condução do tratamento do TAG. Evidencia algumas possibilidades de estratégias, técnicas ou intervenções, além de fazer um breve levantamento da eficácia da TCC ao apresentar empiricamente resultados satisfatórios no manejo de pacientes com TAG. A TCC se mostra uma terapia de resultados aceitáveis, possibilitando uma diminuição de comportamentos de preocupações exageradas e mantidas pelo transtorno o que favorece um reestabelecimento em níveis cognitivos, emocionais e comportamentais.

Palavras-chave: Intervenções terapêuticas. Técnicas. Terapia Cognitivo-Comportamental. Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Abstract

The variety of symptoms makes that the Generalized Anxiety Disorder (GAD) becomes a disorder difficult to diagnose, concealing sometimes in comorbidities. The GAD is defined by a complex and exaggerated concern to levels pathological to everyday situations. Therefore, this study aims at clarifying the characterization of the disorder and discuss through the literary investigation about the management of the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in conducting of the GAD treatment. Some possibilities of strategies techniques and interventions are highlighted and also a brief survey about the CBT effectiveness was carried out when empirically presenting satisfactory results on the patients' management with GAD. The CBT turns up as a therapy of acceptable results, enabling the decreasing of exaggerated concern behaviors kept by the disorder, which promotes a reestablishment to cognitive, emotional and behavioral levels.

¹ Psicóloga e Professora da Faculdade de Pará de Minas (FAPAM). Especialista em Neuropsicologia. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais.
E-mail eunamarques@yahoo.com.br

² Psicóloga e Professora do Colégio Cenecista José Elias Moreira. MBA em Administração Global. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental.
E-mail silvana.psicologiacognit@gmail.com

Keywords: Therapeutic Interventions. Techniques. Cognitive Behavioral Therapy. Generalized Anxiety Disorder.

1. INTRODUÇÃO

A ansiedade e o medo são inerentes ao homem e ambos fazem parte de um sistema complexo que visa, sobretudo, a sobrevivência da espécie humana. Clark e Beck (2012) definem que o medo é um estado neurofisiológico ativado mediante uma identificação cognitiva de ameaça ou perigo, enquanto a ansiedade é considerada um sistema de maior complexidade ativado pelo medo. Aspectos cognitivos, afetivos, fisiológicos e comportamentais estão envolvidos no mecanismo da ansiedade, que pode ser incitado por um medo real ou imaginário e sem previsibilidade ou controle. Ambos são inerentes ao ser humano, porém, a patologia se caracteriza quando há uma disfuncionalidade cognitiva, fisiológica e comportamental, ativadas por avaliações equivocadas de ameaça.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM - 5 (*American Psychiatric Association*, 2014), “os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada”. Dessa forma, ainda o mesmo referencial afirma que embora os transtornos de ansiedade tendam a ser altamente comórbidos entre si, as diferenças se dão pela investigação detalhada dos tipos de situações em que são evitados ou temidos, além do conteúdo dos pensamentos ou crenças associados.

O DSM- 5 (APA, 2014), assegura que o Transtorno de Ansiedade Generalizada - TAG é caracterizado por comportamentos de ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários campos, como por exemplo, o trabalho, família, escola e outros. Tendo uma grande dificuldade no controle desses comportamentos. Além do mais, o DSM – 5 ainda aponta que o indivíduo acometido pelo TAG experimenta sintomas físicos, como: inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fadigabilidade; dificuldade de concentração; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono (APA, 2014). Leahy (2010) caracteriza similarmente o TAG como também uma preocupação excessiva e incontrolável, significativas reclamações somáticas, perda de produtividade no trabalho, problemas nas relações sociais dentre outras perdas.

Os estímulos ansiogênicos (ameaça ou perigo), podem estar atrelados a diversas questões, dentre elas fatores relacionados às condições sócio demográficas. Segundo o DSM - 5 (APA, 2014), a prevalência de 12 meses do TAG varia de 0,4 a 3,6 % nos países, exceto nos Estados Unidos onde este percentual é diferente. Ainda há a constatação neste referencial de que descendentes europeus e

indivíduos de países desenvolvidos tendem a ter o transtorno com mais frequência, além do mais o sexo feminino apresenta duas vezes maior probabilidade de desenvolver o TAG.

No Brasil, em um estudo multicêntrico realizado em quatro capitais, com pacientes atendidos na atenção primária da saúde pública e com o diagnóstico de algum tipo de transtorno mental, identificou-se aproximadamente que 38% tinham possíveis transtornos de ansiedade (GONÇALVES *et al.*, 2014). Há ainda uma prevalência da pessoa com TAG em adquirir comorbidades como: depressão maior, fobia social, transtorno de pânico, abuso de substância e transtorno de personalidade esquiiva (CLARK & BECK, 2012).

É importante ressaltar que a preocupação excessiva, toma muito tempo e energia, e faz o indivíduo ter dificuldades para realizar suas atividades de forma rápida e efetiva. Aliados aos sintomas físicos, os prejuízos poderão variar entre moderado a grave, caso a pessoa adulta não esteja em tratamento (APA, 2014).

Dentre as formas de tratamento, os meios mais comuns podem ser do tipo psiquiátrico (medicamentoso) e psicológico (psicoterapia), recomenda-se um ou o outro, ou os dois concomitantemente dependendo da gravidade do TAG. Em relação ao tratamento psicológico a abordagem Cognitivo-Comportamental se mostra eficaz, apresentando ganho mais duradouro em relação a outras modalidades terapêuticas, e isto se deve às suas particularidades e forma de manejo clínico específicos. Esta abordagem fundamenta-se em um modelo cognitivo desenvolvido por volta da década de 1960 por Aaron Beck, onde as emoções e os comportamentos são subordinados as percepções (BECK, 2013).

Diante do exposto, o presente artigo explora de forma breve como que ocorre o manejo clínico da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com o TAG, bem como faz um apanhado geral do TAG e das possíveis técnicas de manuseio no tratamento. Tais manejos contribuem para eficiência da terapia. Dessa forma, o artigo tratará também de evidenciar as possíveis contribuições da TCC para o tratamento do transtorno. No decorrer deste trabalho serão explanados aspectos tais como: caracterização do TAG, etiologia e tratamentos, concepção geral acerca da TCC, bem como técnicas, intervenções e manejo nesta perspectiva terapêutica. Entretanto, para responder aos objetivos propostos, buscou-se a partir de levantamentos bibliográficos na literatura nacional em materiais publicados e disponíveis eletronicamente (domínio público), bem como materiais impressos, obras (livros), artigos e demais trabalhos acadêmicos que abordam as informações acerca do tema apresentado.

2. O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: DESCRIÇÕES SINTOMATOLÓGICAS E CARACTERIOLÓGICAS

Como já apresentado anteriormente o TAG envolve uma preocupação excessiva e invasiva acompanhada por sintomas físicos e/ou mentais. É considerado como um transtorno crônico e causa um sofrimento e prejuízos significativos ao indivíduo. Desse modo, a preocupação frequente e exacerbada é o aspecto principal do TAG. Seu diagnóstico ou caracterização, conforme o DSM – 5 (APA, 2014), se dá pelos seguintes critérios: ansiedade e preocupação excessivas com diversos eventos durante a maior parte do tempo ou em um período de no mínimo seis meses; percepção de difícil controle destas preocupações; evidências de sintomas de inquietação, fadigabilidade, dificuldades de concentração, lapsos de memória, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono, apresentados com frequência ou nos últimos 6 meses. Salienta-se ainda que, tal preocupação deve estar isenta de influências de substâncias químicas, de outros transtornos mentais ou de outras condições médicas.

Segundo Clark e Beck (2012) a ansiedade é multifacetada, ou seja, envolve diferentes áreas comprometidas, como: área fisiológica, cognitiva, comportamental e afetiva. Esses mesmos autores afirmam que as respostas fisiológicas e comportamentais ocorrem normalmente na presença de ameaças ou perigos percebidos pelos indivíduos acometidos, e tendem a ser respostas defensivas, evitativas, fuga ou de luta, e de respostas de buscas de segurança. No que diz respeito às variáveis cognitivas, tendem a ser interpretados de forma negativa aos estímulos que rodeiam, o falaremos abaixo um pouco mais sobre as variáveis cognitivas. Já na área afetiva, a ativação ocorre através dos estímulos cognitivos e fisiológicos o que possibilita o indivíduo sentir-se nervoso, tenso, excitado, assustado, temeroso, irritável, impaciente, frustrado, dentre outros.

No que concerne as variáveis cognitivas, além da preocupação excessiva, identificam-se também características cognitivas que interferem no comportamento do indivíduo. Leahy (2011) pontua que, pessoas portadoras do transtorno de ansiedade costumam realizar distorções cognitivas tendendo aos pensamentos negativos. Este autor afirma também que estas distorções podem ser identificadas conforme as categorias a seguir:

- Leitura da mente: presume saber o que o outro pensa;
- Previsão de futuro: prevê o futuro de forma negativa;
- Catastrofização: crê que determinado fato será terrível e incapaz de suportar;
- Rotulação: atribui características negativas a si e aos outros;
 - Desconto do que é positivo: subestima coisas positivas de si e do outro;
- Filtro negativo: tem foco predominantemente no que é negativo com pouca percepção no que é positivo;

- Supergeneralização: tem percepção de um padrão global de acontecimentos negativos;
- Pensamento dicotômico: avalia os fatos ou pessoas com pensamentos extremos de tudo ou nada.
- As coisas devem ser diferentes: interpreta os fatos de como as coisas deveriam ser e não como elas são;
- Personalização: atribui de forma desproporcional a culpa para si;
- Culpabilização do outro: considera o outro culpado por sua condição, negando a sua capacidade de mudança;
- Comparações injustas: interpreta eventos em padrões irrealis;
- Arreperder-se das opções feitas: foco da atenção em pensamentos de que poderia ter sido melhor;
- E se...: preocupação excessiva com o futuro sem ficar satisfeito com as possibilidades;
- Pensamento emocional: interpreta a realidade orientada pelo sentimento;
- Incapacidade de não confirmar: rejeita provas e argumentos que possam contradizer seus pensamentos negativos;
- Enfoque no julgamento: procura centrar-se em julgar ao invés de descrever, aceitar e entender.

Já Clark e Beck (2012) identificaram conteúdos de pensamentos automáticos negativos ou sintomas cognitivos a partir de crenças negativas do tipo: medo de perder o controle, de ser incapaz de enfrentar; medo de ferimento físico ou morte; medo de “ficar louco”; medo de avaliação negativa dos outros; pensamentos e/ou imagens aterrorizantes; percepções irrealistas; concentração deficiente e confusa; hipervigilância para ameaças; memória deficiente; dificuldade de raciocínio e perda da objetividade.

2.1. Etiologia e tratamento

Barlow (2002) *apud* Clark e Beck (2012) aponta que há considerável evidência empírica de que a ansiedade tem um componente familiar considerável, ou seja, há um implicador hereditário para o surgimento do transtorno. Entre todos os transtornos ansiosos, as estimativas de hereditariedade variaram entre 30 a 40%, as outras causas são atribuídas a fatores ambientais e individuais (HETTEMA, NEALE & KENDLER, 2001 *apud* CLARK & BECK, 2012). Podemos concluir e afirmar que no surgimento e desenvolvimento do TAG há chances de envolver elementos hereditários, ambientais e individuais. Neste caso, no tratamento devem ser avaliados todos os aspectos como, familiares, ambientais e individuais. Como já dito anteriormente, o tratamento para

o TAG se apresenta em duas modalidades: farmacológica e psicoterapêutica. O tratamento farmacológico é pautado na especificidade clínica de cada indivíduo devendo ser prescrito por um médico. Os grupos de medicamentos mais utilizados no TAG são: benzodiazepínicos, inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS), antidepressivos tricíclicos e betabloqueadores (LEAHY, 2011).

Já no tratamento psicoterapêutico, diversas são as abordagens que atuam no tratamento do TAG. Porém, para melhor sintetizá-las, referencia-se a classificação citada por em Hunot *et al.* (2007) em seu estudo comparativo. Tal classificação define três grupos distintos:

1º Terapias com abordagem Cognitivo-Comportamental: agregam elementos da terapia cognitiva e da terapia comportamental, atuam na identificação de pensamentos negativos, irracionais e crenças disfuncionais.

2º Terapias com abordagem Psicodinâmica: baseadas na teoria psicanalítica, a relação terapêutica é usada como ferramenta para explorar e atuar na resolução de conflitos inconscientes.

3º Terapias de Apoio Ativo: incluídas outras terapias com princípios humanistas.

Especialmente, a Terapia Cognitivo-Comportamental que também é objeto de interesse desse artigo, mostra-se eficaz na condução do TAG, uma vez que possibilita remoção dos sintomas e propõem aos pacientes o desenvolvimento de estratégias para lidar com os sintomas de ansiedade a longo prazo. Knapp *et al.* (2007) aponta que estudos têm demonstrado eficácia no TAG, com taxas de recuperação que chegam até 51% após seguimento de seis meses consecutivos nos indivíduos que realizaram tratamento.

2. A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: EFICÁCIA E MANEJO COM O TAG

A Terapia Cognitiva foi criada por volta do ano de 1960, por Aaron Beck. Hodiernamente utiliza-se o termo TCC para se referir a Terapia Cognitiva, desde que se utilize o modelo proposto por Beck. De modo geral, a TCC procura proporcionar ao paciente, através de suas técnicas, o contato com seus pensamentos disfuncionais que impactam no seu humor e comportamento (BECK, 2013). A base da teoria cognitiva ou da TCC está fundamentada no poder dos pensamentos sobre os sentimentos, poder este não reconhecido na maioria das vezes pelos indivíduos (CLARK & BECK, 2012). Isto é, a TCC postula que as emoções e comportamentos estão subordinados as percepções, e que as percepções errôneas que fazemos da realidade normalmente nos permitem desenvolver problemas.

Knapp *et al.* (2007) afirma que a terapia cognitiva não é um modelo linear que ative sequencialmente situação, pensamento e emoção, mas sim uma interação recíproca de pensamentos, sentimentos, fisiologia e ambiente, e que a terapia cognitiva inicia pela modificação dos pensamentos devido ao impacto que estes têm sobre os demais componentes. Desse modo, a identificação dos padrões de pensamentos é a essência do trabalho da TCC, mas se trabalha também na perspectiva do comportamento. Assim, faz uso também de compreensões de base comportamental para aplicação de técnicas em nível dos comportamentos.

Para identificar estes padrões de pensamentos e interferências sobre os sentimentos, a TCC se utiliza de técnicas que vão permear não só aspectos cognitivos, mas também aspectos fisiológicos. Desta forma, o manejo no tratamento da TAG apresenta-se amplo com resultados positivos na redução de sintomas e na melhora da funcionalidade do indivíduo. É o que podemos comprovar, a partir do estudo comparativo e de revisão realizado por Hunot *et al.* (2007). Esse estudo possibilitou uma análise de 25 trabalhos com um total de 1305 participantes, sendo que destes trabalhos 22 foram de meta-análise, ou seja, de comparações e integrações de resultados com propostas similares. Os resultados sugerem que pessoas atendidas em psicoterapias baseadas nos princípios da TCC tiveram maior probabilidade de diminuir a ansiedade no final do tratamento, onde cerca de 46% apresentaram respostas clínicas positivas em relação aquelas que receberam tratamento habitual ou estavam em fila de espera.

Diante do exposto, podemos dizer que vale a pena conduzir um tratamento utilizando a TCC para esta demanda. Entretanto, há especificidades no manuseio interventivo que valem a pena ser evidenciadas e esclarecidas. Em decorrência de a preocupação ser uma queixa muito comum, e de o TAG apresentar uma forte associação com outros transtornos, especialmente o transtorno depressivo, Clark e Beck (2012) sugerem que na condução terapêutica é importante inicialmente realizar uma boa caracterização, pois o TAG apresenta difícil diagnóstico. Dessa forma, na perspectiva da TCC, Roemer *et al.* (2002) *apud* Clark e Beck (2012), a fim de facilitar o diagnóstico, propõem que além dos diagnósticos descritos pelos manuais padronizados como DSM-5 e CID 10 o terapeuta realize um levantamento acerca de uma variedade de construtos comuns ao TAG, como mostra a tabela (Tab. 1).

TABELA 1
CONSTRUTOS COMUNS AO TAG.

01.	Paciente busca sem sucesso comportamentos de segurança.
02	Pacientes apresentam comportamentos contraproducentes sobre a supressão de pensamentos negativos, ou seja, dificuldade de suprimir pensamentos preocupantes. Há uma ativação de crenças negativas.
03.	Pacientes apresentam forte predileção a serem intolerantes com incertezas.
04	Apresentam déficit na regulação da experiência emocional.

Fonte: Adaptado de Clark e Beck (2012)

Entretanto, os mesmos autores que formularam esses possíveis marcadores afirmam que há necessidades de maiores estudos que atestem tais construtos. Assim, o diagnóstico é um processo desafiador ao terapeuta.

No que concerne aos passos iniciais de manuseio com o transtorno, os terapeutas devem realizar uma apresentação do modelo cognitivo do TAG e da TCC, uma minuciosa investigação acerca de atestar ou não a hipótese diagnóstica de TAG, além de uma robusta conceitualização de caso (entendimento sobre todos os aspectos do sujeito, e tem como objetivo orientar o manejo terapêutico) e cognitiva (hipótese sobre o funcionamento cognitivo e crenças do paciente) (CLARK & BECK, 2012).

Na construção e desenvolvimento da conceitualização do caso, antes mesmo de iniciar as estratégias de intervenção ou aplicação do plano terapêutico, e das aplicações de técnicas específicas (cognitivas e/ou comportamentais) devem-se levantar juntos, terapeuta e paciente, as metas centrais que conduzirão o processo terapêutico. Recomenda-se o levantamento de metas específicas para cada caso. Entretanto, Clark e Beck (2012) estabeleceram algumas metas possíveis a serem utilizadas, são elas:

- Normalizar a preocupação;
- Reparar crenças e interpretações tendenciosas de aspectos preocupantes;
- Eliminar preocupação com a preocupação (metacognição);
- Possibilitar respostas de controle adaptativas à preocupação, assim eliminar respostas disfuncionais de controle;
- Desenvolver a confiança na capacidade de solucionar problemas;
- Desenvolver o controle percebido sobre a preocupação;
- Aumentar o senso de segurança e autoconfiança para lidar com desafios futuros;
- Aumentar a tolerância de resultados incertos de situações e de eventos futuros;
- Aumentar a tolerância às emoções negativas.

Por conseguinte, a partir da montagem do plano terapêutico junto com paciente, o terapeuta no decorrer do processo elege as técnicas e as intervenções pertinentes, favoráveis e oportunas a serem aplicadas conforme a necessidade e apresentação de cada caso. A TCC, além de contar com um número considerável de instrumentos ou modelos de entrevistas e questionários padronizados para diagnósticos, investigações, intervenção e atividades terapêuticas (para casa), oferece um número significativo de técnicas, bem como de sugestões de intervenções. O abordaremos e informaremos algumas das possíveis técnicas e intervenções que podem ser utilizadas.

3. TÉCNICAS OU INTERVENÇÕES APLICADAS NO MANEJO DO TAG

3.1 Diferenciações entre preocupação produtiva X preocupação improdutivo

Clark e Beck (2012) sugerem que as primeiras intervenções se concentrem em “ensinar os indivíduos com TAG a diferenciar suas preocupações produtivas, reais, de preocupações irrealis, excessivas e patológicas”. Esta intervenção oportuniza o paciente averiguar os níveis das suas preocupações, de modo a possibilitar estratégias de controle sobre elas.

A tabela abaixo (Tab. 2) evidencia as principais e comuns características da preocupação nos níveis irrealis ou patológicas e produtivas ou reais encontradas nos pacientes com TAG.

TABELA 2
CARACTERÍSTICAS DA PREOCUPAÇÃO PATOLÓGICA E DA PREOCUPAÇÃO PRODUTIVA

Preocupação Patológica	Preocupação Produtiva
Focada em preocupações distantes e abstratas	Focada em problemas mais imediatos e realistas
O indivíduo apresenta pouco controle sobre a situação preocupante	Exerce algum controle sobre a situação preocupante
Maior foco sobre a emoção negativa associada à situação problema	Maior foco na solução de problemas da situação preocupante
Dificuldade em aceitar soluções, pois não acredita na resolutividade delas	Pode experimentar e avaliar soluções imperfeitas
Busca certeza e certeza de resultados	Prontidão para tolerar riscos e incertezas
Tendência a catastrofização (exagerar em tudo)	Tendência a balancear as situações em benigno, positivo e negativo
Desamparo percebido para enfrentar a situação preocupante	Nível mais elevado de auto eficácia para enfrentar situação preocupante
Preocupação associada a níveis de ansiedade e sofrimento	Preocupação associada a níveis baixo de ansiedade e sofrimento

Fonte: Adaptado de Davey, Hampton, Farrell e Davidson (1992) e Leahy (2005) *apud* Clark e Beck (2012)

3.2 Restruturação cognitiva

Esta técnica, segundo Clark e Beck (2012), implica na identificação dos pensamentos, no reconhecimento de seus efeitos no estado de humor e na reflexão sobre suas funcionalidades. Nesta intervenção o papel do terapeuta cognitivo é identificar pensamentos e crenças relacionados à ameaça, buscando evidências, junto com o paciente, para avaliar se a estimativa de ameaça é realista ou exagerada.

Para Clark e Beck (2012) o processo de reestruturação cognitiva baseia-se na aplicabilidade de algumas estratégias do tipo:

- **Busca de evidências:** ocorre via questionamento aos pacientes sobre evidências a favor ou contra a sua crença de uma provável ameaça ou consequências graves;

- **Análise do custo e benefício:** avaliam-se custos e benefícios de se manter determinada crença;

- **Descatastrofização:** conduz o paciente a confrontar “hipoteticamente” sua catástrofe temida ou o pior cenário possível;

- **Identificação dos erros cognitivos:** ensinar aos pacientes a ter maior consciência dos seus erros cognitivos quando estão ansiosos;

- **Geração de alternativas:** treino com o paciente para a produção de interpretações menos ansiosas;

- **Teste empírico da hipótese:** experimentação comportamental de forma planejada e estruturada visando, através de experiências, uma análise contra ou a favor às crenças de ameaça ou vulnerabilidade.

De modo geral, a reestruturação cognitiva possui objetivo de alterar as tendências do paciente à interpretação de ameaças exageradas de eventos negativos futuros durante seus episódios de preocupação, contribuindo para que o paciente confronte os seus pensamentos intrusivos de preocupação.

3.3 Indução de preocupação e descatastrofização

Clark e Beck (2012) sugerem que o terapeuta peça ao paciente a evocar intencionalmente pensamentos de preocupação, por aproximadamente 5 a 10 minutos. Sendo que o indivíduo é encorajado a verbalizar em voz alta o processo de preocupação. Anteriormente ao processo de

indução é solicitado ao paciente a indicar duas avaliações em uma escala de 0 a 100: “Se eu lhe pedir para se preocupar com X, por cerca de 10 minutos, o quanto isso faria você se sentir ansioso (a)”? E o quanto a preocupação é incontrolável? No processo de indução sugere-se que o terapeuta forneça evidências de que a preocupação é “controlável”. Esta intervenção tem objetivos de ensinar aos pacientes a utilizar exposição à preocupação e a oportunizar encorajamentos a exposições aos resultados de preocupações mais temidas.

4.4 Expressões de preocupação repetida

Muitos autores como Borkov *et al.* (2004), Craske e Barlow (2006), Rygh e Sanderson, (2004) e Wells (1997) *apud* Clark e Beck (2012) “defendem que a exposição a (ou expressão de) preocupação se tornou um componente importante dos tratamentos cognitivo-comportamentais para o TAG”. Afirmam ainda que ao identificar e evocar suas preocupações conforme descritos na intervenção anterior, o paciente deve ser levado a propor soluções de enfrentamento de problemas das situações temidas. Esta intervenção propõe ao paciente a experimentar a preocupação e contestar as crenças mal adaptativas dos indivíduos sobre os perigos e a incontrolabilidade de soluções.

4.5 Processamento de sinal de segurança

De acordo com Clark e Beck (2012) na TCC “pacientes crônicos de ansiedade devem ser ensinados a processar forçadamente os sinais positivos ou de segurança de uma situação de preocupação”. Esta estratégia serve para possibilitar reparos nas tendências dos pacientes a negligenciar os aspectos positivos de uma situação preocupante. Dessa forma, os pacientes são encorajados a escrever aspectos de uma situação de preocupação que sejam positivos ou seguros, como contraposição as suas percepções de perigo e ameaça a uma situação.

4.6 Inoculação de riscos e incerteza

Esta é uma intervenção onde são inseridos ou transmitidos ao paciente com TAG que a incerteza é uma parte natural da vida e que a tolerância à incerteza é uma solução eficaz. Desta forma, através da reestruturação cognitiva de crenças de intolerância e o desenvolvimento de comportamentos de exposição frente à situação antes evitada, tendem a levar uma melhor aceitação

da incerteza atrelada com as questões preocupantes, pois possibilita ao paciente a um aumento da tolerância ao risco e a incerteza (CLARK & BECK, 2012).

4.7 Treinamento da solução de problemas construtiva

A proposta do treinamento de solução de problemas está incluído nos protocolos de TCC para TAG de autores como Craske e Barlow (2006) e Robichaud e Dugas (2006) *apud* Clark e Beck (2012). Segundo esses mesmos autores, os terapeutas nesta intervenção identificam crenças disfuncionais que envolvem dúvidas sobre a capacidade de solucionar problemas, definem problemas e estabelecem metas. Assim, terapeuta e paciente constroem juntos soluções alternativas. Os pacientes são incentivados a tomar decisões e por fim desenvolvem a habilidade de verificação da solução. Contudo, trata-se de uma intervenção que apresenta os objetivos de melhorar nos pacientes os aspectos relevantes às crenças negativas sobre soluções de problemas, além de desenvolver habilidades de solucionar problemas.

4.8 Processamento elaborativo do presente

Aconselha-se que esta intervenção seja aplicada nas sessões finais do processo terapêutico, mas nada impede que seja utilizada nos momentos iniciais ou intermediários do processo. Esta técnica consiste em fundamentos teóricos das terapias contextuais, ou seja, das terapias da terceira onda, onde os pacientes são encorajados a desviar atenção de pensamentos ameaçadores orientados ao futuro e voltar atenção às sensações provenientes do presente ou aqui agora, além dos pensamentos e sentimentos do momento atual (CLARK & BECK, 2012). Essas intervenções podem ser baseadas em terapias, como por exemplo, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e/ou de *Mindfulness*. Tais terapias direcionam a preocupação ao momento presente, utilizando de técnicas de meditação. Abaixo algumas informações ainda serão fornecidas a fim de atestar as contribuições dessas terapias para o manuseio do transtorno.

4.9 Treinamento do Relaxamento

Embora muitos programas de TCC ainda enfatizem a utilização eficaz do relaxamento muscular, como por exemplo, os protocolos desenvolvidos por Borkovec *et al.* (2004), Craske e Barlow (2006), Rygh e Sanderson (2004) *apud* Clark e Beck (2012), o treinamento de relaxamento é usado opcionalmente na TCC. Clark e Beck (2012) sugerem que o treinamento é uma opção que contribui, mas que é indicada apenas quando a ansiedade é somática, e é considerada muito intensa que impeça o paciente de colaborar nas intervenções cognitivas para preocupação patológica.

5. BREVE APORTE DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO (TAC) E *MINDFULNESS* OU TERAPIA COGNITIVA BASEADA NA MEDITAÇÃO COM ATENÇÃO PLENA (TCBM) NO TAG

Terapia de Aceitação e Compromisso é conhecida atualmente pelas siglas ACT. Ela foi proposta pelo Dr. Steven Hayes, sendo fundamentada pela perspectiva psicoterapêutica ligada ao behaviorismo radical pós-skinneriano (CLARK & BECK, 2012). Já a *Mindfulness* ou Terapia Cognitiva Baseada na Meditação (TCBM), conforme Clark e Beck (2012), é uma adaptação baseada na *Mindfulness* desenvolvida pelo fundador Jon Kabat-Zinn. Ainda, de acordo com esses autores, a intenção da TCBM é ensinar aos pacientes uma forma de tomar consciência e estabelecer uma nova relação com pensamentos negativos, possibilitando que pacientes ansiosos tirem o foco de seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais negativas. O que contribui significadamente para a diminuição do sofrimento gerado pelo foco desses aspectos citados.

Entretanto, ambas as terapias trabalham praticamente com os mesmos princípios, ou seja, o desenvolvimento de habilidades perceptivas e de atenção focada no momento presente, sem julgamento, ampliando assim a dimensão da consciência e dos seus processos de acolhimento dos pensamentos.

A ACT, por sua vez, apresenta seis processos centrais terapêuticos, de acordo com Luoma e Hayes (2003) *apud* Clark e Beck, (2012), são eles:

- **Aceitação:** proporciona aos pacientes, através de exercícios experienciais e *mindfulness* a experimentar pensamentos e sentimentos sem julgamentos.

- **Defusão cognitiva:** visa tornar os pensamentos em meramente pensamentos, sem estar fundidos com a pessoa ou às suas experiências.

- **Eu como contexto:** proporciona ao indivíduo um senso de transcendência de si mesmo através de atividades experienciais, *mindfulness*, e metáforas.

- **Estar presente:** refere-se ao incentivo de uma consciência ativa e não crítica, contato com o momento presente sem fusão ou evitação.

- **Valores:** implica na seleção e esclarecimento de valores de vida fundamentais para os pacientes, denominado como “qualidades escolhidas por ação intencional”.

- **Ação de compromisso:** proporciona a escolha de metas específicas e o compromisso com a responsabilidade das mudanças comportamentais, nesta etapa são utilizadas estratégias para suporte, tais como: treino de psicoeducação, tarefas de casa, treinamento de habilidades e exposição.

À vista disso, tais estratégias oportunizam, através do treinamento atencional a interrupção da atenção autocentrada aumentada e, através das estratégias de reestruturação cognitiva os pacientes ansiosos podem mais facilmente controlar, direcionar e modificar os processos metacognitivos e de pensamentos errôneos (CLARK & BECK, 2012).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que o TAG está incluso entre os transtornos de ansiedade também muito frequente, sendo que seu aspecto principal é uma preocupação exagerada (em nível patológico) de uma série de situações. Entretanto, há certa dificuldade em diferenciar de outros problemas comuns, uma vez que a grande maioria dos adultos demonstra preocupação também no seu dia a dia. Dessa maneira, é necessária por parte do terapeuta (psicólogo) uma investigação minuciosa, a fim de atestar ou não o transtorno.

Clark e Beck (2012) são autores de uma das principais fontes sobre transtornos ansiosos, por isso foram tão citados no referente estudo. Em sua obra intitulada “Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade”, trazem contribuições acerca de informações pertinentes sobre o manejo, intervenções, técnicas (cognitivas e comportamentais), instrumentos e etc., ou seja, sobre todas as implicações que concerne os mais variados tipos de transtornos ansiosos na perspectiva da Terapia Cognitiva e na Terapia Cognitiva Comportamental. Os mesmos chegam a afirmar que tratamentos baseados nas referidas terapias possuem uma eficácia bastante expressiva, onde os tratamentos para o TAG, especialmente, conseguem alcançar uma taxa de recuperação de 50 a 60%. Dessa forma, as técnicas e intervenções sugeridas são eficazes para reduzir a preocupação patológica que tanto caracteriza o TAG.

Conclui-se, também, que há ampla aderência do manejo cognitivo-comportamental na redução dos sintomas do TAG, pois seu repertório técnico permite a adequação do tratamento de acordo com cada caso e contexto, possibilitando aplicabilidade em aspectos cognitivos, emocionais, fisiológicos e comportamentais. O terapeuta nesta perspectiva possui uma variedade de instrumentalizações de manejo, e terá sempre uma liberdade para escolher aquele modelo, ou intervenções que julga ser mais pertinente. Mas vale a pena ressaltar que, apesar dos protocolos e sugestões de fontes bastante seguras e utilizadas, é necessário que o terapeuta realize uma compreensão individualizada (formulação do caso e conceitualização cognitiva), considerando todos os aspectos da singularidade do paciente.

Diante do exposto, é importante considerar que embora, seja um artigo que possibilite uma compreensão sobre o manejo e eficácia do TAG na perspectiva da TCC, não se trata de um viés terapêutico, e nem tão pouco deve ser utilizado como suficiente para condução de um manejo terapêutico, isto é, para aplicação terapêutica com pacientes com TAG. Desse modo, sugere-se que o psicólogo busque outras fontes de condução, e ainda que se aprofunde tanto no que diz respeito aos transtornos ansiosos quanto ao funcionamento específico de estratégias de manejo na TCC. Além disso, aconselham-se também outros estudos, a fim de discutir a relevância, manejo, curiosidade, ou seja, todas as implicações relativas aos transtornos ansiosos, pois não se esgotam outras possibilidades de eficácia e condução terapêutica com esses transtornos.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo Comportamental – Teoria e Prática**. Trad. Sandra Mallmann da Rosa. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CLARK, D. A.; BECK, A. T. **Terapia Cognitiva para Transtornos de Ansiedade – guia do terapeuta**. Trad. Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2012.

GONÇALVES, D.A. et al. **Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v30, n.3, p.623-632, Mar. 2014.

HUNOT, V.; CHURCHILL, R.; SILVA DE LIMA, M.; TEIXEIRA, V. (2007) **Terapias Psicológicas para el Trastorno de Ansiedad Generalizada**. La Biblioteca Cochrane Plus. Issue 3.

KNAPP, P. et al. **Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LEAHY, R. L. **Terapia cognitiva contemporânea: teoria, pesquisa e prática**. Porto Alegre. Artmed, 2010.

LEAHY, R. L. **Livre de Ansiedade**. Trad.Vinicius Figueira. Porto Alegre: Artmed, 2011.