

UMA REVISÃO DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL E DE
TÉCNICAS COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA TRANSTORNO DE
ANSIEDADE GENERALIZADA

A REVIEW OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND COGNITIVE
BEHAVIORAL TECHNIQUES FOR GENERALIZED ANXIETY DISORDER

MAGDA BELAMIR CONSALTER
INSTITUTO CATARINENSE DE TERAPIA COGNITIVA

FLORIANÓPOLIS, 21 de JULHO DE 2014.

UMA REVISÃO DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL E DE
TÉCNICAS COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA TRANSTORNO DE
ANSIEDADE GENERALIZADA

A REVIEW OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND COGNITIVE
BEHAVIORAL TECHNIQUES FOR GENERALIZED ANXIETY DISORDER

RESUMO

Sendo o transtorno de ansiedade generalizada um transtorno incapacitante, com sintomas somáticos tais como tensão muscular, taquicardia, insônia entre outros, e que pacientes acometidos desse sintoma dificilmente buscam ajuda devido a sua preocupação mas, sim de seus sintomas físicos. Nós terapeutas cognitivos devemos ter conhecimento tanto dos sintomas físicos como psicológicos desse transtorno, a fim de poder realizar um bom diagnóstico dessa forma optar pela melhor intervenção psicoterapêutica, ou seja quais as técnicas cognitivas comportamentais usaremos para cada paciente. Sabendo que a terapia cognitiva é uma abordagem que reconhece o papel disfuncional das cognições e que percebe as dificuldades do paciente com TAG, em reconhecer o valor de suas preocupações, dessa forma causando prejuízo social, funcional significativo na vida desse indivíduo. É necessário estarmos atentos as várias técnicas e como usá-las com o paciente. Pois há necessidade de realizarmos a diferenciação entre pacientes preocupados com TAG dos pacientes preocupados sem TAG.

Palavras Chave: Transtorno de Ansiedade Generalizada, Técnicas Cognitivas, Preocupação.

ABSTRACT

Being generalized anxiety disorder a disabling disorder with somatic symptoms such as muscle tension , tachycardia , insomnia among others, and that these symptoms affected patients rarely seek help because of his concern but their physical symptoms . We cognitive therapists should be aware of both the physical and psychological symptoms of this disorder , in order to make a proper diagnosis thus opt for the best psychotherapeutic intervention , ie cognitive behavioral techniques which we will use for each patient . Knowing that cognitive therapy is an approach that recognizes the role of dysfunctional cognitions and realizes the difficulties of patients with GAD , to recognize the value of their concerns , thus causing significant social , functional impairment in the life of that individual. You must be attentive to various techniques and how to use them with the patient . For there is the need to record the differentiation between patients with GAD concerned from concerned patients without GAD.

Keywords : Generalized Anxiety Disorder , Cognitive Techniques , Concern .

Terapias Cognitivo - Comportamental e Técnicas Cognitivo-Comportamentais para o Transtorno de Ansiedade Generalizada, (TAG), revisão bibliográfica.

Introdução

Quando o paciente procura um profissional de saúde mental, ele está buscando alívio para seu sofrimento, quer um diagnóstico para sua patologia, pois dessa forma ele acredita curar-se de suas preocupações, ao darmos um diagnóstico de TAG devemos ter o cuidado de perceber os limites de uma ansiedade normal de uma ansiedade patológica. O diagnóstico para o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é realizado clinicamente levando em conta o sofrimento e prejuízo na vida do indivíduo, assim como sua dificuldade funcional e ocupacional como na vida social do paciente.

Para Caballo (2011, p.96) “receber um diagnóstico de TAG, as preocupações e inquietações informadas não devem estar relacionadas a nenhum outro transtorno de ansiedade”, esse além de se diferenciar de outros problemas psiquiátricos, deve ser diferenciado de outros transtornos orgânicos.

Conforme Caballo (2011, p.211), “o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), encontra-se entre os transtornos de ansiedade mais frequentes”, porém mesmo sendo um transtorno bem frequente percebe-se que muitos pacientes não procuram o profissional para sanar suas dificuldades devido a preocupações e sim procuram ajuda devido a outros sofrimentos.

Os pacientes com TAG possuem uma preocupação exagerada a qual é associada a um mal estar que apresenta menos sintomas e uma deterioração social inferior a outros transtornos de ansiedade.

Para Leahy, (2011), o TAG começa com uma preocupação com algo específico o qual vai se expandindo, para outras preocupações.

Barlow, (1988 apud Caballo 2011, p.211), refere que “muitos pacientes não recordam de seus primeiros sintomas e relatam ter estado preocupados e ansiosos durante toda vida,” dessa forma percebemos que os pacientes acabam acreditando que tais preocupações são traços de sua personalidade e que os mesmos não têm como ser tratados.

Para Clark (2012, p. 391), o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), é um estado persistente de ansiedade generalizada que envolve preocupação crônica, excessiva e invasiva que é acompanhada de sintomas físicos ou mentais de ansiedade que causam sofrimento significativo no dia a dia do paciente.

O TAG é definido com uma ansiedade ou preocupação excessiva, podendo essa persistir durante um período não inferior a seis meses, e para tanto deverá apresentar seis sintomas físicos que reflitam tensão motora, hiper-reatividade autonômica, vigilância e escrutínio. (CABALLO 2011, p. 94)

Diagnóstico e Epidemiologia

Diagnóstico, o TAG foi identificado oficialmente na terceira edição do Manual diagnóstico e estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-III, APA, 1980), para poder ser diagnosticado como tal esse deveria apresentar seis de dezoito sintomas somáticos, os quais deveriam ser divididos em três categorias: tensão motora, hiperatividade autonomia e hipervigilância.

Conforme Caballo (2011), para melhorar a confiabilidade do diagnóstico o DSM-IV fez algumas mudanças significativas,

O TAG é agora, a ansiedade e preocupação [expectativa apreensiva] excessivas, que estão presentes, por mais dias que ausentes, durante pelo menos seis meses, incidindo sobre uma série de acontecimentos ou atividades [como

desempenho no trabalho ou nos estudos]. (CABALLO, 2011, p. 212),

Diante disso pode-se perceber que o preocupar-se deverá ser algo difícil de controlar e produzir mal estar significativo em algumas áreas significativas da vida do indivíduo cometido do TAG.

Conforme o DSM_IV os critérios de diagnóstico hoje para o TAG, deve ser feito baseando-se entre três e seis sintomas, tais como: 1) inquietude ou sentir-se ativado, 2) fatigar-se facilmente, 3) dificuldade para concentrar-se ou ter a mente em branco, 4) irritabilidade, 5) tensão muscular e 6) perturbação do sono.

O diagnóstico do TAG, para Caballo (2012), muitas vezes não é diagnosticado apropriadamente, por ser dada mais significância a outro sintoma, ou por que o paciente apresentar outro transtorno dessa forma ficando mascarado. Conforme Caballo (2012, p. 533), “no TAG, aparece sintomatologia cognitiva fisiológica e motora”. Diante disso pode-se perceber que o indivíduo poderá apresentar tensão muscular, fadiga, irritabilidade, alterações do sono, bem como comportamentos de esquiva.

Para Leahy (2011, p.12), a ansiedade pode ser uma doença incapacitadora, podendo levar a pessoa a limitações em qualquer área de sua vida, assim como levá-la a depressão e até mesmo suicídio.

Clark & Beck (2012), afirmam que o TAG, se ajusta em um modelo dimensional de psicopatologia, deixando difícil determinar os critérios diagnósticos, onde possa ser diferenciada ansiedade geral patológica da ansiedade normal. Dessa forma o que o terapeuta deve ter em mente ao realizar um diagnóstico são a frequência e gravidade das preocupações a cerca de várias esferas da vida do indivíduo. Pois o que podemos perceber o que dificulta o diagnóstico de TAG, é a falta de especificidade de sintoma, diferenciando-o dessa forma de outros transtornos.

Estudos comprovam que muitos pacientes com TAG, apresentam comorbidade com fobia social, transtorno do pânico, transtorno distímico e fobia simples (ou específica), Caballo (2011, p. 212), em estudo realizado por Moras et al. (1991) “indicaram o TAG e o transtorno de pânico como agorafobia como as principais categorias diagnósticas que possuíam as taxas de comorbidade mais elevadas”.

Também podemos perceber que em Caballo (2012, p.533) o autor afirma que “TAG, costuma aparecer junto a transtornos de humor, ou outros transtornos de ansiedade, transtornos relacionados a substâncias psicoativas e transtornos relacionados ao estresse”.

Os autores Clark & Beck (2012), referem uma sobreposição entre TAG e depressão maior, dessa forma eles propõe que ambos são transtornos baseados na aflição. Continuando, eles afirmam que o TAG é um transtorno de aflição com estrutura diagnóstica e de sintoma semelhante e ao mesmo tempo distinta, da depressão maior.

Dessa forme podemos perceber que em Clark & Beck (2012, p.398), o TAG é o terceiro transtorno de ansiedade mais comum, com uma prevalência ao longo da vida de 5,7 %, sendo mais comum nas mulheres, mesmo sendo um transtorno que acomete muitos adultos podemos perceber em Leahy (2011), que o transtorno de ansiedade generalizada afeta cerca de 16% das crianças, podendo causar impacto em seu desenvolvimento, o autor também refere que 7% das pessoas experimentam o TAG, em algum momento de sua vida, sendo as mulheres que apresentam maior incidência em relação aos homens.

Pessoas acometidas do TAG apresentam sintomas fisiológicos tais como indigestão, fadiga, dores, tensão muscular, tontura e desorientação, insônia entre outros, e acabam desenvolvendo outros tipos de ansiedades, sua preocupação crônica pode resultar em náusea, síndrome do intestino irritável e sensação de desesperança. E é devido a tais sintomas fisiológicos que na maioria das vezes buscam ajuda médica.

Modelo cognitivo do TAG

Sendo a ansiedade excesso de preocupação devemos ater-nos um pouco no conceito de preocupação, segundo Caballo (2011, p.213), “preocupação é uma cadeia de pensamentos e imagens carregados de afeto negativo e relativamente incontroláveis.”

Dessa forma podemos perceber que o processo da preocupação representa uma tentativa de solução mental do problema, porém essa tentativa está carregada de resultados negativos o que gera o mal estar físico e psicológico ao indivíduo. Segundo o DSM –IV a preocupação é considerada uma expectativa apreensiva, ou seja, o indivíduo se prepara para enfrentar os acontecimentos futuros com negatividade , por ser a preocupação o excesso de pensamentos contínuos sobre o perigo futuro que são experimentados como aversivos e relativamente incontroláveis.

Em Clark & Beck (2012, p.394 apud Borkovec, Robinson, Pruzinsky e Depree, 1983), encontraremos que “preocupação é uma cadeia de pensamentos e imagens, carregada de afeto negativo e relativamente incontrolável”, ou seja, é um processo que tenta obter uma resolução mental de problemas que afligem o indivíduo.

Conforme Allgulander (2007), preocupar-se resulta em uma capacidade ruim de tomar decisões, resulta em relacionamentos disfuncionais, diminuição da performance laboral leva a uma tendência ao isolamento. Tais comportamentos poderão acarretar no indivíduo episódios depressivos, assim como uso abusivo de álcool ou outras drogas. A função da preocupação é manter e gerar ansiedade, na ausência de uma ameaça externa, ou seja, ela é a manutenção da ansiedade.

Podemos caracterizar as distorções cognitivas como supervalorização da probabilidade de ocorrer um acontecimento temido, ou seja, a preocupação que algo ruim poderá acontecer.

Dugas e Ladoer (2002, apud CABALLO 2012, p. 534), apontam que a preocupação é ponto chave nesse transtorno, ou seja, ela consiste de pensamentos constantes sobre perigos futuros experimentados como aversivos e relativamente incontroláveis.

Para Sanderson e Barlow (1990, apud Caballo 2012, p.534), as pessoas que apresentam TAG, se preocupam principalmente com a família, questões econômicas, trabalho e com doença. Podemos perceber assim que quando o indivíduo percebe uma ameaça que o leva a uma preocupação, há um aumento de ansiedade e de depressão. Por isso muitos pacientes ansiosos apresentam depressão, levando-os a uma dificuldade de tomar decisões, gerando relacionamentos problemáticos e prejudicando sua vida social e laboral.

Avaliação e Tratamento

Em Clark & Beck (2012), encontraremos que para que haja uma avaliação cognitiva há necessidade de identificação dos esquemas mal adaptativos centrais da ameaça, sua vulnerabilidade pessoal, a intolerância a incerteza e das crenças metacognitivas sobre preocupação. Já para Caballo (2012), alguns aspectos básicos do transtorno devem ser avaliados, tais como a sintomatologia, pois com o histórico de sintomas o terapeuta terá informações sobre o tratamento a seguir, dessa forma diagnosticando se há uma comorbidade junto ao transtorno. Questionar a gravidade da sintomatologia e interferências identificando qual o grau de sua frequência e grau de prejuízo, na vida do paciente. Também devemos levar em conta algumas variáveis relevantes relacionadas

ao TAG, identificar detalhes referentes à incerteza, as razões da preocupação, tentativas de esconder pensamentos e estratégias, dessa forma também é conveniente avaliar aspectos relacionados ao humor e ansiedade, assim como fatores estressantes que podem ao longo da história do paciente ter desencadeando a ansiedade.

Para uma boa avaliação do transtorno há necessidade de algumas medidas específicas dos sintomas chaves, para Dugas e Laudoucer (2002, apud Caballo 2012, p. 535) eles propõem um processo de avaliação que inclui quatro itens, e para uma melhor avaliação eles orientam que tais devam ser aplicadas antes e depois da intervenção, os quatro itens por eles sugeridos são:

1. Entrevistas estruturadas para o diagnóstico;
2. Avaliação dos sintomas do TAG;
3. Avaliação das variáveis-chaves associadas ao TAG;
4. Avaliação geral da ansiedade e da depressão.

Para Clark & Beck (2012), uma entrevista diagnóstica é importante para a conceitualização do caso, e para que possa haver um planejamento de tratamento, pois essa fornece ao terapeuta informações detalhadas sobre a tipologia, frequência e gravidade os sintomas apresentados, também na entrevista é possível avaliar os processos cognitivos do TAG, assim como os gatilhos situacionais e estratégias de enfrentamento, é possível também determinar o grau de sofrimento e qual impacto na vida do indivíduo e se os sintomas são recorrentes ou se há outros processos psicológicos, que possam prejudicar o tratamento psicoterápico.

Terapia Cognitiva Comportamental

Segundo Beck, (1997, p.17) a Terapia Cognitiva foi desenvolvida por Aaron Beck, na Pensilvânia no início da década de 60, surge como uma terapia breve, que fora

estruturada, orientada ao presente Para aliviar sintomas da depressão e direcionada a resolver problemas atuais dessa forma modificando os pensamentos e comportamentos disfuncionais.

A terapia cognitiva hoje está sendo usada como um tratamento para diversos transtornos, Pesons, Burns e Perloff (1988, apud Beck 1997) verificaram que a terapia cognitiva é efetiva para pacientes com diferentes níveis educacionais, social. Sendo dessa forma um trabalho adaptado para pacientes de todas as idades, Dattilo, (1995, p. 7), refere-se à teoria, terapia e modelos conceituais desenvolvidos por Aaron Beck e seus colegas. Pois ela visa produzir a mudança cognitiva, ou seja, mudanças no pensamento e no sistema de crenças do paciente, dessa forma promovendo uma mudança emocional e comportamental.

Em Picolotto encontraremos que a T.C. C é uma abordagem relativamente recente, que surgiu nos Estados Unidos no final da década de 50 início dos anos 60, tendo como seus precursores George Kelly, Albert Ellis e Aaron Beck, a T.C.C é uma abordagem integradora pois estabelece uma intercomunicação com outras áreas de estudo tais como: Psiquiatria, Neurociência, Psicologia Cognitiva Experimental e a Inteligência Artificial entre outras.

O termo cognitivo conforme Dattilo,

Foi usado para descrever este modelo de terapia de cinco partes porque, na década de 60 e início dos anos 70, a maior parte das terapias dava menos atenção aos aspectos cognitivos do problema de um cliente do que o afeto, comportamento, biologia ou historia do desenvolvimento. (DATTILO, 1995, p.7)

Beck (1997) descreve que a terapia deve ser desenhada para cada individuo, ou seja, o terapeuta deverá perceber cada paciente como único e singular.

Relação terapêutica

A relação terapêutica é um assunto de grande importância na psicoterapia, em Picolloto (2007) encontraremos que a formação de vínculo sólido e positivo é fundamental para melhora do paciente.

Beck (1976, apud. Picolloto 2007), salienta a importância do estabelecimento de uma relação colaborativa entre terapeuta e cliente essa fundamentada na empatia, calor humano e com constantes feedback, tais fatores só contribuirão para um bom vínculo e aderência ao tratamento.

Autores como Bolwby, 1979 e 1988, Elliot & James 1989, Greenberg e Pinsof 1986, Greenberg e Safran 1987(Citados em Mahoney 1998 apud Picolotto 2007), reconhecem e apontam a importância do afeto do terapeuta como variável indispensável para a aderência e sucesso do tratamento.

Alguns autores citados em Salkousky (2004, apud. Picolotto 2007), recomendam utilizar o relacionamento terapêutico como ferramentas para promover as mudanças e estimular o aprendizado do cliente. Para um bom resultado da relação terapêutica essa deverá ser distinta das demais relações sociais do indivíduo.

Para Picolloto (2007, p. 16), “uma das características mais importantes do papel do terapeuta é a intenção de ajudar o cliente, e essa se dará conforme a orientação do profissional”. Para Miró & Feixas (1993) citado em PICOLLOTO (2007 p. 16) no modelo comportamental o terapeuta torna-se o modelo reforçador de atitudes a serem modificadas pelo paciente, já no modelo cognitivo o terapeuta assume uma postura de guia-orientador.

Em Dattilo (1995), encontraremos que Beck afirmou que a Terapia Cognitiva não pode ser conduzida na ausência de afeto, para isso o terapeuta deverá ter habilidade de trazer a tona o afeto caso o paciente não expresse esse espontaneamente. Diante dessa

afirmação podemos perceber a necessidade de o afeto estar presente na terapia para que essa tenha bons resultados.

As emoções têm grande importância na relação terapêutica, pois conforme Beck (1997, p.105), as emoções tem importância prioritária ao terapeuta cognitivo, pois a meta na terapia é alívio de sintomas, ou seja, reduzir níveis de aflição que o paciente está sentindo.

O TAG encontra-se entre os transtornos de ansiedade mais frequentes, mesmo devido a sua prevalência os profissionais de saúde mental relatam que raramente vêm pacientes com TAG procurar ajuda para seu problema, tais pacientes quando buscam ajuda é devido estarem sentindo-se depressivos, desmoralizados ou por se sentirem socialmente ansiosos, (CABALLO, 2011).

O tratamento para o TAG consiste em ajudar o paciente a reconhecer suas preocupações como um comportamento de aproximação – evitação, pois esse tem como hábito se preocupar, ou seja, sua mente aprendeu a pensar sobre tudo.

O terapeuta cognitivo deve estabelecer um programa de tratamento para o TAG que conforme Caballo (2011), ambos terapeuta e o paciente passam para uma análise comportamental e para o treinamento de identificar suas preocupações. Tal procedimento servirá para aumentar a consciência do paciente e permitir-lhe identificar suas preocupações. Nesse momento o terapeuta ajuda o paciente a determinar se sua preocupação se refere a um problema real ou imaginário. Investigando assim a causa real de sua preocupação. Também se pode determinar se a preocupação se refere a um problema modificável, se o paciente em outras ocasiões já resolveu um problema semelhante, em caso de reagir melhor ao problema teria como resolve-lo, ou se conhece alguém que possa auxiliá-lo nesse momento. Tais procedimentos ajudam ao paciente a

serem mais objetivos ao avaliar suas preocupações, dessa forma terapeuta e paciente podem chegar a um acordo na metodologia de tratamento.

Ao iniciarmos o tratamento cognitivo para o TAG devemos deixar o paciente ciente, ou seja, realizar uma psico-educação do TAG e da Terapia Cognitiva, como ela funciona, explicar que o processo será realizado junto a ele, que haverá uma aliança terapêutica entre o mesmo e o terapeuta.

O paciente deverá entender que o fundamental do tratamento, é que ele possa monitorar seus pensamentos e que sintomas fisiológicos, podem desencadear mudanças fisiológicas.

Conforme Clark & Beck,

A meta central da terapia cognitiva para o TAG é a redução na frequência, intensidade e duração de episódios de preocupação que levariam a uma diminuição associadas a pensamentos intrusivos ansiosos automáticos. (CLARK & BECK, 2012 p. 425).

Para que o paciente alcance esse objetivo é necessário modificar as avaliações e crenças disfuncionais. Já nas primeiras sessões é importante apresentar ao paciente o modelo cognitivo do TAG, assim como a justificativa para seu tratamento, é importante educar sobre a perspectiva cognitiva da preocupação, diferenciando a preocupação produtiva e improdutiva, Leahy (2005 apud Clark 2012), refere: “que ensinar indivíduos com preocupação crônica a diferenciar preocupação produtiva de improdutiva é um ingrediente fundamental para o tratamento.” Percebe-se que é de suma importância ao tratamento o paciente identificar entre a preocupação patológica da não patológica, isso faz com que o mesmo torne-se mais consciente e dessa forma possa lidar com suas preocupações diárias, não mais se preocupando em demasia. Pois muitos pacientes sofrem por muitos anos com a preocupação excessiva, diante disso para Clark & Beck (2012), reforçam a importância de apresentar ao paciente o modelo cognitivo do TAG, assim como sua justificativa para o tratamento. Dessa forma o terapeuta estará educando

sob uma perspectiva cognitiva da preocupação, diferenciando essa de normal ou patológica.

Uma das crenças ocultas que se encontra atrás da preocupação é o poder de controlar tudo em sua vida, diante dessa afirmação o terapeuta deve ajudar o paciente a aceitar suas limitações, aceitando as incertezas, pois o paciente que sofre com TAG, tem uma preocupação constante. Nesse momento da terapia o objetivo é aprender aceitar a incerteza como parte de viver a vida. Leahy (2011).

Reestruturação cognitiva das avaliações de ameaça

Nessa fase o terapeuta começa a identificar os pensamentos e crenças relacionadas à ameaça realizam-se avaliações sobre a real ameaça, caso a preocupação realmente acontecesse, vejamos o que Clark & Beck, referem,

Na terapia cognitiva para o TAG a reestruturação cognitiva é utilizada para modificar a tendência dos indivíduos a interpretação de ameaça exageradas automática de eventos negativos futuros durante seus episódios de preocupação. (CLARK & BECK, 2012, p.429),

Assim o paciente poderá abandonar o sentido de urgência, pois assim ele começa a perceber que não há maneiras de saber o que irá acontecer com antecedência.

Indução de preocupação e descatastrofização

Nesse momento o terapeuta deverá conforme Clark & Beck (2012), a introduzir o conceito de indução de preocupação, ou seja, ele conduzirá o paciente a preocupar-se intencionalmente em algo particular por um período entre a 5 ou 10 minutos durante a sessão, o objetivo desse exercício é fazer com que o paciente saiba utilizar a exposição à preocupação, fornecendo evidência empírica de que a preocupação é controlável, ajudando-o dessa forma a aprender que a preocupação é menos provocadora da ansiedade. Para Leahy, (2011) é importante levar o paciente a tentar enlouquecer, pois

dessa forma ele vai se colocar em uma situação que intensifique suas preocupações, e poderá perceber que mesmo estando muito preocupado é impossível de enlouquecer.

Expressão de preocupação repetida.

Os indivíduos começam a identificar seus pensamentos preocupantes e estabelecem um padrão de 30 minutos diários para se envolver em preocupações, ou seja, cada vez que o indivíduo percebe-se preocupado ele deverá adiar essa preocupação para o momento da preocupação, para Clark & Beck (2012), nesse momento da preocupação os pacientes deveriam utilizar solução de problemas a fim de eliminar suas questões preocupantes.

O exercício de exposição repetida ao resultado catastrófico da preocupação é o momento que o paciente contesta as crenças mal-adaptativas sobre os perigos e incontrolabilidade da preocupação e impede o uso de estratégias ineficazes de controle da preocupação.

Sendo a preocupação uma maneira de evitar o impacto emocional daquilo que você se preocupa, Leahy (2011, p.133), “é importante que o paciente pratique seus piores medos, que ele se visualize, imagine o pior cenário possível de situações que o levam a se preocupar”, exercitando essa técnica até que consiga perceber-se menos ansioso.

Processamento do sinal de segurança.

O paciente é encorajado a escrever aspectos de uma situação preocupante que seja positiva e segura como uma oposição a suas interpretações de ameaças e de perigo, aqui o objetivo é ajudar o paciente a desenvolver uma perspectiva mais equilibrada e realista de sua preocupação.

Reestruturação cognitiva de crenças metacognitivas

Para Clark & Beck (2012), um componente importante para terapia cognitiva para o TAG é a identificação e modificação de crenças metacognitivas positivas e negativas sobre a preocupação. O terapeuta pode observar as crenças metacognitivas do paciente

realizando um questionamento da evidência de sua preocupação, o quanto essa é realmente perigosa.

Focalizar a sensibilidade ou intolerância, pois conforme os autores, as pessoas que são preocupadas crônicas tem forte reação mesmo diante de pequenas preocupações ou incertezas, o paciente deve ser ensinado que as incertezas fazem parte da vida, que todos devemos ter intolerância a incertezas. A reestruturação cognitiva de crenças de intolerância à incerteza leva o paciente perceber que há possibilidade de viver com incertezas e que temos uma capacidade limitada de determinar eventos futuros. Devemos ter como um dos objetivos da terapia para TAG, ajudar o paciente a ter mais atenção aos seus pensamentos, sentimentos e sensações do momento presente, pois conforme Clark & Beck (2012), focar a atenção no momento presente, é um antídoto contra preocupações. Para o paciente aprender a viver o presente é uma tarefa difícil e desafiadora, pois muitos estão presos a um futuro ameaçador, diante disso devemos ensinar o paciente que suas previsões quanto ao futuro na maioria das vezes são incorretas e que ele deve substituir tais previsões por alternativas mais realistas. Tal processo elaborativo do presente é semelhante, aos desenvolvidos nas terapias cognitivas baseadas em mindfulness, que enfatiza o presente prestando atenção em sua respiração, observando os pensamentos negativos de uma forma passiva, não crítica e dessa forma aceitando seus pensamentos como pensamentos apenas, Clark & Beck (2012).

O terapeuta cognitivo durante a terapia pode aproveitar a oportunidade enquanto avalia aspectos de preocupação ou emprega a reestruturação cognitiva para explorar aspectos positivos ou de segurança das situações. Isso tem como objetivo ajudar os indivíduos a desenvolver uma perspectiva mais equilibrada e realista sobre a preocupação.

Praticar o relaxamento e *mindfulness*, essas são algumas técnicas opcionais ao tratamento do TAG, alguns estudiosos referem que o relaxamento aplicado é uma importante intervenção para o TAG, porém o treinamento do relaxamento ainda é usado ocasionalmente na terapia cognitiva para o TAG.

Sendo que a preocupação envolve tensões, e essas tensões encontram-se no corpo e na mente, usar técnicas de relaxamento podem ser extremamente úteis para as pessoas que sofrem de TAG, (LEAHY, 2011, p.135).

Conforme Neves Neto (2011),

O uso de técnicas de relaxamento (por exemplo, muscular progressivo de Edmund Jacobson, relaxamento autógeno de J.H. Schultz), respiração diafragmática, meditação (p/ex., concentração e/ou insight ou “*mindfulness*”) e biofeedback e/ou neurofeedback, entre outras, são fundamentais na prática clínica de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

Porém segundo o autor a cima as mesmas não devem ser encaradas como um fim em si, mas sim como partes integrantes de um processo, o relaxamento muscular progressivo, pode produzir um efeito muito calmante, porém seus benefícios são sentidos ao longo de sua realização. Outra forma de trabalhar contra os efeitos debilitantes da preocupação é acalmar a mente, que segundo Leahy, (2011) praticar *mindfulness*, é uma forma de sair de nossos pensamentos e ingressar no momento presente, observando o que está acontecendo no momento sem comentários, julgamentos ou interpretações. A prática de *mindfulness* ajudará o paciente a prestar mais atenção aos seus pensamentos, dessa forma levando-o a ter uma nova perspectiva desses. Podemos constatar que Roemer (2010, p. 85) fala sobre *mindfulness* como uma capacidade humana universal que pode ser cultivada para reduzir o sofrimento e aumentar a consciência. Diante dessa afirmação devemos incentivar o paciente a exercer essa prática a fim de diminuir suas tensões e sofrimentos psicológicos.

Conclusão.

Diante desse estudo pode-se concluir que a terapia cognitivo para o TAG, tem grande eficácia, pois oferece ao paciente várias técnicas que são utilizadas de forma combinadas e dessa forma causam impacto sobre o transtorno. O paciente passa a ver a preocupação como um processo normal do desenvolvimento humano e não mais como algo patológico.

Dessa forma podemos perceber que várias técnicas de terapia cognitiva quando usadas de maneira combinadas entre si durante certo período de tempo, em sessão terapêutica, assim como tarefa de casa, terão um impacto positivo na vida do paciente diagnosticado com TAG, pois esse tende a começar a desenvolver novos hábitos diários, mudando seu comportamento e dessa forma tendo uma vida mais saudável e tranquila, longe de preocupações patológicas. Pois a intenção da terapia cognitiva não é livrar o paciente de preocupações, mas ajuda-lo a lidar com essas de uma forma normal e saudável.

REFERÊNCIAS

ALLGULANDER, Christer, O que nossos pacientes querem e necessitam saber sobre transtorno de ansiedade generalizada?

([HTTP://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n2/a16v29n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n2/a16v29n2.pdf)) acesso em 12 de maio de 2013

BECK, Judith S. Terapia Cognitiva: teoria e prática, Porto alegre: Artes Médicas, 1997.

CABALLO, Vicente E., **SIMON**, Miguel A., Manual de psicologia clinica e infantil e do adolescente: transtornos gerais -São Paulo: Santos, 2011

CABALLO, Vicente E, Manual para avaliação clinica dos transtornos psicológicos:estratégias de avaliação, problemas infantis e transtornos de ansiedade – São Paulo: Santos, 2012

CABALLO, Vicente E, Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: transtorno de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos- São Paulo, 2011

CLARK, David A. Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade / David A.Clark, Aaron Beck, Porto Alegre: Artmed, 2012

DATTILIO, Frank M., Terapia cognitiva com casais -Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

LEAHY, Robert L., Livre de ansiedade, Porto Alegre: Artmed, 2011

OLIVEIRA, Maria Aurelina Machado de, e **SOUSA**, Welynton Paraíba da Silva, O uso da Terapia Cognitiva no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. (<http://www.cchla.ufrn.br/shXVIII/artigos/GT36/Artigo%20Revisado%20Anais%20SM.pdf>) acesso em 20 de maio de 2013.

NEVES NETO, Armando Ribeiro, Técnicas de Relaxamento, Respiração Diafragmática, Meditação e Biofeedback em Terapias Cognitivo-Comportamental:

CVBB; Costa-Caê, CE; Benvenuti, MF. (orgs.). Comportamento em Foco. São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental – ABPMC, 2011, p. 469-776 <https://docs.google.com/file/d/0B0AafwbB9YNqNldCdjFybVdoUGs/edit>

(acesso em 02/12/2013)

PICOLOTTO, Luciana, **PICOLOTTO** Neri e **WERNER** Ricardo, Tópicos especiais em Terapia Cognitiva Comportamental- São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007

ROEMER, Lizabeth, A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em *mindfulness* e aceitação – Porto Alegre : Artmed, 2010