

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**Construção de um Protocolo de
Tratamento para o Transtorno de
Ansiedade Generalizada**

André Luiz dos Santos Pereira

Orientador: Bernard Rangé

Rio de Janeiro

2005

Construção de um Protocolo de Tratamento para o Transtorno de Ansiedade Generalizada

André Luiz dos Santos Pereira

Dissertação de mestrado submetido ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Bernard Rangé

Rio de Janeiro

2005

André Luiz dos Santos Pereira

Construção de um Protocolo de Tratamento para o Transtorno de Ansiedade Generalizada

Dissertação de Mestrado
submetido ao corpo docente do
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia do Instituto de
Psicologia da Universidade
Federal do Rio de Janeiro –
UFRJ, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título
de mestre em Psicologia.

Aprovada em

Bernard Rangé
Doutor em Psicologia
Prof. Do curso de Psicologia da UFRJ

Eliane Mary de Oliveira Falcone
Doutora em Psicologia
Prof^a. do curso de Psicologia da UERJ

Lúcia Novaes Malagris
Doutora em Psicologia
Prof^a. do curso de Psicologia da UFRJ

Agradecimentos

A minha família, pelo apoio e incentivo constante.

Ao Prof. Dr. Bernard Rangé, fundamental na minha formação acadêmica,
pelas considerações e conhecimento que me permitiram desenvolver este trabalho.
Além de seu carinho, cordialidade e paciência dedicados.

Aos meus amigos, fonte de motivação e alegria sempre

RESUMO

PEREIRA, André Luiz dos Santos. Construção de um Protocolo de Tratamento para o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Rio de Janeiro, 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é um transtorno crônico que atinge cerca de 5,1% da população. Em geral, os sintomas acompanham a pessoa desde muito cedo, mas raramente elas procuram tratamento. Atualmente o TAG é caracterizado por uma preocupação excessiva que ocorre na maioria dos dias, por pelo menos seis meses e vem acompanhada por sintomas como: inquietação, tensão muscular, irritabilidade, fadiga, agitação, falta de concentração e problemas com o sono. A preocupação é tida como difícil de controlar e pode referir-se a várias questões como: saúde própria ou de outras pessoas significativas, segurança pessoal, pequenas tarefas da vida diária e outros. Estudos têm apontado que o TAG, mesmo sem comorbidades, causa prejuízo na qualidade de vida e é resistente ao tratamento. Desta maneira, torna-se importante encontrar métodos mais eficazes para diminuir a preocupação excessiva e hiperexcitação. Com este objetivo, foi desenvolvido um protocolo de tratamento que está fundamentado em pesquisas recentes sobre o transtorno. Entre as principais formulações, pesquisadores têm destacado o papel da intolerância à incerteza, das crenças sobre a preocupação, da evitação cognitiva e de problemas interpessoais na origem e manutenção do TAG. Desta maneira, o tratamento baseia-se em ferramentas básicas da terapia cognitivo-comportamental e em novos procedimentos que ainda necessitam de avaliações acerca de sua efetividade. Entre os últimos, pode-se destacar a reestruturação de crenças sobre a preocupação e as técnicas de processamento emocional para tratar os problemas interpessoais. Diversas outras técnicas compõem este protocolo e espera-se que possam maximizar os efeitos da terapia.

ABSTRACT

Generalized anxiety disorder is a chronic disorder that affects around 5.1% of the population. Typically, the symptoms are present from an early age, but people rarely look for treatment. Nowadays, GAD is characterized by an excessive worry that occurs in the majority of days, for at least six months and comes together with symptoms such as: restlessness, muscle tension, irritability, fatigue, agitation, loss of concentration and sleeping problems. The worry is deemed difficult to control and may involve matters such as: the person's own health or the health of significant others, personal security, small tasks of everyday life and so on. Studies have been appointing GAD, even without any comorbidity, is detrimental to the quality of life and resistant to treatment. Thus it becomes important to look for more effective methods for reducing the excessive worry and hyperexcitation. With this goal, a treatment protocol based on recent research about the disorder was developed. Among the main formulations, researchers have pointed out the roles of intolerance for uncertainty, of beliefs about the worry, of cognitive avoidance and of interpersonal problems in originating and maintaining GAD. Thus the treatment is based on cognitive-behavioral therapy's basic tools and new procedures that still need to have their efficacy assessed. Among the latter, we may point out the restructuring of beliefs about the worry and emotional processing techniques to treat interpersonal problems. Other techniques complete this protocol and are expected to maximize therapy's effectiveness.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 DESCRIÇÃO	16
2.2 ETIOLOGIA	20
2.3 O PAPEL DA PREOCUPAÇÃO	23
2.4 A EVITAÇÃO COGNITIVA	29
2.5 MODELO BIOLÓGICO	33
2.5.1 Sistema Hipotalâmico-Hipofisário-Adrenocortical (HPAC)	36
2.5.2 O Papel do GABA e da Serotonina (5-HT) na Ansiedade	37
3. TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	39
4. TÉCNICAS PARA TRATAMENTO DO TAG	48
4.1 TÉCNICAS DE MANEJO DA ANSIEDADE	49
4.2 TRATAMENTO DA PREOCUPAÇÃO EXCESSIVA	51
4.2.1 Crenças sobre a preocupação	51
4.2.2 Desafiando as preocupações	52
5. PROTOCOLO	67
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
8. ANEXO	97

1 . INTRODUÇÃO

Os transtornos de ansiedade são bastante freqüentes. Estima-se que quase 25% da população serão afetados por um transtorno de ansiedade durante a vida (Kessler *et al.*, 1994 *apud* Gauthier, 1999). A ansiedade é uma emoção normal, experimentada por todos e exerce uma função importante, que é proteger o organismo de uma ameaça ou perigo. Quando ocorre de maneira aguda, em um curto espaço de tempo, é caracterizada como reação de luta ou fuga e envolve uma série de sensações físicas, como: taquicardia, sudorese, visão borrada, formigamento, entre outras (Brown, O'Leary e Barlow, 1999). Em outros momentos, a ansiedade pode ser mais difusa, orientada para o futuro e envolver sensações físicas como: tensão muscular, sintomas gastrointestinais, sudorese etc. (Clark, 1997). Apesar de envolver sintomas nem sempre agradáveis, a ansiedade é adaptativa, podendo ser bastante benéfica em determinadas ocasiões, preparando-nos para futuros problemas, ajudando-nos a contorná-los e muitas vezes melhorando nosso desempenho.

Entretanto, quando a intensidade ou duração da ansiedade é desproporcional à situação temida e passa a causar prejuízos na vida do indivíduo, esta passa a ser considerada inadequada. Neste caso alguns estímulos tornam-se aversivos ao sujeito e este passa a se esquivar dos mesmos, ou os suporta com grande sofrimento. Quando isto ocorre, a pessoa se preocupa em ficar exposta a eles no futuro, deixando seu humor ficar irritável e, dependendo da gravidade, podendo até mesmo ajudá-la a ficar deprimida. A ansiedade inadequada pode ser caracterizada de diversas formas, como por exemplo: fobia específica, medo de um determinado estímulo (animais, altura, sangue etc.), fobia social (medo de ser avaliado negativamente por outras pessoas), transtorno do pânico (medo das sensações físicas de ansiedade), entre outros.

O TAG é caracterizado por uma ansiedade crônica, que ocorre na maioria dos dias, durante um período de no mínimo 6 meses. O aspecto central do transtorno é a preocupação excessiva que pode estar ligada a diversas situações, como: a própria saúde ou a de familiares, segurança, pequenas tarefas do dia-a-dia etc. O TAG é considerado por Barlow (1999) como o transtorno de ansiedade básico. Isto se deve ao fato que suas principais características permeiam todos os outros transtornos de ansiedade.

Hallowell (1997, apud White, 1999), afirma que aproximadamente 5,1% da população geral atenderão critérios para o TAG em algum momento da vida. A maioria das pessoas com esse transtorno tem dificuldade em lembrar quando os sintomas iniciaram. Acham que sempre foram assim, ou relatam início em torno de vinte anos (Noyes *et al.*, 1996 *apud* Shinohara e Nardi, 2001). Devido ao curso crônico, a resistência ao tratamento e o início precoce, alguns pesquisadores sugerem que o TAG possa ser melhor conceituado como um transtorno de personalidade (Akiskal, 1998 *apud* Mennin, Heimberg e Turk 2004).

Enquanto transtornos como: pânico, fobia social, fobia específica, entre outros, podem ter seus efeitos claramente observados, através de comportamentos de esquiva à determinados estímulos ou pela própria incapacitação funcional dos mesmos, o transtorno de ansiedade generalizada necessita de uma observação mais acurada, pois seus sintomas nem sempre são facilmente discriminados. Em geral, os sintomas acompanham a pessoa durante muito anos, fazendo-a pensar que se trata de uma característica de personalidade que, portanto, não pode ser alterada. Com efeito, ela tende a procurar tratamento devido aos sintomas relativos às comorbidades do quadro (depressão maior, por exemplo), em geral mais agudos, que marcam uma diferença clara no funcionamento habitual do indivíduo. Já o TAG

por ter um curso mais crônico e flutuante, não cria uma alteração marcante na vida da pessoa e, muitas vezes, sua característica central (a preocupação excessiva) é percebida como positiva, pois indicaria uma maneira responsável de lidar com a vida.

Muitos estudos têm demonstrado uma alta taxa de comorbidade do TAG com outros transtornos de ansiedade e do humor, sendo rara a apresentação do quadro em sua forma simples (Bruce *et al.*, 2001 *apud* Mennin, Heimberg e Turk, 2004). Em um estudo realizado por Borkovec *et al.* (1995), 78,2% dos pacientes tinham pelo menos mais um diagnóstico e 30,9% tinham mais de um. Entre os 78,2%, 48,8% já tiveram um episódio de depressão maior.

Fatos como estes podem sugerir que o TAG não cause prejuízo na qualidade de vida em sua forma pura. Entretanto, pesquisas recentes têm demonstrado que pessoas com TAG tendem a relatar menor satisfação com a vida em família, com as atividades diárias e com o bem-estar em geral, quando comparadas a controles não ansiosos (Stein e Heimberg, 2004). Kessler (1999) cita uma pesquisa de Ormel *et al.* (1994) onde este verificou que pessoas com TAG puro relatavam mais dias de incapacitação no último mês do que pessoas sem transtornos psiquiátricos: 4.4 e 1.7 dias respectivamente. Nesta pesquisa pessoas com depressão maior sem comorbidades obtiveram um escore de 6.3 dias.

Estudos comparando depressão e TAG puros indicaram maior e mais variada incapacitação associada à primeira (Olfson *et al.*, 1997; Schonfeld *et al.*, 1997). Entretanto, apesar de ter encontrado dados que apontam um impacto mais marcante da depressão pura quando comparado a pessoas não deprimidas, do que o TAG puro, quando comparado a pessoas não ansiosas, Kessler (1999) não encontrou diferenças significativas quanto a incapacitação quando comparou pessoas com

TAG e pessoas deprimidas em suas formas puras. Demonstrou ainda que, quando associados, estes transtornos tendem a ser ainda mais incapacitantes do que quando está presente apenas um deles.

Estudos longitudinais podem oferecer informações complementares sobre o impacto do TAG na qualidade de vida, visto que seu curso é crônico, comparado a depressão, que tende a ocorrer durante um determinado período de tempo. Uma pesquisa realizada por Wetherell (2004) com uma população idosa com TAG indicou que estes têm pior qualidade de vida do que pessoas com doenças médicas crônicas, como diabetes tipo II e que eram independentes de outras comorbidades. Estes dados indicam a necessidade de novos estudos sobre este transtorno, que para Heimberg, Turk e Mennin (2004) ainda permanece pouco estudado.

O interesse por estudar este tema surgiu no meu curso de graduação. Neste período estagiei na Divisão de Psicologia Aplicada (DPA) fazendo parte da equipe de terapia cognitivo-comportamental, onde tive a oportunidade de estar em contato com muitos clientes com TAG, sendo responsável pelo atendimento clínico de alguns deles. Havia nesta época uma fila de espera extensa, onde algumas pessoas foram diagnosticadas com este transtorno. Como já oferecíamos atendimento em grupo para transtorno do pânico, depressão e fobia social, meu orientador de estágio, Bernard Rangé, sugeriu a idéia de desenvolver um tratamento em grupo para o TAG, suprimindo desta maneira a procura intensa. Como já tinha conduzido dois tratamentos em grupo até este período e os resultados haviam sido bastante satisfatórios, resolvi pesquisar sobre o assunto.

Este grupo foi realizado baseado nas principais técnicas descritas na literatura para o tratamento do TAG. O tratamento durou 12 sessões e no fim da terapia os clientes relatavam alguma melhora, mas não houve remissão total dos sintomas. Entretanto, devido ao pequeno número de participantes (n=5), os resultados foram inconclusivos, necessitando de futuras investigações. A eficácia limitada deste tratamento suscitou ainda mais dúvidas, motivando-me a estudar o transtorno de ansiedade generalizada com profundidade.

O objetivo deste trabalho é desenvolver um protocolo de tratamento para o transtorno de ansiedade generalizada, baseado no modelo cognitivo-comportamental. Para este objetivo, farei uma revisão da literatura sobre as características, etiologia e tratamento do mesmo, buscando evidências para os procedimentos e técnicas que serão propostos.

No capítulo 2 é descrita de maneira mais detalhada a evolução do diagnóstico do TAG, desde seu surgimento em 1980 no DSM-III. São destacados os principais fatores etiológicos associados ao transtorno. Ainda neste capítulo, destaca-se o importante papel da preocupação na manutenção do transtorno e os principais estudos que vem sendo desenvolvidos em sua avaliação.

O capítulo 3 abrange diversas pesquisas que foram realizadas nos últimos anos para testar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do TAG.

Algumas técnicas de tratamento são apresentadas no capítulo 4. Algumas referem-se especificamente ao tratamento da preocupação excessiva, enquanto outras abordam sintomas como a hiperexcitação.

No capítulo 5 é apresentado o protocolo de tratamento desenvolvido neste trabalho. Ele foi subdividido em 13 sessões e está fundamentado em pesquisas importantes desenvolvidas nos últimos anos sobre a etiologia e tratamento do TAG.

2. Fundamentação Teórica

2.1 Descrição

Freud, em 1894, ao descrever a “neurose de angústia”, já destacava uma ansiedade livre flutuante, generalizada e persistente. O quadro estava associado principalmente a irritabilidade, expectativa ansiosa, ataques de ansiedade e evitação fóbica. Tal descrição está intimamente relacionada com o que, alguns anos mais tarde, caracterizou a tipologia dos transtornos de ansiedade (Freud, 1957 *apud* Flichman, 2001).

Inicialmente, no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-I, 1952 e DSM-II, 1968), o termo neurose de angústia norteava a caracterização dos transtornos de ansiedade. Neste período, a hipótese psiquiátrica americana era que conflitos intrapsíquicos gerariam ansiedade e esta seria a responsável pela psicopatologia. A neurose seria fruto de uma defesa parcialmente exitosa contra a mesma, o que geraria os sintomas (Flichman, 2001).

Críticas a esta teoria e à impossibilidade de ser confirmada, culminou com uma alteração do sistema diagnóstico. Este passou a ser realizado de maneira descritiva, com base em dados tais como: idade, data de início, duração, sintomatologia, gravidade, independentemente da provável etiologia (Rickels e Rynn *apud* Flichman, 2001). O artigo de 1972 intitulado “*Critérios Diagnósticos para Utilizar em Investigação Psiquiátrica*”, do grupo de trabalho da Universidade de Washington, St. Louis, teve grande importância para o desenvolvimento dessa mudança de paradigma (Feighner et al. *apud* Flichman, 2001). Apesar de críticas poderem ser feitas a respeito dos critérios diagnósticos baseados nesses dados, essa modificação teve grande utilidade prática (Shinohara e Nardi, 2001).

Após um período de debate entre o grupo favorável a mudança e os “conservadores”, a APA (American Psychiatric Association) em 1980, publicou o

DSM-III. Nesta edição o termo neurose de angústia possui um papel secundário, aparecendo entre parênteses na categoria “Estados de Ansiedade” e o transtorno da ansiedade generalizada aparece como entidade nosológica separada pela primeira vez (Brown, O’Leary e Barlow, 1999; Flichman, 2001).

O TAG no DSM-III era visto como um transtorno residual, isto é, existiam regras de exclusão hierárquicas. Assim, o diagnóstico de TAG só poderia ser confirmado, caso nenhum outro transtorno mental estivesse presente, tornando baixa, tanto sua probabilidade entre os transtornos de ansiedade, quanto a confiabilidade diagnóstica. Além desta exigência, requeria-se a presença de ansiedade generalizada e persistente manifestando-se com sintomas de pelo menos três de quatro categorias. São elas:

- Tensão motora – dores musculares, inquietação etc;
- Hiperatividade autonômica – sudorese, tontura etc;
- Expectativa apreensiva – ansiedade, preocupação etc;
- Vigilância e exploração do ambiente – irritabilidade, dificuldade de concentração etc;

Tais sintomas deveriam estar presentes por pelo menos um mês (Brown, O’Leary e Barlow, 1999; Flichman, 2001, Resnik e Cascard, 2001).

A experiência clínica, diferentemente dos critérios diagnósticos para o TAG na época, indicava a presença de ansiedade generalizada independente da presença de um outro transtorno principal. Neste sentido, era importante verificar qual o foco da apreensão, pois isto facilitava a diferenciação entre ansiedade generalizada e ansiedade antecipatória, já que a última é comum nos transtornos do pânico e fóbicos. Por exemplo: enquanto nesses últimos a ansiedade ou a preocupação é

bem focal, remetendo-se a certos estímulos específicos (situações sociais, ter um novo ataque de pânico), na primeira, a ansiedade é mais difusa e refere-se a pequenos eventos do dia-a-dia (Brown, O'Leary e Barlow, 1999).

Em consequência desta observação, em 1987, o diagnóstico de TAG sofreu mudanças consideráveis no DSM-III-R. Nesta edição não havia mais as regras de exclusão hierárquicas, permitindo diagnosticar TAG em comorbidade com outros transtornos. O grupo de expectativa apreensiva foi reestruturado e o transtorno passou a ter seus próprios sintomas-chaves – preocupação excessiva, irrealista, em duas ou mais áreas não relacionadas a outro transtorno do Eixo I. Os sintomas associados dos outros três grupos foram reunidos numa lista de dezoito, requerendo a presença de pelo menos seis. Além disso, o tempo de duração foi ampliado de um para seis meses, visando facilitar a diferenciação de reações a eventos negativos da vida (Brown, O'Leary e Barlow, 1999; Flichman, 2001, Resnik e Cascard, 2001).

Em 1994, com a publicação do DSM-IV, os critérios diagnósticos do TAG foram revisados, visando torná-los mais fáceis de usar e para enfatizar o processo de preocupação excessiva. O requerimento de duas esferas de preocupação foi eliminado. Além disso, enfatiza que a ansiedade e preocupação devem ser excessivas (intensidade, duração, frequência, desproporcional à probabilidade ou ao impacto do evento temido) e devem ser percebidas como difíceis de controlar pelo indivíduo. Da lista de dezoito sintomas ficaram seis das áreas de tensão motora e vigilância, eliminando os sintomas do grupo de hiperatividade autonômica (Barlow, O'Leary e Brown, 1999; Flichman, 2001; Resnik e Cascard, 2001; Cía, 2001).

Em 2002, foi lançado o DSM-IV-TR, que mantém os mesmos critérios da edição anterior. Abaixo são apresentados:

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

- A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias pelo período mínimo de 6 meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).
- B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
- C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses). Nota: Apenas um item é exigido para crianças.
 - (1) inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele
 - (2) fadigabilidade
 - (3) dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente
 - (4) irritabilidade
 - (5) tensão muscular
 - (6) perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto)
- D. O foco da ansiedade ou preocupação não está confinado a aspectos de um transtorno do eixo I.
- E. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- F. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Global do Desenvolvimento.

(APA, 2002)

Talvez o TAG seja um dos transtornos que mais sofreu modificações nos seus critérios diagnósticos nos últimos anos (Brown, O’Leary e Barlow, 1999). E mesmo depois de tantas alterações e debates, alguns estudiosos não concordam inteiramente com os critérios utilizados hoje. Defendem a idéia de se focar o

número e a gravidade dos sintomas associados e não aspectos cognitivos como a preocupação excessiva (Rickels, 2001 *apud* Resnik e Cascardo, 2001). Acreditam que muitos pacientes não chegam a atender todos os critérios do DSM-IV, e assim, ficam sem diagnóstico, impedindo um melhor estudo do quadro, padecendo de um entendimento conceitual e condutas pertinentes por parte dos profissionais. Resnik e Cascardo (2001) sugerem, então, a criação de novas categorias diagnósticas, como Transtorno por Preocupação Excessiva Generalizada, deixando o termo Transtorno de Ansiedade Generalizada aos que não se encaixam neste critério.

2.2 Etiologia

Apesar dos estudos sobre o transtorno de ansiedade generalizada terem aumentado nos últimos anos, poucos são dedicados à investigação de fatores associados a sua etiologia. Isso pode estar relacionado as diversas modificações nos critérios diagnósticos deste transtorno desde 1980.

O modelo proposto por Rapee (2001, *apud* Hudson e Rapee, 2004) destaca seis fatores principais na etiologia do TAG: (1) fatores genéticos; (2) vulnerabilidade a ansiedade (temperamento); (3) ansiedade dos pais; (4) apoio ambiental da evitação; (5) transmissão da ameaça e de informações de enfrentamento e (6) eventos ambientais externos.

Genética: Estudos com gêmeos apontam fortes indícios de influência genética. A taxa de concordância entre gêmeos monozigóticos é quatro vezes maior do que em dizigóticos. No entanto, o que é herdado parece ser uma suscetibilidade para desenvolver certo transtorno de ansiedade e não um gene específico para o

TAG (Papp e Gorman, 1995, *apud* Shinohara e Nardi, 2001). Este transtorno também ocorre em certos padrões familiares, mas deve-se ter cautela quanto a este fato, pois é difícil diferenciar o que possivelmente é herdado geneticamente e o que foi fruto da aprendizagem pelo convívio com modelos ansiosos (Shinohara e Nardi, 2001).

Temperamento: Pessoas com TAG muitas vezes dizem serem ansiosas desde pequenas (Rapee, 1991). Numa pesquisa com mães de crianças clinicamente ansiosas, notou-se que essas relatavam com mais frequência que seus filhos eram “difíceis” no primeiro ano de vida (choro, dificuldade em dormir, dores etc) do que mães de crianças que não eram clinicamente ansiosas e que essa dificuldade permanecia nos anos subsequentes por medos, dificuldade em ir para a escola, ou de ficar sobre cuidados de outras pessoas (Rapee & Szollos, 1997 *apud* Hudson e Rapee, 2004).

De maneira geral, os estudos têm apontado que existe uma relação de alguns tipos de temperamento observado em crianças com o desenvolvimento de um transtorno de ansiedade. Características como alta excitação e comportamento inibido são fatores de risco importantes (Hudson e Rapee, 2004).

Ambiente: Três fatores ambientais importantes relacionados à etiologia dos transtornos de ansiedade são: reforçamento do comportamento evitativo; transmissão da ameaça e de informações de enfrentamento; e eventos ambientais externos.

A evitação de estímulos ameaçadores está relacionada diretamente a manutenção dos transtornos de ansiedade. O ambiente muitas vezes reforça este comportamento evitativo da criança, seja através dos pais, inicialmente, ou através dos pares ou irmãos na medida em que esta for crescendo. Pais muito controladores

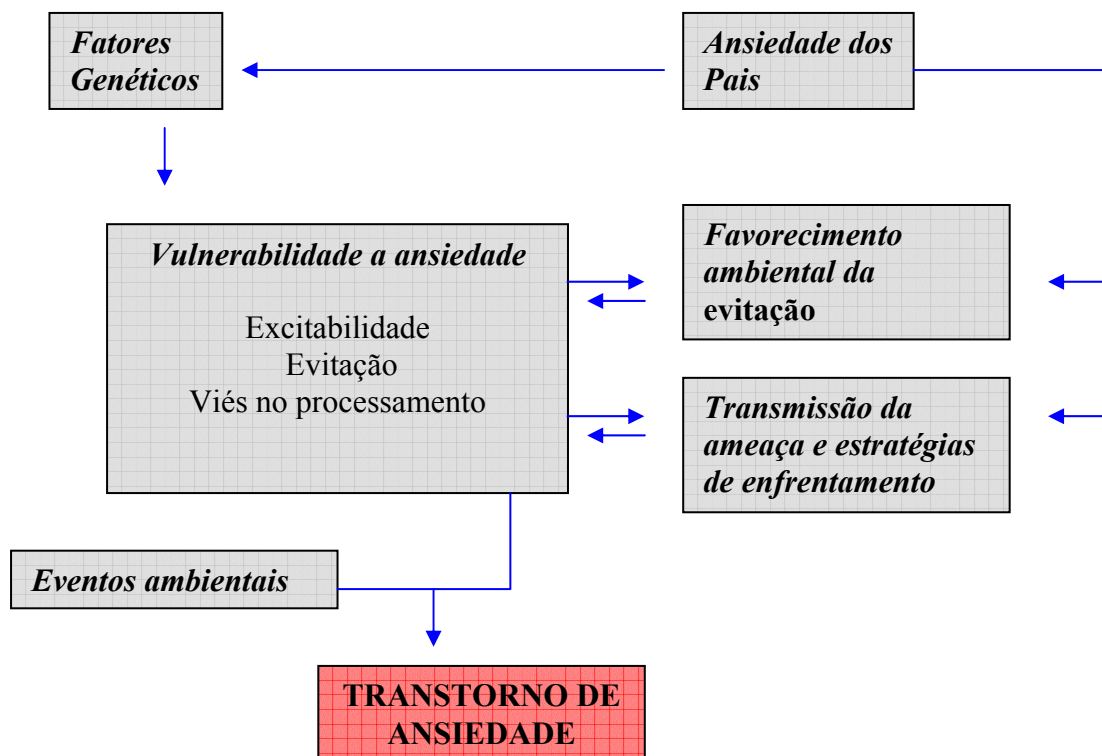
ou superprotetores podem limitar a interação da criança com o ambiente, ajudando a fortalecer o comportamento de evitação. Hudson e Rapee (2004) citam uma pesquisa que realizaram em 2001 onde observaram que mães de crianças com transtornos de ansiedade ofereciam mais ajuda e eram mais intrusivas durante a realização de uma tarefa (montar um quebra-cabeça) do que as mães de crianças não ansiosas. Outra fonte importante que pode exacerbar um temperamento ansioso é o contato com amigos ou irmãos também ansiosos, introvertidos, hesitantes, que impeçam o contato com o estímulo ansiogênico e, portanto, promova a habituação.

Transmissão do medo e de informações de enfrentamento: estas se dão pela observação do comportamento dos responsáveis pela criança. Caso estes tenham uma resposta de ansiedade frente a alguns estímulos, seus filhos podem aprender a ter a mesma resposta e a lidar com estes estímulos de maneira semelhante as suas. Por exemplo, pais muito preocupados com segurança quando saem à rua (deixam sempre o vidro do carro fechado, se queixando muito se alguém o deixa aberto, ou ficam muito atentos às pessoas que estão próximas, fazendo comentários sobre perigos na rua etc), podem “ensinar” a seus filhos a ficarem preocupados sobre isto também. Embora com fobias específicas este processo fique mais claro, com o TAG este mesmo processo parece atuar frente a uma gama de estímulos. A criança pode aprender que “o mundo é um lugar perigoso” e basear-se nesta crença para lidar com uma série de situações percebidas como ameaçadoras.

Eventos Ambientais: A influência de eventos estressantes no desenvolvimento de transtornos de ansiedade vem sendo investigada nos últimos anos. Alguns estudos apontam influências ambientais no desenvolvimento do TAG. Clientes com esse transtorno tendem a relatar mais eventos traumáticos do que sujeitos não ansiosos (Roemer, Molina, Litz & Borkovec, 1997 *apud* Hudson e

Rapee, 2004), e morte de parentes antes dos dezesseis anos de idade (Torgersen, 1986 *apud* Hudson e Rapee, 2004). Outro estudo demonstrou que indivíduos vulneráveis a ansiedade quando se deparam com eventos negativos, tendem a experienciá-los como mais estressantes do que sujeitos não ansiosos (Rapee, Litwin e Barlow, 1990 *apud* Hudson e Rapee, 2004).

Abaixo estão esquematizados os fatores citados acima e suas relações.



Esquema 1. Modelo Etiológico do TAG (Rapee, 2001 *apud* Hudson e Rapee, 2004)

2.3 O papel da Preocupação

A preocupação é predominantemente ego-sintônica e pode ser diferenciada de outros tipos de pensamentos negativos, como: obsessões e ruminação depressiva. O primeiro está fortemente relacionado à fusão pensamento – ação, isto é, pensamentos como sinônimos de comportamentos (Coles, Mennin e Heimberg,

2001 *apud* Wells, 2004). A ruminação depressiva diferencia-se da preocupação, pois a última tem um conteúdo mais verbal, maior compulsão para ação, maior esforço para solução de problemas e uma orientação menor para o passado (Papageorgiou & Wells, 1999 *apud* Wells 2004).

Wells (2004) diferencia dois tipos de preocupações: preocupações do Tipo I e preocupações do Tipo II. A primeira refere-se a eventos externos e eventos internos não cognitivos (sintomas físicos). Exemplos deste tipo de preocupação seriam: saúde de um familiar, segurança própria, perder o emprego etc. A preocupação do Tipo II consiste numa avaliação negativa sobre o próprio ato de preocupar-se, isto é, preocupação sobre a preocupação. Um exemplo deste tipo de preocupação seria uma pessoa que acredita que pode perder o controle ou sofrer algum mal por preocupar-se tanto.

Wells (2004) desenvolveu um modelo cognitivo do TAG onde as crenças e avaliações metacognitivas exercem um papel central na origem e manutenção do transtorno. No TAG a preocupação é usada como uma forma de enfrentamento a perigos antecipados e está associada à ativação de crenças positivas acerca da preocupação (“preocupando-me evito surpresas desagradáveis”; “preocupando-me evito que o pior aconteça” etc). Uma vez que uma pessoa com TAG avalia uma situação ou evento como potencialmente perigosos, as preocupações do Tipo I são ativadas, como uma maneira de avaliar melhor a situação e enfrentá-la. Pensamentos do tipo “e se...” são produzidos, outros respondidos, numa tentativa de criar uma grande quantidade de estratégias de enfrentamento. Este tipo de preocupação parece ser executada até a pessoa se distrair da atividade, em função de outras prioridades, ou até algumas metas internas terem sido satisfeitas, uma sensação que poderão enfrentar bem aquela situação. As preocupações do Tipo I

podem inicialmente produzir respostas de ansiedade que tendem a diminuir na medida em que as metas da pessoa vão sendo conquistadas. Entretanto, em alguns momentos, a ativação emocional pode ser percebida como negativa, um sinal de perda de controle e contribuir para aumento da preocupação.

Durante períodos de maior preocupação, crenças negativas são ativadas. Dois domínios são particularmente importantes: crenças de incontabilidade da preocupação e crenças sobre o perigo mental, físico ou social de preocupar-se (“a preocupação pode me levar à loucura”; “minha preocupação vai me deixar doente”). Com efeito, são ativadas as preocupações do Tipo II (“já estou me preocupando novamente!”; “eu estou perdendo o controle!” etc) que acentuam a ansiedade e que reforçam a preocupação do Tipo II, iniciando um círculo vicioso, que pode levar a ataques de pânico.

Em seu modelo, Wells ainda destaca o papel dos comportamentos e controle do pensamento na manutenção do TAG. Alguns tipos de comportamento são: evitações, distração, busca de reassseguramento etc, que impedem a pessoa de preocupar-se e testar suas crenças negativas distorcidas. Uma vez que estas estratégias funcionam reforçam negativamente tais crenças. O controle do pensamento diz respeito a que pessoas com TAG raramente decidem não se preocupar uma vez que um estímulo ameaçador é percebido. Eles, ao invés, tentam suprimir os pensamentos que levam a preocupação. Como este método é ineficiente, reforça as crenças negativas sobre a perda de controle. Escolher interromper o processo, mas deixar ocorrerem alguns pensamentos negativos, forneceria evidências de controle sobre a preocupação, desconfirmando tais crenças negativas.

Estas crenças são aprendidas muitas vezes por observação do comportamento de modelos ansiosos. Pais, por exemplo, que alertam os filhos sobre a importância de se preocupar com as coisas e evitar problemas, inicialmente facilitam a aprendizagem de crenças positivas sobre a preocupação. Entretanto, quando estes modelos passam a ter problemas de saúde (depressão, hipertensão etc) crenças negativas sobre a preocupação são desenvolvidas, o que leva ao aumento da ansiedade.

Baseados numa investigação com seus clientes, Borkovec e Roemer (1995) levantaram algumas hipóteses sobre a função da preocupação. Após este levantamento realizaram um estudo controlado para identificar se existiriam diferenças nesta percepção entre pessoas com TAG e pessoas não ansiosas. As funções pesquisadas foram: (1) motivacional; (2) solução de problemas; (3) preparação para o pior; (4) evitativa/ preventiva; (5) distração de tópicos ainda mais desagradáveis; (6) supersticiosa (como se diminuísse a probabilidade do evento temido ocorrer).

No primeiro estudo conduzido por estes pesquisadores (n = 69), o grupo como um todo, destacou mais as funções de motivação, preparação para o pior e evitação/prevenção, do que solução de problemas, distração ou superstição. A única diferença significativa existente entre o grupo com TAG e o grupo controle foi sobre a distração. Pessoas com TAG destacaram mais do que as outras que a preocupação ajudava a distrair de pensamentos ainda mais desagradáveis.

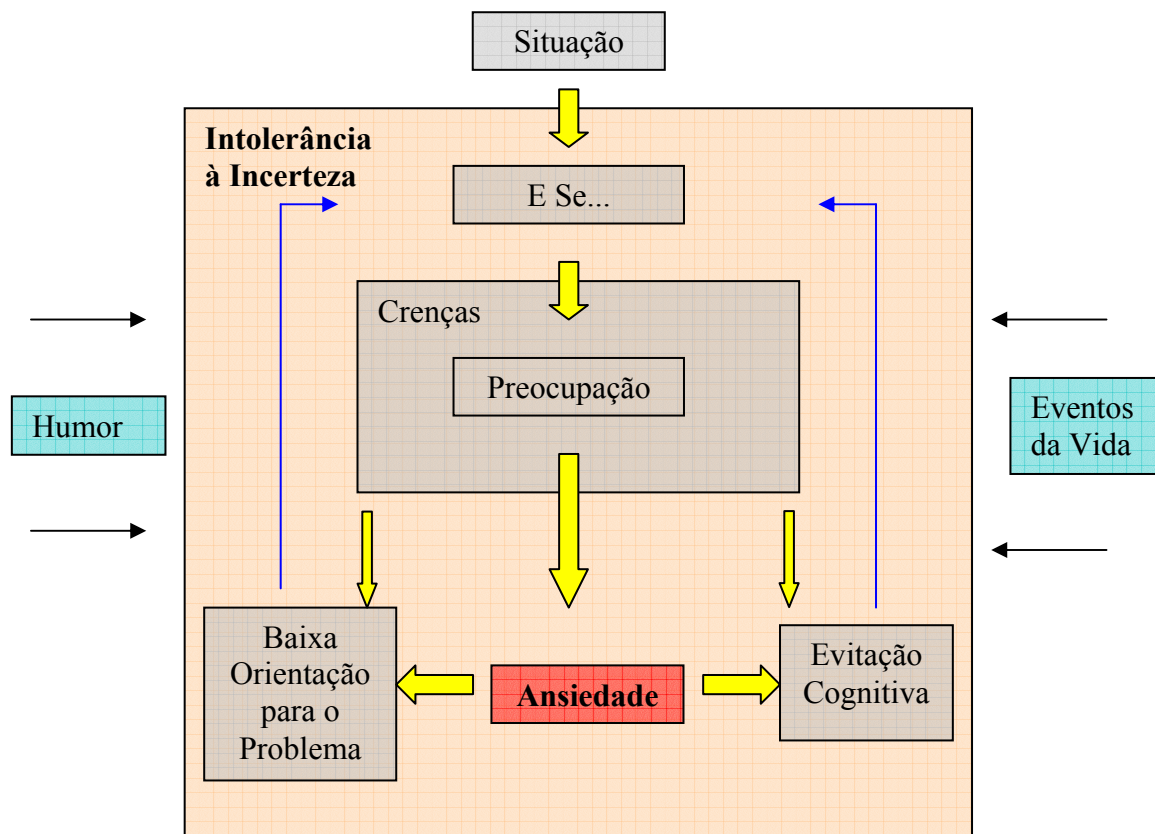
No segundo estudo, utilizando uma amostra maior (n = 514), novamente as funções mais endossadas pelo grupo como um todo foram: motivacional, preparatória, evitativa/ preventiva. Entretanto, nesta pesquisa os sujeitos com TAG obtiveram escores significativamente maiores em todas as funções avaliadas.

Quando comparados com as pessoas sem TAG, as funções: motivação, resolução de problemas, distração e superstição tiveram escores significativamente mais altos.

Estes resultados demonstram, como sugerem alguns autores (Davey et al., 1992 *apud* Borkovec e Roemer, 1995), que a preocupação pode ter uma função positiva, isto é, um caráter motivacional e preparatório, baseado na busca de informações, focada no problema e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Entretanto, nota-se também que em pessoas com um nível alto de preocupação, ela exerce uma função negativa, ou seja, evitativa e interferente no processamento emocional.

Estudando este assunto Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas e Ladouceur (1994) encontraram duas razões principais para a preocupação destacadas pelas pessoas ansiosas: ela pode diminuir a probabilidade de eventos ruins acontecerem, ajudando a diminuir a culpa caso venha a ocorrer, além de distrair de tópicos ainda mais ansiogênicos. A outra razão, seria que ela ajuda a encontrar uma maneira melhor de fazer as coisas, aumentando o controle e encontrando soluções.

Baseado nas pesquisas sobre o tema, Dugas, Gagnon, Ladouceur e Freeston (1998) desenvolveram um modelo conceitual do TAG, onde relacionam fatores importantes na manutenção do transtorno de ansiedade generalizada, destacando o papel da intolerância à incerteza.



Esquema 2. Modelo Conceitual do TAG (Dugas, Gagnon, Ladouceur e Freeston, 1998)

No modelo sugerido por Dugas, Gagnon, Ladouceur e Freeston (1998) a intolerância à incerteza exerce um papel central, sendo considerada um processo chave para o TAG. Esta pode ser definida como uma tendência a reagir negativamente em aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais a situações ambíguas ou incertas. Nestas ocasiões ela provoca aumento de pensamentos do tipo “e se...” e da preocupação. Indivíduos intolerantes à incerteza consideram a ambigüidade estressante, negativa e que precisa ser evitada. Como a vida é repleta de incertezas a pessoa sempre encontra motivos para se preocupar (Dugas, Buhr, Ladouceur, 2004).

Uma vez que este processo tem início, as crenças sobre a preocupação ajudam a mantê-lo. Alguns exemplos de tais crenças são: “preocupando-me ajudo a

evitar surpresas desagradáveis”, “preocupando-me evito que coisas ruins aconteçam” etc. Tais crenças são reforçadas negativamente, pela não ocorrência, na maioria das vezes, do evento temido.

Em decorrência deste processo, gera-se ansiedade, que está relacionada a outros dois elementos importantes: a baixa orientação para problemas e a evitação cognitiva. A primeira refere-se à resposta emocional e a crenças sobre controle que são ativadas diante de um problema, assim como, a capacidade de lidar com ele de maneira eficaz. A evitação cognitiva decorre do fato que, algumas pesquisas têm mostrado, a preocupação por ser essencialmente verbal e não pictórica, inibe o processamento emocional da situação temida, impedindo que ocorra a habituação (Borkovec e Hu, 1990; Borkovec e Inz, 1990). A preocupação seria reforçada negativamente, já que estaria servindo ao objetivo de diminuir a reação fisiológica associada à emoção negativa e distraindo de pensamentos ainda mais ansiogênicos. Assim, mais pensamentos do tipo “e se...” são produzidos dando continuidade à preocupação.

2.4 A Evitação Cognitiva

Borkovec, com a ajuda de outros pesquisadores, desenvolveu uma série de estudos visando demonstrar como a preocupação pode servir ao propósito de evitação de estímulos ansiogênicos e como este processo se relaciona com a manutenção da ansiedade. Borkovec e Inz (1990) realizaram uma pesquisa com pessoas com TAG e pessoas não ansiosas, visando identificar durante períodos de preocupação a maior frequência de pensamentos (lingüística/ verbal) ou imagens. Observaram que durante um período de relaxamento os sujeitos não ansiosos

relatavam maior incidência de imagens do que pensamentos, enquanto em pessoas com TAG os dois tipos de mentalização estavam igualmente presentes. Já nos momentos em que estavam se preocupando, o grupo não ansioso alternou para a forma lingüística, assim como nos sujeitos com TAG, aumentando ainda mais a incidência deste último tipo de mentalização. Esses resultados levantaram a hipótese que a preocupação, sendo mais primariamente verbal do que pictórica, estaria servindo à função de diminuir a ativação emocional que as últimas provocam. Isto é, preocupando-se o indivíduo elimina um estado afetivo negativo, reforçando este processo.

Outro fator importante que fortalece a hipótese da preocupação como evitação de estímulos aversivos é o estudo de Borkovec e Hu (1990). Nesta pesquisa, os autores procuraram investigar o efeito da preocupação no processamento emocional de imagens ansiogênicas. Considerando que a resposta cardiovascular reflete este processamento emocional (Foa & Kozak, 1986 *apud* Borkovec e Hu, 1990), foram formados três grupos experimentais, onde cada grupo representava uma condição específica antes da exposição à imagem ansiogênica. Foram eles: relaxamento, neutro e preocupação. Todas as pessoas que participaram da pesquisa relataram medo de falar em público. Antes da exposição a esta imagem, era pedido que os participantes gastassem 30 segundos pensando nas frases relativas ao grupo em que foram colocadas (frases de relaxamento, neutras ou relativas ao medo de falar público). Após estes 30 segundos pedia-se que os sujeitos (já treinados) pensassem na imagem ansiogênica. Os resultados indicaram que os sujeitos que se engajaram em preocupação antes da exposição à imagem tiveram uma menor resposta cardiovascular, comparada aos outros dois grupos. As pessoas do grupo de relaxamento demonstraram maior resposta cardiovascular à

apresentação da imagem do que o grupo neutro; que por sua vez, demonstrou maior intensidade de resposta do que o grupo da preocupação. O grupo de relaxamento teve uma diminuição da resposta cardiovascular conforme eram executados os períodos de exposição à imagem (10 vezes), porém esta diferença não foi significativa. Com base nesses resultados, concluíram que o ato de se preocupar antes da exposição a imagens ansiogênicas inibe o processamento emocional a essas imagens, impedindo que ocorra a habituação.

Borkovec, Lyonfields, Wiser e Diehl (1993) afirmam que é a quantidade de pensamentos ansiogênicos (preocupação) que está associada à supressão da resposta emocional e não pensamentos comuns. Estudos mostram também que a produção de um estado de preocupação aumentava o número de pensamentos intrusivos negativos (Wells e Papageorgiou, 1995).

Algumas hipóteses foram levantadas sobre o porquê destes resultados. Uma dessas hipóteses está baseada na teoria de Gray (1982, apud Borkovec, Alcaine e Behar 2004). Segundo esta teoria a ativação somática ocorre quando a informação proveniente do meio é aversiva ou quando esta informação difere daquela esperada. Quando há a preocupação cria-se um estado interno que se aproxima da informação que virá em seguida, diminuindo este distanciamento entre informação esperada e informação recebida, assim, diminuindo a reação de ansiedade. Uma outra hipótese é que pessoas com TAG detectam perigo em várias situações. Este alerta serviria para ativar a reação de luta ou fuga que facilitaria a evitação da ameaça. Entretanto, muitos perigos que estas pessoas identificam não podem ser evitados através de um comportamento específico, o que leva-as a usar a cognição para solucionar o problema (Borkovec, Alcaine e Behar, 2004).

Outras observações têm sido feitas sobre o papel da evitação no TAG. Existe a idéia que pessoas com este transtorno podem estar menos em contato com suas experiências afetivas em geral. Podem evitar ativamente emoções, ou o foco constante nos pensamentos fazem com que fiquem menos capazes de perceber flutuações afetivas durante o dia. Alguns temas que estes indivíduos podem estar evitando através da preocupação são: medos mais profundos; traumas passados; relacionamentos interpessoais da infância e atuais (Borkovec, Alcaine e Behar, 2004).

A evitação de medos mais profundos diz respeito à possibilidade da preocupação indicar apenas superficialmente a estrutura do medo. Através de técnicas como a flecha descendente, amplamente utilizada pela terapia cognitivo-comportamental, pode-se acessar preocupações que ativam níveis de ansiedade ainda mais desconfortáveis para pessoa. Esta técnica envolve fazer sucessivas perguntas aos pensamentos dos clientes, como: “e se isso for verdade, o que você acha que iria acontecer?”; questionando sucessivamente até encontrar outras preocupações menos evidentes. Por exemplo uma senhora de 72 anos que preocupava-se muito com o casamento do filho desempregado. Investigando mais estas preocupações elucidou-se outras questões que permaneciam encobertas pelas preocupações com o casamento. Ela temia que o casamento pudesse não dar certo, assim, seu filho não teria como continuar morando com a esposa, ela (a mãe) não teria condições de mantê-lo em sua casa pois ganha muito pouco, ele provavelmente se tornaria um alcoólatra e tornaria-se um mendigo. De certa forma, é mais confortável preocupar-se com o casamento, do que pensar na possibilidade do seu filho se tornar miserável.

A segunda hipótese, está associada a observações feitas com pessoas com TAG, onde estas relatam mais eventos traumáticos passados do que pessoas sem o transtorno (Roemer *et al.*, 1997 *apud* Borkovec *et al.*, 2004). Desta forma a preocupação serviria para distrair dessas lembranças tristes. O relacionamento infantil também pode ser uma importante fonte de ansiedade. Numa pesquisa de Cassidy (1995, *apud* Borkovec *et al.*, 2004), pessoas com TAG relatavam mais inversão de papéis e relacionamentos difíceis com seus cuidadores. Eles precisavam tomar conta de seus responsáveis ao invés de serem protegidos por eles, promovendo uma relação insegura com o mundo. Dessa forma precisavam estar atentos a perigos, não só para si próprios, como para os outros, o que foi fortalecido durante os anos. Este dado está intimamente relacionado com resultados de pesquisas que mostram que a maioria das pessoas com TAG têm um estilo de relacionamento caracterizado por ser intrusivo e excessivamente cuidadoso (Pincus & Borkovec, 1994 *apud* Borkovec *et al.*, 2004). Estas pessoas podem ter aprendido a tomar conta dos outros ao invés de receber amor e cuidados e mantêm este padrão durante a vida adulta. Neste último caso a preocupação pode servir como um método para antecipar as necessidades de outros significantes. Este último dado ajuda a entender porque pessoas com TAG relatam mais empatia e capacidade em perceber a dor de outras pessoas do que indivíduos não ansiosos (Peasley, Molina & Borkovec, 1994 *apud* Borkovec, Alcaine e Behar, 2004).

2.5 Modelo Biológico

Entre algumas funções do sistema límbico, está o importante papel de regular as emoções. O estudo dos mecanismos de ação dos ansiolíticos tem demonstrado a

participação de estruturas e circuitos neuronais desse sistema na gênese da ansiedade (Graeff, 1985).

Anatomicamente, algumas das estruturas cerebrais ativadas frente às fontes de perigo são: amígdala, hipotálamo e matéria cinzenta periaquedutal dorsal mesencefálica (MCPD). A estimulação elétrica ou química dessas áreas induzem padrões de comportamento defensivo em animais e manifestações comportamentais e subjetivas de medo, além de ansiedade em humanos (Cruz e Landeira-Fernandez, 2001).

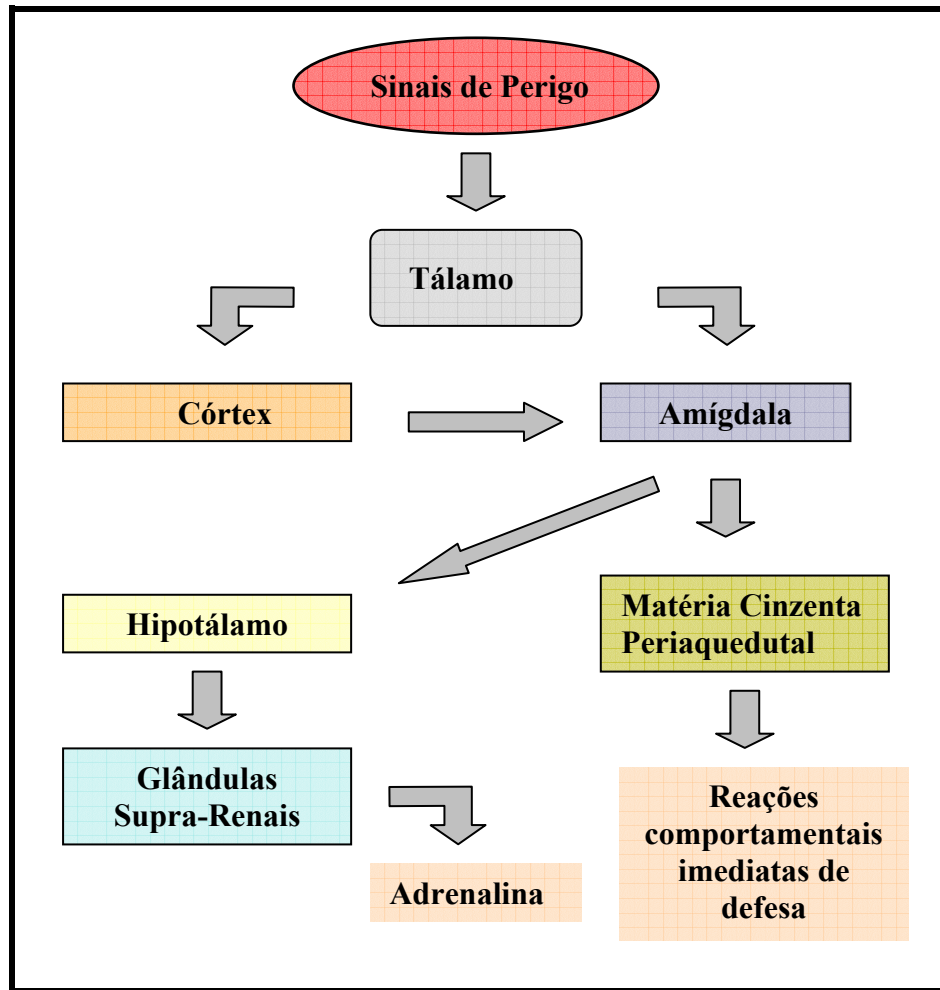
Pesquisadores acreditam que a função da amígdala é sintetizar os estímulos provenientes do meio, atribuindo-lhe um certo valor hedônico e enviar a MCPD informações quanto ao grau de perigo dos mesmos. Esta última, por sua vez, teria a função de comandar as reações comportamentais e neurovegetativas apropriadas (Cruz e Landeira-Fernandez, 2001; Fanselow, 1991 *apud* Cruz, Zangrossi Jr. e Graeff, 1998).

Estudos que utilizam tomografia computadorizada por emissão de pósitrons indicam que a amígdala é a principal estrutura ativada na presença de estímulos incondicionados e condicionados de medo. Lesões nessa estrutura atenuam as reações emocionais de medo em animais e humanos. Isto também pode ser observado pela administração diretamente nessa estrutura de ansiolíticos. Ao contrário, a estimulação elétrica desta área provoca reações emocionais de medo intenso (Cruz e Landeira-Fernandez, 2001; Cruz, Zangrossi Jr. e Graeff, 1998).

Com a detecção de perigo, o hipotálamo e a MCPD são ativadas e têm a função de comandar as manifestações comportamentais e neurovegetativas de defesa. Pesquisas apontam a MCPD como a principal responsável pelo *output* do sistema. Lesões nessa área bloqueiam a reação de defesa, enquanto sua

estimulação, tem propriedades motivacionais aversivas e é acompanhada por reações de medo e ansiedade em animais (Cruz, Zangrossi Jr. e Graeff, 1998).

O caminho neural do medo começa nos órgãos dos sentidos, que captam os estímulos ambientais de perigo e os transmitem ao tálamo. Este apenas envia a mensagem ao córtex cerebral e a amígdala, sem realizar nenhum tipo de avaliação quanto ao conteúdo. A amígdala interpreta essa informação de maneira superficial e caso haja a detecção de perigo, dispara uma ordem a MCPD e ao hipotálamo, responsáveis pelas respostas fisiológicas e comportamentais de defesa. A primeira dispara as reações comportamentais imediatas (reação de luta ou fuga) e também está envolvida na expressão facial de medo. O hipotálamo vai estimular as glândulas supra-renais, que então liberam adrenalina, fazendo com que todo o corpo trabalhe em ritmo mais acelerado. Todo esse mecanismo ocorre de maneira muito rápida e acredita-se que seja anterior a própria tomada de consciência sobre essa reação. Isto porque é o córtex que refina melhor a informação proveniente do tálamo, para somente depois enviá-la a amígdala, percorrendo um caminho um pouco mais longo. Abaixo temos a representação esquemática (Cruz e Landeira-Fernandez, 2001).



Esquema 3. Esquematização do caminho neural do medo (Cruz e Landeira-Fernandez, 2001)

2.5.1 Sistema Hipotalâmico-Hipofisário-Adrenocortical (HPAC)

O eixo Hipotalâmico-Hipofisário-Adrenocortical (HPAC) é o principal sistema neuroendócrino regulador do estresse e ansiedade em humanos. Informações de medo são transmitidas do sistema límbico para o núcleo periventricular do hipotálamo, que por sua vez, produz hormônio liberador de corticotrofina (CRH). Este último estimula a hipófise a secretar o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), que atuará na glândula adrenal que, por fim, estimula a produção de cortisol. O aumento deste é o marco da resposta de estresse em humanos, servindo para

manter a homeostase e preparar a resposta de defesa em situações de ameaça (Levine, 1993 *apud* Sinha, Mohlman e Gorman, 2004).

Estudos apontam que pessoas com TAG apresentam uma taxa importante de não supressão no teste de supressão da dexametasona (DST), o que também é observado na depressão melancólica e que sugere um aumento da ativação do eixo (HPAC) (Young *et al.*, 1994 *apud* Sinha, Mohlman e Gorman, 2004). Apesar de poucos estudos avaliarem este eixo no TAG, algumas evidências associam o transtorno a hiperprodução de cortisol, que provavelmente é secundário ao aumento do funcionamento do eixo HPAC (Sinha, Mohlman e Gorman, 2004). Este resultado pode causar efeitos danosos à saúde, visto que um excesso de cortisol pode levar a hipertensão, a uma diminuição da capacidade do corpo em combater infecções e provavelmente a problemas psicológicos (Straub, 2005).

2.5.2 O Papel do GABA e da Serotonina (5-HT) na Ansiedade

O ácido gama-aminobutírico (GABA) é o principal neurotransmissor inibitório do SNC, e parece ser o mais importante na regulação da ansiedade, já que os ansiolíticos benzodiazepínicos facilitam sua ação.

O receptor do GABA está acoplado a um canal de cloreto (Cl^-) e associado a um receptor benzodiazepínico. Quando o neurotransmissor se liga a seu receptor, isto resulta na abertura do canal e consequentemente hiperpolariza a membrana pós-sináptica. O mecanismo de ação dos benzodiazepínicos consiste em aumentar a afinidade dos receptores pelo neurotransmissor, facilitando a ação GABA-érgica. Entretanto, cada efeito produzido pelo fármaco dependerá da área de sua atuação no cérebro (Cruz, Zangrossi Jr. e Graeff, 1998; Graeff, 1985).

Existe uma hipótese que pessoas com TAG teriam uma deficiência no sistema GABA/benzodiazepínico, podendo haver tanto uma redução da sensibilidade do receptor, quanto um déficit dos transmissores inibitórios endógenos (Nutt, 2001).

A neurotransmissão serotoninérgica é muito complexa, existindo diversas vias e vários tipos de receptores. Tanto a amígdala quanto a MCPD são inervadas por fibras contendo serotonina. Porém, estudos apontam diferentes efeitos desse neurotransmissor nessas duas estruturas.

A serotonina parece ter um duplo papel na regulação da ansiedade. Na amígdala ela exerce um papel ansiogênico, enquanto sua ação na MCPD, tem um papel ansiolítico (Cruz, Zangrossi Jr. e Graeff, 1998).

Deste modo, enquanto o GABA inibe os comportamentos de defesa tanto na amígdala quanto na MCPD, aliviando sintomas de ansiedade antecipatória e ansiedade generalizada, as drogas que intensificam a neurotransmissão serotoninérgica na MCPD teriam ação anti-pânico (Cruz, Zangrossi Jr. e Graeff, 1998). Por conta desses achados, pesquisadores sugerem que o TAG estaria associado com as disfunções envolvendo a amígdala, enquanto o pânico com a MCPD (Deckin e Graeff, 1991 in Cruz e Landeira-Fernandez, 2001; Cruz, Zangrossi Jr. e Graeff, 1998).

3. Tratamiento Cognitivo-Comportamental

A maioria das pessoas com TAG não procura tratamento (Hallowell, 1997 *apud* White, 1999). Grande parte dos casos é tratado por clínicos gerais, gastroenterologistas ou cardiologistas. Isto ocorre, porque, devido ao número elevado de sintomas físicos, os pacientes não admitem estar padecendo de um transtorno mental (Shinohara e Nardi, 2001). Acontece também, deles considerarem suas preocupações como parte de suas personalidades, e ou funcionais, no sentido de alertar sobre um perigo ou ajudar a resolver um problema (Copeland, 1998).

Diversos estudos têm procurado avaliar o grau de eficácia de alguns tipos de terapia no tratamento do TAG. Apesar de terem sido obtidos bons resultados com terapia comportamental, relaxamento aplicado e biofeedback, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a que tem se mostrado mais eficaz entre elas (Borkovec e Ruscio, 2001; DeRubeis e Crits-Christoph, 1998; Borkovec, Abel e Newman, 1995), sendo superior quando comparada a grupos controle, como lista de espera (Butler *et al.*, 1991; Ladouceur *et al.*, 2000) e placebo (Chambless e Gillis, 1993). Este tipo de terapia também está associada a uma menor probabilidade de recidiva (Howard, 1999), com manutenção dos ganhos por até doze meses (Ladouceur *et al.*, 2000; Chambless e Gillis, 1993; Borkovec e Costello, 1993) e baixos índices de abandono (Borkovec e Ruscio, 2001).

Apesar de estudos como estes sobre o tratamento do TAG, alguns problemas dificultam a formação de um consenso sobre o mesmo. Gould, Safren, Washington e Otto (2004) realizaram uma revisão meta-analítica do tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de ansiedade generalizada e destacaram três principais desafios neste estudo: a heterogeneidade de intervenções simples ou combinadas que são empregadas nas pesquisas; a heterogeneidade dos grupos controles; e as diferentes medidas utilizadas para avaliação do transtorno. A própria

alteração sofrida nos critérios diagnósticos durante os últimos anos ajuda a dificultar o estudo do tratamento do TAG.

Alguns resultados experimentais têm sido modestos. Borkovec *et al.* (2002), baseado no seu estudo com Whisman (1996), que indica que apenas 50% dos clientes estudados atingem um alto estado final na terapia, acredita que é importante aumentar os efeitos da mesma. Sabe-se pouco sobre diferenças entre clientes com TAG que seja preditivo da responsividade ao tratamento (Newman, 2000 *apud* Borkovec *et al.* 2002).

Entretanto, pesquisas continuam sendo desenvolvidas e produzindo informações importantes que orientam novos estudos e discriminam de maneira mais precisa aquelas técnicas que possuem um efeito maior nos resultados.

Brown, O' Leary e Barlow (1999) citam uma pesquisa que realizaram em 1992, onde foi testada a técnica de exposição à preocupação, sem que fosse complementada por outras técnicas (cognitivas, relaxamento etc). Ela está fundamentada em estudos que indicam que a preocupação exerce uma função evitativa, inibindo o processamento emocional e, por conseguinte, impedindo que ocorra a habituação (Borkovec & Hu, 1990). Ao longo de 8 a 12 semanas de tratamento, os sujeitos obtiveram um decréscimo clinicamente significativo do nível de ansiedade e depressão. Este resultado parece oferecer evidências que sugerem a efetividade da exposição à preocupação como uma estratégia descondicionante.

Borkovec e Costello (1993) entendem a ansiedade como um processo de interação entre os sistemas cognitivo, fisiológico, afetivo e comportamental. Acreditam ser importante a detecção do início deste processo e consequentemente o treinamento de algumas habilidades de enfrentamento. Entre as principais técnicas se destacam o uso do relaxamento aplicado (Öst, 1987) e de múltiplos métodos de

relaxamento, exposição a preocupação e reestruturação cognitiva. Visando eliminar fatores não específicos do tratamento no resultado do mesmo, realizaram uma pesquisa comparando três formas diferentes de terapia: TCC, relaxamento aplicado e terapia não diretiva. Os resultados foram superiores para as duas primeiras condições, sendo que no *follow-up* de um ano a TCC produziu um efeito maior. Esse dado parece indicar que algum componente no tratamento com TCC causa melhores resultados a longo prazo.

Tendo em vista a interação entre vários sistemas na resposta de ansiedade, Ladouceur *et al.* (2000) focalizaram o tratamento na preocupação excessiva, pois alterando-o, todos os outros sistemas também seriam afetados. Baseou-se no modelo de Dugas, Gagnon, Ladouceur e Freeston. (1998), que destaca quatro componentes para o tratamento; a intolerância à incerteza, crenças distorcidas sobre a preocupação, evitação cognitiva e a baixa orientação para o problema. Seis etapas foram divididas durante 16 semanas:

- (1) Apresentação da lógica do tratamento: Fornecer informações sobre o papel da intolerância à incerteza como fonte de ansiedade e preocupação. O objetivo da terapia não é eliminar toda a incerteza da vida, pois seria impossível, e sim, ensiná-los a manejá-la.
- (2) Monitoração: Durante períodos pré-determinados, por 3 ou 4 vezes no dia, o cliente era instruído a parar o que estava fazendo e anotar suas preocupações naquele momento. Pedia-se também para notarem se a situação fruto da preocupação era modificável (solução de problemas) ou não.
- (3) Correção de crenças distorcidas sobre a preocupação: O cliente é treinado a perceber suas crenças sobre a preocupação e as vantagens e

desvantagens de mantê-las. Em seguida outras técnicas cognitivo-comportamentais são utilizadas para reavaliar a utilidade da preocupação. Um exemplo destas crenças é “Minhas preocupações sobre a saúde dos meus filhos são úteis porque se alguma coisa acontecer, pelo menos não serei pego de surpresa”.

- (4) Treino na orientação de problemas: O terapeuta ajuda o cliente a manter-se focado no problema e identificar todos os elementos chave da situação, não dando tanta atenção a questões menores, como ocorre com frequência. Em seguida dá-se início ao treino em solução de problemas.
- (5) Exposição Cognitiva: Para aquelas preocupações não tratáveis com solução de problemas. O cliente descreve a imagem ansiogênica, que é gravada numa fita cassete para repetição. Em seguida é exposto a esta imagem enquanto procura evitar qualquer tipo de enfrentamento a mesma.
- (6) Prevenção da recaída: Os clientes recebiam um guia que apresenta um sumário de estratégias usadas para cada tipo de preocupação.

No fim do tratamento aproximadamente 77% dos participantes não atendiam mais os critérios diagnósticos para o TAG. O tratamento levou a uma diminuição significativa da preocupação, ansiedade geral, depressão e dos sintomas somáticos, mesmo esses últimos não tendo sido atingidos diretamente através de técnicas de relaxamento. Particularmente importante, segundo os clientes, foi aprender a diferenciar os tipos de preocupações, pois, assim, sentiam ter maior controle sobre elas. Os ganhos foram mantidos depois de 1 ano e houve uma diminuição significativa das comorbidades. Esta última informação vai ao encontro da pesquisa

de Borkovec, Abel e Newman (1995) que observaram diminuição das comorbidades naqueles clientes que responderam bem a terapia.

Borkovec *et al.* (2002) desenvolveu uma pesquisa visando identificar componentes importantes do tratamento cognitivo-comportamental do TAG. Neste estudo, comparou terapia cognitiva, relaxamento aplicado com dessensibilização por meio do auto-controle (aplicação do relaxamento em situações ansiogênicas) e TCC (combinação desses métodos). A duração do tratamento foi de 14 sessões semanais de uma hora e meia, exceto as quatro primeiras que tinham duração de duas horas. A terapia cognitiva foi conduzida de acordo com o modelo de Beck e Emery (1985). Era explicado o modelo cognitivo da ansiedade e a importância de identificar o início do processo (os gatilhos da resposta de ansiedade). Entre as principais técnicas utilizadas estão: descatastrofização, formulação de pensamentos e crenças alternativas, exame de evidências e probabilidades dos eventos etc. Não eram permitidos ensaios imaginários de enfrentamento. Os sujeitos que participaram do grupo de dessensibilização por meio do auto-controle também recebiam informações sobre a ansiedade (processo em espiral). Foi destacado a importância de identificar o início deste processo para impedir o seu desenvolvimento, através de respostas de relaxamento aos pensamentos, imagens e sentimentos de ansiedade. Os participantes aprendiam a focar a atenção no presente e não em eventos passados ou possibilidades futuras. Foi usado também o relaxamento aplicado de Öst (1987). O procedimento de dessensibilização ocorria após ter sido desenvolvida uma hierarquia dos principais temas geradores de ansiedade. Após os participantes estarem relaxados eram apresentados estímulos internos e externos do primeiro tópico de ansiedade. O indivíduo deveria continuar imaginando a situação, ao mesmo tempo em que imaginava-se desenvolvendo as respostas de enfrentamento.

Após terem sido desenvolvidas outras possibilidades de enfrentamento e a ansiedade tivesse diminuído, eliminava-se a imagem e o foco da atenção centrava-se na sensação de relaxamento.

Nesta pesquisa as três condições testadas foram equivalentes quanto a eficácia. No fim do tratamento a grande maioria dos participantes não mais atendiam os critérios para o TAG. Entretanto este número aumentou de 9% para 17% depois de 2 anos. Pelos resultados obtidos os pesquisadores acreditam que a focalização do tratamento em determinado componente leva a alterações nos outros domínios, como uma espiral. Entretanto consideram relevante o tempo destinado a cada condição testada (nesta pesquisa 16 horas). Acreditam que o tratamento breve utilizando componentes da TCC pode não ser suficiente para gerar alterações em todos os sistemas da resposta de ansiedade. Verificaram também que aqueles participantes com problemas interpessoais obtiveram um menor aproveitamento dos tratamentos.

Com base nos resultados dessa pesquisa e depois de anos avaliando o tratamento cognitivo-comportamental do TAG, Borkovec *et al.* (2002) considera que outros aspectos devem ser investigados para aumentar a eficácia do mesmo. Destaca fatores como a intolerância à incerteza, crenças sobre a preocupação, técnicas que auxiliem ao cliente permanecer no presente como outras orientações que podem ajudar neste objetivo. Outra hipótese é que o relacionamento interpessoal possa ser um importante elemento influente do comportamento de pessoas com TAG. A preocupação e ansiedade podem desenvolver e/ou ser mantidas por problemas de relacionamento com outros, ou pela dificuldade em ter suas necessidades interpessoais atendidas. Ser dominante, vingativo ou intrusivo em uma relação pode estar associada com uma vida emocional mal adaptativa.

Desta forma, acredita ser importante testar a inclusão de uma forma de terapia interpessoal ao tratamento padrão da TCC.

Newman *et al.* (2004) têm opiniões semelhantes a essa sobre o tratamento do TAG. Acredita ser importante avaliar e tratar:

- (1) Padrões de relação interpessoal;
- (2) Origem dos problemas interpessoais;
- (3) Dificuldades interpessoais que emergem na relação terapêutica;
- (4) Evitação emocional;

Questões desenvolvimentais podem ser especialmente importantes para pessoas com TAG, que tendem a relatar mais sentimentos não resolvidos de raiva e vulnerabilidade relativos aos seus cuidadores do que pessoas sem o transtorno (Cassidy, 1995 *apud* Newman *et al.* 2004). Um foco sobre estes temas está associado a melhores resultados na TCC (Hayes *et al.*, 1996 *apud* Newman, 2004). Considera que o terapeuta cognitivo-comportamental tende a focalizar em questões intrapessoais mais do que em interpessoais. Além disso, tendem a avaliar a última partindo das cognições dos clientes e não da relação pessoal em si.

Gould, Safren, Washington e Otto (2004) concluíram com sua pesquisa que o tratamento combinado (técnicas cognitivas, treino em relaxamento, procedimentos de exposição) parece ter um efeito levemente maior do que o uso de seus componentes separadamente. Além disso, a TCC oferece melhores resultados quando comparada a lista de espera, placebo ou terapia não diretiva. Os pesquisadores consideram que apesar dos ganhos oferecidos pela TCC, poucos pacientes nos estudos realizados conseguem ficar totalmente livres dos sintomas, não mais atendendo os critérios diagnósticos para o TAG. Não foram identificadas

diferenças significativas entre o formato em grupo e individual de terapia, porém a última demonstrou um efeito um pouco maior.

4. Técnicas para Tratamento do TAG

Leahy (2004) destaca que até pouco tempo o tratamento do TAG envolvia, principalmente, técnicas de manejo da ansiedade, como: relaxamento, planejamento de atividades e treino de assertividade. Apesar de exercerem um efeito positivo na diminuição da hiperexcitabilidade, a ansiedade mais difusa, característica do TAG, não era adequadamente focada. Desta forma, desenvolveu algumas técnicas para tratar a preocupação excessiva e outros problemas relacionados a ela, como dificuldades com o sono. Abaixo estão descritos algumas técnicas e procedimentos que podem ser úteis no tratamento do TAG.

4.1 Técnicas de Manejo da Ansiedade

- Para diminuir a hiperexcitação Leahy (2004) destaca o uso de técnicas como: relaxamento muscular progressivo (anexo), treino respiratório e meditação.
- Higiene do Sono: como hiperexcitabilidade e pensamentos ruminativos são características importantes do TAG, pessoas com este transtorno podem ter dificuldade com o sono. Desta forma, oferece algumas instruções para minimizar este problema:
 - (1) Desenvolver um horário regular para dormir, evitando cochilos durante o dia;
 - (2) Usar a cama apenas para o sexo ou dormir. Evitar utilizá-la para conversar no telefone, ler, preocupar-se, pois, assim, não associa-se a cama a excitação ou ansiedade.

- (3) Diminuir a ingestão de líquidos algumas horas antes de dormir. Muitas vezes o sono é perturbado pela necessidade de urinar. Produtos com cafeína, e comidas pesadas devem ser evitadas também.
- (4) Não se forçar a dormir. Isto apenas aumenta a frustração e ansiedade. Deve-se desistir de tentar dormir e apenas focar nas sensações de relaxamento.
- (5) Escrever os pensamentos automáticos e desafiá-los. Após algum tempo, levantar-se e ir a outro cômodo para desafiar os pensamentos.
- (6) Utilizar técnicas de relaxamento e respiração diafragmática.
- (7) Não esperar resultados imediatos. É preciso algum treino para alterar os problemas com o sono.

▪ Manejo do tempo: Muitos clientes sentem-se pressionados pelo tempo. A quantidade de atividades diárias pode ser excessiva e criar mais uma fonte de preocupação para pessoas com TAG. Alguns procedimentos podem auxiliar, como:

- (1) Estabelecer metas específicas;
- (2) Priorizar;
- (3) Planejar atividades;
- (4) Utilizar auto-reforço;

Pessoas perfeccionistas podem sofrer ainda mais com o manejo do tempo. O uso de padrões de desempenho muito altos aumenta o gasto de tempo em atividades mais simples, o que contribui, ainda mais, para terem problemas em completar tarefas mais importantes. Avaliar o custo / benefício de manter tais

padrões e desenvolver experimentos com o objetivo de buscar evidências sobre diferenças significativas sobre a qualidade final da tarefa, pode ser útil. Deve-se dar atenção à procrastinação e centralização de responsabilidades. O indivíduo pode ter pensamentos freqüentes do tipo tudo ou nada que levam a procrastinação. Acreditam que se iniciarem uma tarefa devem terminá-la, o que aumenta a ansiedade e, conseqüentemente, leva a procrastinação. Desmembrar as atividades em etapas e delegar responsabilidade auxiliam a diminuir a ansiedade, diminuindo a pressão exercida pelas tarefas a serem cumpridas.

4.2 Tratamento da Preocupação Excessiva

4.2.1 Crenças sobre a preocupação

Crença de que não se tem controle sobre a preocupação:

- *Designar um tempo para preocupar-se.* Simplesmente preocupar-se durante um período fixo de tempo, sem buscar soluções para os problemas. Este procedimento pode auxiliar que o cliente perceba que muitas de suas preocupações são repetitivas, envolvem determinado tema específico e que são passíveis de controle.
- *Distração.* Buscar envolver-se com outras atividades que emanem atenção, como descrever objetos, cantar uma música etc.
- *Meditação.* Focar no presente ajuda a diminuir a preocupação. Pessoas muito preocupadas têm a tendência a generalizações e atribuições que vão muito além do momento imediato e que elevam a ansiedade.

Preocupação como significado de controle:

- Pode-se medir o custo / benefício e as evidências desta crença. Uma pergunta para refletir é: “Como uma preocupação sobre ter câncer, pode me impedir de ter câncer?”. O fato de um problema ter sido identificado não significa tê-lo solucionado.

4.2.2 Desafiando as preocupações

Examinando a demanda por certeza:

Baseado na teoria de Dugas, Gagnon, Ladouceur e Freeston (1998) sobre a intolerância à incerteza, torna-se importante avaliar e desafiar a demanda por certeza de pessoas com TAG. Algumas perguntas auxiliam neste objetivo:

“Existe alguma coisa sobre a qual você tenha absoluta certeza?”

“Como você vê o fato de tolerar a incerteza em outras áreas da sua vida?”

“Você está acreditando que, por ser incerta, esta situação terá um resultado ruim?”

Desenvolver narrativa e imagens positivas:

Como muitas vezes os indivíduos criam suas previsões catastróficas, preocupando-se e contando a si mesmos como as coisas podem ir mal no futuro, torna-se importante desenvolver imagens e narrativas positivas. Após o

desenvolvimento desta narrativa, pergunta-se ao cliente sobre como cada passo daquela solução seria executada.

Exemplo: Uma mulher grávida que se preocupava em perder seu cargo na empresa que trabalhava, pois acreditava que seu chefe não admitiria ficar tanto tempo sem o seu serviço. Uma de suas preocupações era ser demitida e não conseguir sustentar de maneira satisfatória seu filho que estava para nascer. Por isso, evitava contar a seu chefe a notícia de sua gravidez. Uma narrativa positiva seria:

“Eu venho trabalhando muito bem nos últimos dois anos que estou neste serviço e tenho um bom relacionamento com a maioria das pessoas da minha área. Vou pedir para conversar a sós com meu chefe e dizer a ele que estou grávida e que estou bastante feliz com isso. Direi que gosto muito de trabalhar nesta empresa e que ficaria muito contente de poder voltar a trabalhar com ele depois do nascimento do meu filho. Posso fazer um acordo para realizar alguns serviços em casa após quatro meses do nascimento e depois de mais três meses voltaria ao trabalho normalmente. Talvez ele fique um pouco preocupado com menos uma funcionária, mas como sempre elogia meu trabalho, provavelmente me manterá no cargo.”

Algumas perguntas que podem ser feitas pelo terapeuta são: Quando você vai conversar com seu chefe?; Como você vai contar a ele?; Como você pode oferecer esta proposta especificamente?; etc.

Transformando preocupações em predições:

O objetivo deste procedimento é tornar as preocupações vagas dos clientes em previsões específicas, isto é, o que vai acontecer, quando e como. Assim pode-se verificar no futuro a ocorrência ou não daquela previsão.

Exemplo:

Preocupação	Previsão específica
Cometer um erro no trabalho.	Eu farei um trabalho muito ruim, com erros de ortografia, tecnicamente errado, meu chefe perceberá o erro e me demitirá este mês.

Revisando o manejo de eventos negativos passados:

Esta técnica visa melhorar a auto-eficácia dos clientes, usando, para isso, evidências passadas onde foram capazes de manejar seus problemas de maneira satisfatória. Com a lembrança de tais situações o cliente ficará mais confiante para iniciar suas estratégias de enfrentamento.

Evento Negativo	Enfrentamento	Maneira improdutiva de enfrentar
Problema atual	Como posso enfrentar	Maneira improdutiva de enfrentar

Aprendendo com previsões não confirmadas:

Muitas pessoas não consideram as evidências passadas, pois elas não oferecem garantias sobre o futuro. O passado pode nos indicar a probabilidade de alguns eventos acontecerem, mas não interfere na possibilidade de ocorrência de tais eventos. Pessoas com TAG podem se sentir tão aliviadas quando suas previsões não acontecem que não examinam a exatidão de suas avaliações. Tendem, também, a desqualificar algumas evidências por atribuírem a não ocorrência dos eventos negativos a sorte etc. O grau de convicção em suas crenças negativas pode ser tão forte que mantêm as previsões distorcidas. A técnica do ponto – contraponto é útil para produzir um pensamento mais racional.

Pensamentos Automáticos	Resposta Racional
Eu posso ser demitida	Eu faço um bom trabalho na maioria das vezes
Não se pode ter certeza que isso não acontecerá	Não se pode ter certeza de muitas coisas, mas a probabilidade é pequena.
Mas posso estar errada	É possível que esteja, mas o custo benefício de me preocupar com isso não é válido.
Mas se de fato acontecer será horrível	Será desagradável, mas é impossível viver sem ter emoções negativas em alguns momentos.
Isso não é bom. Preciso ter certeza.	Posso sobreviver a isso, mesmo sendo incerta a situação. Já vivi momentos difíceis e consegui superá-los.

Distinguindo Preocupações Produtivas e Não produtivas

Leahy (2003) destaca que o objetivo da terapia não é eliminar toda preocupação da vida do cliente, mas sim, ajudá-lo a distinguir aquelas preocupações racionais, produtivas daquelas improdutivas. Em geral, preocupações produtivas levam a ações que podem solucionar o problema imaginado, enquanto as improdutivas, não levam a uma ação.

Minha Preocupação é: _____

Questão	Resposta
Isto é algo com uma pequena probabilidade de ocorrência?	
Que predição estou fazendo?	
Qual o problema que precisa ser resolvido?	
Que ações específicas eu posso fazer?	
Estas ações parecem razoáveis	
Estou me preocupando sobre coisas que tenho pouco ou nenhum controle?	
Esta é uma preocupação produtiva ou improdutiva?	
Por que ou Por que não?	

Máquina do Tempo:

Colocar os problemas em perspectiva pode ajudar a diminuir a intensidade da emoção negativa. Voltar ao passado, numa situação realmente muito boa, experimentar prazer com as lembranças, em seguida, projetar no futuro (1 semana, 1 mês, 1 ano etc.) ajudam a que o cliente tenha uma medida mais confiável para avaliar a situação que vive.

Esta técnica também é válida para preocupações relativas a avaliação de outras pessoas. Pergunta-se ao cliente o que as pessoas envolvidas na situação vivida estarão fazendo daqui a 1 mês, 1 ano etc.. Por exemplo: Um homem que se preocupava em demonstrar ansiedade para outras pessoas, mais especificamente, delas notarem sua transpiração. Perguntava-se: O que esta senhora que conversou com você estará fazendo amanhã? Ela estará pensando em o quanto você estava suando?. E daqui a 1 ano, no aniversário dela, ela pensará imediatamente que a 1 ano atrás conversou com uma pessoa que suava muito?

Negação dos Problemas:

O objetivo desta técnica é tornar mais realista a interpretação dos problemas enfrentados pelos clientes. Como alguns tendem a catastrofizar ou percebê-los como insuperáveis, eles são instruídos a usar a seguinte frase para combater seus pensamentos automáticos: “isto não é um problema porque...”.

Abaixo está um exemplo de como deve ser realizado este exercício:

Problema	Por que não é um problema
Posso ficar doente na viagem	Isso não é um problema porque posso procurar um médico onde estiver
Posso não encontrar um médico	Isso não é um problema porque pode não vir a ser nada sério
Mas pode ser que seja muito sério	Isto não é um problema porque posso interromper a viagem e voltar para minha cidade

Praticando a aceitação:

Leahy (2003) destaca que diariamente aceitamos eventos desagradáveis que nos acontecem, por exemplo: dias de chuva, preços altos etc. Ao invés de controlar, sentir-se inconsolável em relação a estas situações, em geral, aceitamos tais eventos. Sugere que pessoas com TAG passem a aceitar alguns problemas. Aceitar refere-se a observar sem julgar. Simplesmente descrever o que acontece, sem prever, interpretar os acontecimentos. Quando lidamos com aceitação, a ansiedade tende a diminuir.

Leahy (2004) cita uma ferramenta de auto-avaliação que desenvolveu com Holland em 2000, que envolve uma série de questões para serem respondidas visando desafiar as preocupações. Ela envolve uma série de técnicas, inclusive algumas que já foram descritas anteriormente.

Preocupação específica: _____

Perguntas
O que você está prevendo que irá acontecer? (especificamente)
Qual a probabilidade (0 – 100%) que isso, de fato, acontecerá?
Quão negativo é o resultado que você está prevendo (0 – 100%)? Qual o pior resultado?
Qual o resultado mais provável?
O melhor resultado?
Você está prevendo catástrofes (coisas ruins) que não se tornam verdade? Quais são alguns exemplos das catástrofes que você está prevendo?
Quais são as evidências (a favor e contra) que isso, de fato, vai acontecer?
Se você tivesse que dividir 100 pontos entre as evidências a favor e contra, como você dividiria estes pontos? (exemplo: 50 /50; 60 /40)
Você está usando as suas emoções (sua ansiedade) para guiar você? Você está dizendo para si mesmo “ eu me sinto ansioso, então alguma coisa realmente ruim irá acontecer”?
Esta é uma maneira racional ou lógica de fazer previsões? Por que/ Por que não?
Quantas vezes no passado você esteve errado sobre suas preocupações? O que de fato aconteceu?
Quais são os custos e benefícios para você em seu preocupar sobre isso?
Se você tivesse que dividir 100 pontos entre custos e benefícios, como você dividiria estes pontos? Por exemplo, seria 50 /50, 70/30?
Que evidências você tem do passado que a preocupação foi útil a você ou prejudicial a você?
Você é capaz de desistir de qualquer controle com o propósito de se preocupar menos?

Se o que você está prevendo acontecer, o que isso significaria para você? O que aconteceria depois?
Como você poderia manejar os problemas que você está antecipando? O que você poderia fazer?
Aconteceu algo ruim a você que você não se preocupou sobre? Como você foi capaz de manejá-lo?
Você está com frequência subestimando sua habilidade de manejar problemas?
Considere o que você está preocupado no momento. Como você imagina que se sentiria sobre isso dois dias depois, duas semanas, dois meses e dois anos depois? Por que se sentiria diferente?
Se uma outra pessoa estivesse enfrentando o problema que você está, você encorajaria a pessoa a se preocupar tanto quanto você? Que conselho você daria a ela ou ele?

Pesquisas recentes têm mostrado o papel de problemas interpessoais e evitação emocional na manutenção e origem do TAG (Borkovec, Alcaine e Behar, 2004). Com o objetivo de melhorar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental, Newman *et al.* (2004) sugerem o uso de técnicas que não estão associadas diretamente à última. Abaixo estão descritas algumas delas.

Explorando o passado e relacionamentos atuais:

Os clientes são questionados sobre o relacionamento com amigos importantes, familiares, colegas de trabalho etc. É comum que estes percebam a influência de seus comportamentos, aprendidos há muito tempo, com os problemas

enfrentados atualmente. Depois de algumas sessões (1 ou 2) o terapeuta com bastante informação sobre os relacionamentos desta pessoa irá explorar com mais profundidade uma determinada relação que pareça mais importante no momento. Deve-se ter atenção para que o indivíduo descreva a relação com as outras pessoas e não a outra pessoa em si. O seguinte quadro destaca alguns questionamentos que facilitem este objetivo:

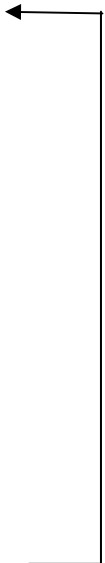
Que evento aconteceu entre você e a outra pessoa?	
Que emoções você sentiu?	←
O que você espera ou precisa ter desta pessoa?	
O que você teme da outra pessoa?	
O que você fez?	
O que aconteceu em seguida entre vocês?	

Esta técnica pode auxiliar a que o cliente perceba como seu próprio comportamento pode contribuir para que não receba aquilo que espera das pessoas com que se relaciona e, ainda, como estes podem ser a causa de uma série de problemas interpessoais.

Por exemplo: Um cliente se queixa que sua família não lhe dá apoio por estar desempregado. Seu pai não o ajuda mais financeiramente, pois acredita que ele já deve conseguir seu próprio sustento, acha que seu filho não está se dedicando o suficiente para conseguir um trabalho. Utilizando esta ferramenta, este cliente poderá avaliar melhor a relação com seu pai e encontrar novas formas de se

comportar, aumentando a chance de conseguir o que precisa ou espera dele. Usar tabela novamente para descrever a situação.

Que evento aconteceu entre você e a outra pessoa? Conversando sobre a falta de um emprego	
Que emoções você sentiu? Raiva, Medo, Insegurança	
O que você espera ou precisa ter desta pessoa? Apoio, Aceitação	
O que você teme da outra pessoa? Ser rejeitado; Não ser amado	
O que você fez? Discuti, reclamei que ninguém consegue nada para mim	
O que aconteceu em seguida entre vocês? Nos distanciamos. Ele me critica	



Treino de Habilidades Sociais:

Newman *et al.* (2004) destaca que pessoas com TAG muitas vezes interpretam as situações interpessoais que vivem de maneira dicotômica. Podem acreditar, por exemplo, que ou brigam com a pessoa envolvida em determinado problema ou ficam caladas e deixam a situação como está. Exercícios de dramatização são eficazes, pois permitem que a pessoa treine não só o que fala especificamente, como também como fala em determinada ocasião. Treinos de assertividade e empatia são comumente necessários. Escutar sensivelmente outras

peessoas, reconhecendo suas necessidades e externalizar através de uma comunicação empática pode ter efeitos importantes nos relacionamentos dessas pessoas. Assim como, treiná-los no reconhecimento de suas necessidades e desejos e na expressão adequada e direta dos mesmos. Tendo ampliado suas habilidades para lidar com situações conflituosas ou mais delicadas, a ansiedade dessas pessoas tende a diminuir.

Algumas situações que podem ser usadas neste treinamento são:

Um grande amigo seu é muito religioso e sempre lhe convida para ir com ele aos seus cultos. Você mesmo gostando muito dele, prefere não ir. Ele liga para você pedindo sua companhia, para ir a reunião no fim da tarde e diz que vai passar para te pegar às 17 horas. Você responde...

Você tem que fazer uma prova daqui a algumas horas, mas não teve tempo de estudar. Você vai até uma sala vazia para ler um livro e chega um amigo que você não encontra há muito tempo e inicia uma conversa. Você diz a ele...

Você entra numa loja para comprar sapatos. O vendedor lhe atende muito bem e você experimenta vários pares. Depois de 20 minutos você decide que não vai levar nenhum. Ele diz que um deles ficou ótimo em você, para levar ao menos 1 par. Você responde...

Um amigo seu lhe telefona e diz que quer muito passar férias com você em sua casa de praia. Você diz que este ano tem outros planos. Ele insiste e pede a chave da

casa emprestada e diz que não custa nada, afinal, vocês são amigos há algum tempo. Você responde...

Uma amiga sua em uma conversa diz que está preocupada com sua situação no trabalho. Sente-se pressionada e pouco valorizada. Diz que está se sentindo bastante triste ultimamente. Você diz...

Utilizando a relação terapêutica como fonte de mudança:

Durante o tratamento os clientes tendem a repetir com o terapeuta alguns comportamentos problemáticos que ocorrem fora das sessões. Alguns deles são: evitar falar sobre os sentimentos, usar sarcasmo, comportamento passivo-agressivo, ironia etc. Nestes casos pode ser útil: expressar os próprios sentimentos aos clientes, trabalhar a reação do mesmo a isto, fazer associações do comportamento observado na sessão com comportamentos passados e presentes na vida do cliente. Sugere ainda, algumas técnicas como:

- (1) Comunicar que observou uma mudança no comportamento do cliente e convidá-lo a conversar sobre o assunto (sinais de choro por exemplo).
- (2) Refletir os sentimentos e pensamentos do cliente e deixá-los incluir outros.
- (3) “Desarmar”. O terapeuta se responsabiliza em parte pelo problema encontrado na sessão. (Por exemplo: “Eu estou com medo de estar pressionando-o para conversar sobre um assunto que pode não ser importante para você, ou que você não se sinta preparado para conversar neste momento...”)

Facilitando o aprofundamento emocional:

O terapeuta deve estar atento a marcadores de emocionalidade durante as sessões. Alguns deles são: mudança no tom de voz, sinais de choro, maior rapidez ou lentidão no ritmo da fala em determinada ocasião. Nestes momentos os clientes são encorajados a manter aquela emoção e permitirem-se experimentar aquelas emoções desagradáveis.

Em alguns momentos os clientes podem demonstrar também outros marcadores importantes como: conflitos internos, sentimentos mal resolvidos e dificuldade em reconhecer emoções.

O primeiro refere-se a pessoas que se sentem divididas em relação a alguma situação. Por exemplo, uma mulher que se sente em dúvida entre deixar ou permanecer com o marido. Em casos como este, pode-se pedir a pessoas para vivenciar cada emoção separadamente sentando-se em cadeiras diferentes. Assim, cada “parte” defenderia seu ponto de vista e depois seriam orientadas para compartilhar essas idéias uma com a outra.

O segundo marcador, sentimentos mal resolvidos, pode ser trabalhado usando a técnica da cadeira vazia. O cliente relata seus sentimentos e pensamentos a pessoa que supostamente estaria na cadeira. Tais sentimentos podem ser positivos muitas vezes. Este procedimento facilita o processamento emocional.

A dificuldade em reconhecer emoções pode ser trabalhada pedindo-se ao cliente que imagine as situações vividas de maneira bastante lenta e que durante o processo relate o que está pensando e sentindo em cada momento.

Discutir a validade de processar e demonstrar sentimentos para outras pessoas é um importante recurso para tornar estes procedimentos mais efetivos. Isto porque, clientes com TAG tendem a evitar o processamento emocional ou demonstrar sentimentos que os tornem mais vulneráveis em relação à avaliação de outras pessoas. Fortalecer a idéia que as emoções podem fornecer importantes informações do que seja importante para uma pessoa, apesar de serem desagradáveis em muitos momentos. Assim, estimulá-los a vivenciar suas emoções fora da terapia também.

Exposição à Preocupação:

A técnica de exposição à preocupação está baseada em estudos (Borkovec e Hu, 1990; Borkovec e Inz, 1990) que demonstram o papel da preocupação na manutenção no TAG. Por ocorrer, principalmente, de maneira verbal e não pictórica, causa uma inibição do processamento emocional que está associada à manutenção do transtorno.

Para efetuar esta exposição, faz-se uma hierarquia das preocupações do cliente: das mais difíceis até as mais fáceis. Escolhe-se um tema menos ansiogênico e pede-se que o cliente descreva o pior que pode acontecer naquela situação. Uma pessoa que se preocupa que sua empresa pode falir, deveria descrever uma cena em que se vê cheio de dívidas, fechando a empresa, demitindo funcionários etc. Após a criação da cena, o cliente deve imaginá-la repetidas vezes até gerar habituação, tomando o cuidado para não emitir nenhuma resposta de enfrentamento ou fuga durante a tarefa.

5. Protocollo

O desenvolvimento de protocolos de tratamento é uma tarefa desafiadora. Sabemos que além de técnicas e intervenções específicas do tratamento, é fundamental o estabelecimento de uma boa relação terapêutica para que este seja eficaz.

A aplicação de um protocolo estruturado de tratamento para o TAG merece algumas ressalvas. Sabe-se que estes clientes têm uma grande probabilidade de apresentarem comorbidades, onde uma das mais freqüentes é a Depressão Maior. Oferecer alívio para estes sintomas pode ser fundamental inicialmente, para que haja adesão ao tratamento. Pessoas com TAG podem, ainda, focalizar suas queixas em determinados sintomas específicos do quadro, como: insônia, tensão muscular, preocupação excessiva, irritabilidade e apresentá-los em diferentes níveis de intensidade, o que requer uma maior flexibilidade do terapeuta para privilegiar determinado estágio do tratamento.

Este protocolo está fundamentado nas principais técnicas do tratamento cognitivo-comportamental para o TAG. Além destas, uma atenção especial é dada aos problemas interpessoais dos clientes, visto que, as pesquisas recentes têm sugerido que este pode ser um importante componente para manutenção do transtorno. Algumas técnicas de meditação também podem complementar o tratamento, entretanto, não foram incluídas neste protocolo. Foi dado maior ênfase às estratégias de relaxamento, já que possuem pesquisas comprovando sua eficácia.

O protocolo foi estruturado para um formato individual, pois assim, será possível avaliar melhor cada fase do tratamento. O tratamento é composto por 13 sessões estruturadas, podendo ser ampliado conforme a necessidade e foi subdividido em algumas fases, onde os temas principais são:

- Informar sobre o problema
- Automonitoria
- Treino de habilidades de manejo
- Exposição à preocupação
- Problemas interpessoais
- Reorientação existencial

Sessão 1

O objetivo da primeira sessão é familiarizar os clientes com o modelo cognitivo, além de dar-lhes informações sobre a psicologia e fisiologia da ansiedade. Primeiramente, devem compreender a relação existente entre pensamentos, emoções, sensações físicas e comportamentos. Segundo o modelo cognitivo, a maneira como pensamos determina nossas emoções e comportamentos. Se estas interpretações são distorcidas e ocorrem com muita frequência, podem levar ao desenvolvimento de um transtorno psicológico. Assim, interpretações freqüentes de perigo no ambiente poderiam contribuir para o desencadeamento de um transtorno de ansiedade.

É importante que nesta primeira sessão o cliente receba informações sobre o TAG e o papel central da intolerância à incerteza neste transtorno. Além disso, como a evitação cognitiva e emocional favorecem a manutenção do quadro. Informações específicas sobre a fisiologia e psicologia da ansiedade devem ser dadas neste momento.

Visando facilitar a aprendizagem do modelo cognitivo e da ansiedade como um processo, pode-se utilizar a folha “ciclo da preocupação” (Babor e Goldman,

1996). Esta auxilia a que os clientes identifiquem o início do processo de ansiedade e fiquem mais atentos aos seus gatilhos (externos e internos).

A partir da primeira sessão pede-se ao cliente que preencha uma folha de monitoração do humor e da preocupação, diariamente, para que se obtenha um dado mais objetivo da evolução do mesmo.

Agenda da primeira sessão:

- Introduzir o modelo cognitivo;
- Oferecer informações sobre a ansiedade;
- O que é o TAG?

Intolerância à incerteza; evitação cognitiva e emocional;

- Ciclo da preocupação (Anexo 1);
- Folha de automonitoria (Anexo 2);
- Tarefa de casa: preencher a folha ciclo de preocupação quando estiverem ansiosos.

Sessão 2:

Com o cliente estando familiarizado com o modelo cognitivo, torna-se importante que este aprenda a identificar suas distorções cognitivas mais freqüentes. Para isso é fornecida ao cliente uma lista com as principais delas (pensamento dicotômico, catastrofização, leitura mental etc). Espera-se que o cliente possa, assim, identificar e categorizar o pensamento que iniciou o processo de ansiedade, ou outra alteração no humor.

Alguns clientes, inicialmente, podem ter dificuldade em reconhecer seus pensamentos automáticos e descreverem seus comportamentos, intenções ou emoções, ao invés daquilo que pensaram. Outro problema comum é descreverem seus pensamentos ou previsões de maneira muito genérica ou superficial, que podem estar servindo como uma forma de evitação cognitiva. Neste sentido, visando diminuir estas evitações e tornar seus pensamentos mais específicos, pede-se ao cliente que transforme suas preocupações em predições. Assim, este terá a possibilidade de no futuro avaliar a ocorrência ou não do evento previsto e testar suas inferências.

Preocupação	Previsão específica

Pedir alguns exemplos de distorções para os clientes. Treinar, também, a utilização da técnica preocupação/ previsão.

Agenda da segunda sessão:

- Discutir as principais distorções cognitivas (Anexo 3);
- Transformando preocupações em predições;
- Folha de automonitoria;
- Tarefa de casa: Transformar preocupações em previsões; Avaliar distorções cognitivas.

Sessão 3:

Na terceira sessão inicia-se a aprendizagem das habilidades de enfrentamento. Os clientes serão treinados para registrar e alterar seus pensamentos disfuncionais, através de questionamentos que compõe a folha: “testando seus pensamentos”. O objetivo é que o cliente utilize evidências para validar ou não suas interpretações dos acontecimentos.

Uma maneira objetiva para ajudar os clientes com TAG, é ensiná-los a diferenciar três tipos de problemas: existem problemas imediatos e solucionáveis (por ex.: um carro quebrado, uma conta que deve ser paga etc), problemas imediatos e não solucionáveis (por ex.: morte de um familiar, estar atrasado para um encontro) e problemas não imediatos e, portanto, não solucionáveis (por ex.: medo de vir a perder o emprego, ou que o casamento venha a terminar etc). Explica-se que para cada tipo de problema, uma intervenção diferente é realizada. Os primeiros serão contornados por técnicas de solução de problemas. Aqueles imediatos e não solucionáveis, devem ser processados emocionalmente e verificado a ocorrência de pensamentos distorcidos sobre a situação. Já o terceiro tipo de problema (não imediato e não solucionável) deve ser trabalhado através da exposição à preocupação. Entretanto, inicialmente, os clientes serão treinados apenas em identificar em qual das três categorias alguns de seus problemas se encaixam.

O quadro abaixo pode ser usado para ajudá-los a distinguir as preocupações produtivas, aquelas que levam a uma ação, das não produtivas, que não podem ser solucionadas. Ajuda-lhes, também, a definir melhor o problema a ser resolvido e planejar soluções possíveis.

Pergunta	Resposta
Isto é algo com uma pequena probabilidade de ocorrência?	
Que predição estou fazendo?	
Qual o problema que precisa ser resolvido?	
Que ações específicas eu posso fazer?	
Estas ações parecem razoáveis	
Estou me preocupando sobre coisas que tenho pouco ou nenhum controle?	
Esta é uma preocupação produtiva ou improdutiva?	
Por que? Por que não?	

Agenda da terceira sessão:

- Iniciar treino em registro de pensamentos: “testando seus pensamentos” (Anexo 4);
- Diferenciar três tipos de preocupações:
 - problemas imediatos e solucionáveis;
 - problemas imediatos e não solucionáveis;
 - problemas não imediatos e não solucionáveis.
- Automonitoria;
- Tarefa de casa: Registrar pensamentos disfuncionais; diferenciar os três tipos de problemas durante a semana; usar folha de avaliação de problemas.

Sessão 4:

Na quarta sessão tem-se o início do treino em relaxamento aplicado (Öst, 1987). Nesta sessão os clientes serão submetidos ao relaxamento muscular progressivo (descrito em anexo). O objetivo do relaxamento é treinar o cliente a perceber níveis diferentes de tensão muscular e utilizá-los como sinalizadores do início do processo de ansiedade. Ao perceber estes sinais, pode-se tentar interromper o ciclo de ansiedade, através da reestruturação cognitiva e do relaxamento.

Complementando a última sessão, os clientes continuarão o treinamento de solução de problemas, visando aumentar a auto-eficácia dos mesmos e modelando um comportamento mais funcional diante de problemas imediatos e solucionáveis. Este procedimento é ensinado através de alguns passos: definir o problema; listar todas as soluções possíveis; avaliar vantagens e desvantagens de cada solução; escolher a melhor solução; e planejar a implementação da mesma. Para auxiliar neste objetivo, pode-se pedir que os clientes relembrem antigos problemas que conseguiram solucionar.

Evento Negativo	Enfrentamento	Maneira improdutiva de enfrentar
Problema atual	Como posso enfrentar	Maneira improdutiva de enfrentar

A partir desta sessão, todas as outras terão um tempo designado para discutir os pensamentos automáticos e crenças disfuncionais registrados durante a semana.

Agenda da quarta sessão:

- Relaxamento muscular progressivo (Anexo 5);
- Aumentar a auto-eficácia;
- Treino em solução de problemas;
- Treino em registro de pensamentos;
- Folha de automonitoria;
- Tarefa de casa: Registro de pensamento; relaxamento muscular progressivo;

Sessão 5:

A quinta sessão seguirá com a segunda etapa do relaxamento aplicado: soltura-somente. O objetivo desta fase é reduzir o tempo que o cliente leva para relaxar. Assim, pede-se que estes iniciem respirando calmamente e que vão percebendo cada grupamento muscular e relaxando-os, sem tensioná-los.

Nesta sessão questiona-se o cliente sobre a necessidade de certeza em diversas situações. Questionamentos como: “Existe alguma coisa sobre a qual você tenha absoluta certeza?”, “Como você vê o fato de tolerar a incerteza em outras áreas da sua vida?”, “Você está acreditando que, por ser incerta, esta situação terá um resultado ruim?”, auxiliam neste objetivo. Esta discussão pode ajudar a identificar as crenças sobre a preocupação desses clientes, facilitando, assim, que sejam desafiadas.

Clientes com TAG tendem a superestimar a probabilidade de eventos ameaçadores, o que os tornam ansiosos frente a uma série de situações potencialmente perigosas ou ambíguas. Destacar a diferença existente entre possibilidade e probabilidade pode ajudá-los a lidar melhor com estas situações quando ocorrerem. Podemos inferir a probabilidade dos acontecimentos quando observamos a frequência com que ocorreram no passado (por ex.: a probabilidade de um avião cair, ou a probabilidade de sair bem numa determinada tarefa etc). Entretanto, estas situações não dizem nada a respeito sobre a possibilidade desses acontecimentos, isto é, apesar de ser pouco provável um avião cair, ainda assim, podem acontecer desastres aéreos. Torna-se importante destacar que o fato de um evento ser possível (ter uma doença séria, um filho morrer etc) não significa que este evento seja provável, e avaliar em seguida o custo benefício de algumas de suas preocupações.

As crenças sobre a preocupação podem ser negativas ou positivas. É importante identificá-las e debatê-las com os clientes. Avaliar o custo benefício de cada uma delas e se, de fato, são crenças que possuem alguma evidência. Em seguida, discute-se a crença de Albert Ellis (*Se algo é ou parece ser perigoso, devo ficar constantemente preocupado(a) com isso e ficar ruminando sobre a possibilidade de sua ocorrência*).

Agenda da quinta sessão:

- Relaxamento (soltura-somente);
- Avaliar necessidade de certeza;
- Avaliar e desafiar crenças sobre a preocupação;

- Discutir a diferença entre probabilidade e possibilidade;
- Discutir crença de Albert Ellis: *“Se algo é ou parece ser perigoso, devo ficar constantemente preocupado(a) com isso (e ficar ruminando sobre a possibilidade de sua ocorrência).”* (Anexo 6);
- Registro de pensamentos;
- Automonitoria;
- Tarefa de casa: Registro de pensamentos, relaxamento (soltura-somente).

Sessão 6:

Nesta sessão, tem-se início a terceira etapa do relaxamento aplicado: relaxamento controlado por sinais. Primeiramente realiza-se o procedimento da última sessão, até o cliente ter conseguido um relaxamento satisfatório. Em seguida antes de cada inspiração do cliente o terapeuta diz “inspire” e pouco antes da expiração diz “relaxe”. Depois de algumas vezes o cliente continua sozinho. A idéia fundamental deste procedimento é associar a palavra relaxe (ou “calma”) as sensações de relaxamento.

Como pesquisas recente têm mostrado o papel de problemas interpessoais na origem e manutenção do TAG, nesta sessão, dedica-se uma boa parte do tempo para avaliar os problemas interpessoais dos clientes (amizades interrompidas, problemas de relacionamento com familiares, sentimentos mal resolvidos em relação a pessoas importantes etc).

Leahy (2004) descreve uma folha de auto-avaliação que desenvolveu com Holand em 2000, que envolve uma série de técnicas utilizadas para desafiar preocupações. Visando estabelecer uma maneira bem objetiva para lidar com essas

preocupações, treina-se o uso desta folha com os clientes, incentivando-os a continuar usando-a fora das sessões.

Agenda da sexta sessão:

- Relaxamento controlado por sinais;
- Avaliar problemas interpessoais;
- Fornecer folha para desafiar as preocupações (Anexo 7);
- Registro de pensamentos;
- Automonitoria;
- Tarefa de casa: Registro de pensamentos, desafiar preocupações, relaxamento (controlado por sinais).

Sessão 7

Inicia-se a sessão com o relaxamento controlado por sinais e então inicia-se o relaxamento diferencial. O objetivo deste é treinar os clientes a relaxar em situações cotidianas. Pede-se, então, que durante determinados exercícios (levantar uma perna, olhar ao redor, ficar em pé, escrever algo etc) tentem deixar os músculos que não estão sendo utilizados bastante relaxados.

Considerando que as relações interpessoais podem se tornar uma importante fonte de ansiedade para clientes com TAG, nesta sessão inicia-se o treino de assertividade. Isto envolve aprender a expressar sentimentos e pensamentos as outras pessoas de maneira direta, honesta e adequada, respeitando os direitos dos outros, assim como os seus próprios. Trabalhar o direito assertivo pode aumentar a probabilidade da emissão deste comportamento no futuro. Barbosa (2000), destaca

20 auto-afirmações que retratam este direito (anexo 9), algumas destas são: “tenho o direito de me colocar em primeiro lugar as vezes”, “tenho o direito de mudar de opinião”, “tenho o direito de dizer não aos pedidos dos outros, sem sentir-me culpado ou egoísta por isto”. Durante a sessão todas estas auto-afirmações são lidas e debatidas.

O treino de assertividade iniciará com o comportamento de dizer não. Uma série de situações são encenadas durante a sessão visando o desenvolvimento desta habilidade.

Como um dos aspectos que dificultam a emissão do comportamento assertivo é a necessidade de ser amado e aprovado por todos, discute-se a crença de Albert Ellis (*É absolutamente necessário para mim, ser amado e aprovado pelas pessoas que me são importantes*). Visa-se com isso enfraquecer a necessidade de aceitação, comum em pessoas com TAG.

Agenda da sétima sessão:

- Relaxamento diferencial;
- Treino de assertividade: Dizer não;
- Discutir Crença de Albert Ellis: *“É absolutamente necessário para mim ser amado e aprovado pelas pessoas que me são importantes”* (Anexo 8);
- Registro de pensamentos;
- Automonitoria;
- Tarefa de casa: Registro de pensamentos, relaxamento diferencial, treinar assertividade (dizer não).

Sessão 8

A sessão inicia-se com o treinamento do relaxamento rápido. Este visa diminuir ainda mais o tempo gasto para relaxar, além de intensificar a prática do relaxamento em situações naturais, não estressantes. Para isso, o terapeuta e o cliente escolhem alguns sinais que servirão de lembretes para relaxar (por ex.: sempre que olhar o relógio). Nestes momentos, o terapeuta pede ao cliente para: (1) respirar fundo de uma a três vezes, expirando devagar após cada inspiração; (2) pensar na palavra “relaxe” antes de cada expiração; (3) Identificar partes do corpo ainda tensas e tentar relaxar o máximo possível na situação.

A segunda parte do treino de assertividade tem início. Treina-se com o cliente situações em que este necessite pedir mudança de comportamento de alguém ou quando recebe uma crítica. É sempre importante dar atenção ao comportamento não verbal da pessoa.

A idéia de máquina do tempo pode auxiliar o cliente a diminuir o impacto de situações conflituosas com outras pessoas. Pedir que imaginem o que as outras estarão fazendo depois de 1 hora, 1 dia, 1 semana, 1 mês etc, ajudam-lhes a tornar mais racional a previsão do impacto do seus comportamentos nas outras pessoas.

Nesta sessão, outra crença bastante comum em pessoas com TAG é discutida: *“Para se ter valor, é necessário ser competente e bem sucedido em todos os aspectos da vida”*. Com medo da avaliação de outras pessoas ou visando evitar problemas, estes clientes engajam-se num comportamento perfeccionista que contribui para o aumento da ansiedade e muitas vezes aumenta a postergação das tarefas. O objetivo desta discussão é que estes consigam perceber diferentes níveis de valor em diversas tarefas e que consigam distinguir os seus desempenhos em inúmeras tarefas do seu valor pessoal.

Agenda da oitava sessão:

- Relaxamento rápido;
- Treino de assertividade: Pedir mudança de comportamento, pedir ajuda e receber críticas;
- Máquina do tempo;
- Discutir crença de Albert Ellis: *“Para se ter valor, é necessário ser competente e bem sucedido em todos os aspectos da vida”* (Anexo 10);
- Registro de pensamentos;
- Automonitoria;
- Tarefa de casa: Registro de pensamentos, relaxamento rápido, treinar assertividade.

Sessão 9

A sessão 9 inicia com um relaxamento mental. Busca-se treinar os clientes na produção de imagens, visando com isso prepará-los para exposição imaginária na sessão 10. Um tipo de relaxamento mental é descrito em anexo.

O terceiro componente do treino de assertividade refere-se à assertividade positiva, isto é, fazer elogios, receber elogios, oferecer ajuda etc, que é realizado através de dramatizações.

Pessoas com TAG se preocupam excessivamente com alguns problemas, pois acreditam que assim estarão evitando-os e conseqüentemente estarão tendo mais controle sobre futuros acontecimentos. Esta crença reforça a idéia que é terrível quando acontecem coisas fora de nossos planejamentos ou coisas que não

gostaríamos que acontecessem. Visando aumentar a aceitação destes clientes para situações desagradáveis, discute-se a crença de Albert Ellis (*É terrível e catastrófico quando as coisas não acontecem do jeito que a gente quer*).

Baseado nos principais temas de preocupações dos clientes até esta sessão discute-se com os clientes que tipo situação eles temem que aconteçam caso parem de se preocupar com as coisas. A técnica da flecha descendente pode ajudar a identificar medo mais profundo destas pessoas que serão importantes para a próxima sessão.

Agenda da nona sessão:

- Relaxamento Mental (Anexo 11);
- Treino de assertividade: Fazer elogios;
- Discutir crença de Albert Ellis: *“É terrível e catastrófico quando as coisas não acontecem do jeito que a gente quer”* (Anexo 12);
- Iniciar avaliação de medos mais profundos (evitação cognitiva e emocional);
- Registro de pensamentos;
- Automonitoria;
- Tarefa de casa: Registro de pensamentos, relaxamento, treinar assertividade

Sessão 10

Após estarem informados sobre o modelo conceitual do TAG e o papel importante da evitação cognitiva e emocional na manutenção do problema, inicia-se a exposição à preocupação e/ ou o processamento emocional. Pede-se que o cliente

imagine a cena referente a seu tema de preocupação e durante este processo fornece-se detalhes da mesma para que esta pareça o mais vívida possível. Pede-se que o cliente imagine a cena tantas vezes necessárias até seu nível de ansiedade diminuir. Por exemplo, um cliente que teve câncer de pele e se preocupava muito com a possibilidade de voltar a desenvolver o problema. Dizia que ficava muito nervoso quando tocava o telefone, pois achava que poderia ser alguém do hospital dizendo que ele teria que se submeter novamente a uma cirurgia. No caso deste cliente, ele deveria ser orientado a imaginar o telefone tocando, a pessoa marcando uma consulta, o médico dizendo que ele haveria de passar novamente por uma cirurgia, destacar as sensações físicas que ele teria neste momento (coração disparado, tensão etc), todo o processo preparatório para a operação, o que ele pensava neste momento etc.

Caso a evitação do cliente seja referente a emoções negativas associadas a um passado mais triste, ou a uma situação delicada que tenha vivido com outra pessoa, pode-se usar a técnica da cadeira vazia. O quadro abaixo, pode ser usado para que o cliente perceba como a maneira com que se comporta pode favorecer as conseqüências negativas de seus relacionamentos.

Que evento aconteceu entre você e a outra pessoa?	
Que emoções você sentiu?	←
O que você espera ou precisa ter desta pessoa?	
O que você teme da outra pessoa?	
O que você fez?	
O que aconteceu em seguida entre vocês?	

Agenda da décima sessão:

- Relaxamento;
- Exposição à preocupação;
- Usar técnica de processamento emocional: relacionamento com outros;
- Registro de pensamentos;
- Automonitoria;
- Tarefa de casa: Registro de pensamentos, relaxamento, exposição à preocupação;

Sessão 11

Nesta sessão continua-se o processo de exposição à preocupação, com outros temas referidos pelos clientes. Inicia-se, também, a busca de atividades que os clientes gostam e não fazem, através do uso do curtograma. A idéia é que os clientes possam começar a orientar suas vidas em função do prazer e não somente de evitar que problemas aconteçam.

Agenda da décima primeira sessão:

- Exposição à preocupação;
- Curtograma (Anexo 13);
- Registro de pensamentos;
- Automonitoria;
- Tarefa de casa: Registro de pensamentos, relaxamento;

Sessão 12

Após a identificação das atividades que gostam e não fazem na última sessão, usa-se um plano de atividades para tentar agendar uma destas durante a semana do cliente.

Como muitas pessoas com TAG tendem a se queixar de falta de tempo, pode-se treiná-los a manejá-lo melhor. Estes cliente têm dificuldade de hierarquizar as tarefas, considerando-as, todas, como muito importantes, o que aumenta a pressão diária para execução de todos os seus planos. Assim, os clientes são ensinados a discriminar tarefas que são muito importantes e que necessitam serem feitas logo, aquelas que são importantes, mas que podem esperar alguns dias e aquelas que são importantes, mas podem esperar um tempo maior (atividades A, B e C respectivamente). Aprender a estabelecer prioridades e delegar responsabilidade para outras pessoas pode ajudá-los a viver de uma maneira mais confortável.

Como pessoas com TAG tendem a evitar situações incertas e a orientar suas vidas em função de certos e errados, é importante exercitar a identificação de desejos. Assim, pedir que os clientes descrevam seus desejos em uma folha, sejam eles de curto ou longo prazo e que depois os avaliem dando uma nota de 1 a 5 para cada um deles.

Agenda da décima segunda sessão:

- Exposição à preocupação;
- Planejamento de atividades;
- Manejo do Tempo;

- Lista de desejos;
- Registro de pensamentos;
- Automonitoria;
- Tarefa de casa: Registro de pensamentos, relaxamento, exposição à preocupação;

Sessão 13 – em diante

A partir da sessão 13, continua-se, conforme a necessidade, o procedimento de exposição (preocupação e/ ou emocional). Verificar se o cliente está conseguindo utilizar o relaxamento para enfrentar situações ansiogênicas, assim como, lidar de maneira produtiva com os problemas vividos.

Além destes procedimentos, continuar incentivando o cliente a atingir suas metas, dando atenção a seus desejos e atividades de prazer. Reavaliar suas relações interpessoais, problemas com assertividade e crenças distorcidas que possam, ainda, estar hipervalentes.

Trabalhar a prevenção de recaída nas últimas sessões, lembrando os procedimentos aprendidos e prevendo futuros problemas, destacando que a ansiedade pode ser benéfica em várias situações e que a terapia pode ajudá-los a manejá-la através de algumas técnicas, mas não é possível eliminá-la de nossas vidas.

- Exposição à preocupação;
- Solução de problemas;
- Processamento emocional;
- Relaxamento;

6. Considerações Finais

O estudo do transtorno da ansiedade generalizada vem aumentando nos últimos anos, permitindo um entendimento mais profundo do mesmo. Entretanto, diversas dúvidas ainda são suscitadas quanto a etiologia do transtorno, suas formas de apresentação e sobre seu tratamento.

Talvez uma das maiores dificuldades no TAG seja sua caracterização. Desde que surgiu em 1980 no DSM-III, os critérios diagnósticos sofreram inúmeras alterações e atualmente existem críticas a focalização na preocupação excessiva como sintoma central. Apesar das alterações terem melhorado a identificação do TAG, ainda são necessários alguns aperfeiçoamentos. Existem pessoas muito preocupadas que não atendem os critérios para o TAG, assim como, pessoas que se queixam de sintomas somáticos como tensão, fadiga etc, e não se preocupam demais.

Visando melhorar a resposta ao tratamento, é importante o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a etiologia e manutenção do TAG, assim como, sobre os procedimentos que têm maior probabilidade de serem efetivos na diminuição dos sintomas, propiciando um aumento da qualidade de vida e bem estar subjetivo dos indivíduos com este transtorno.

O protocolo apresentado neste trabalho está fundamentado em técnicas e componentes que são considerados centrais no TAG. O tratamento de problemas interpessoais pode exercer um efeito importante nos resultados da terapia, porém, necessita estudos experimentais para validar sua inclusão no tratamento deste transtorno. Outra técnica potencialmente útil é a utilização de meditação, que pode ser incluída futuramente nos componentes do tratamento, caso seja comprovada sua eficácia.

Diversos problemas estão envolvidos no tratamento deste transtorno. Além das comorbidades que agravam o quadro, o fato desses clientes não procurarem tratamento prejudica muito o prognóstico do mesmo, já que quando procuram ajuda já apresentam os sintomas durante muitos anos. Considerando o gasto com serviços de saúde destes clientes, o impacto sobre a qualidade de vida dos mesmos, torna-se importante informar a população sobre a existência deste quadro e sobre as possibilidades de tratamento.

7. Referências Bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª ed. Texto Revisado). São Paulo: Artmed, 2002.

BABIOR, S.; GOLDMAN, C.. *Working with Groups to Overcome Panic, Anxiety & Phobias*. Michigan: Whole Person Associates, 1996

BALLENGER, J.C. *et al.* .*Consensus Statement on Transcultural Issues in Depression and Anxiety From the International Consensus Group on Depression and Anxiety*. Journal of Clinical Psychiatry, v.62, suppl. 13, p. 47-55. 2001

BARBOSA, J. I. C.. *Sinto-me Estressado por Não Saber Dizer Não*. In: LIPP, M. E. N. (org.). *O Stress está Dentro de Você*. São Paulo: Contexto, 2000.

BARLOW, D. H.. *Anxiety and it's Disorders*. Nova Iorque: Ed. Guilford, 1988.

BECK, J. S.. *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BOGIAIZIAN, D.. *Tratamiento Cognitivo-Comportamental del Transtorno de Ansiedad Generalizada*. Anxia, n.4, p. 35-39, 2001.

BORKOVEC, T. D.; HU, S.. *The Effect of Worry on Cardiovascular Response to Phobic Imagery*. Behaviour Research and Therapy, v. 28, n.1, p. 69-73, 1990.

BORKOVEC, T. D.; INZ, J.. *The Nature of Worry in Generalized Anxiety Disorder: A Predominance of Thought Activity*. Behaviour Research and Therapy, v. 28, n.2, p. 153-158, 1990.

BORKOVEC, T. D.; LYONFIELDS, J.D.; WISER, S.L.; DEIHL, L.. *The Role of Worrisome Thinking in the Suppression of Cardiovascular response to Phobic Imagery*. Behaviour Research and Therapy, v.31, n.3, p. 321-324, 1993.

BORKOVEC, T. D.; COSTELLO, E.. *Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 61, n. 4, p. 611-619, 1993.

BORKOVEC, T. D.; ROEMER, L.. *Perceived Functions of Worry Among Generalized Anxiety Disorder Subjects: Distraction From More Emotionally Distressing Topics?*. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, v. 26, n.1, p. 25-30, 1995.

BORKOVEC, T. D.; ABEL, J. L.; NEWMAN, H.. *Effects of Psychotherapy on Comorbid Conditions in Generalized Anxiety Disorder*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v.63, n.3, p. 479-483, 1995.

BORKOVEC, T.D.; RUSCIO, A. M.. *Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder*. Journal of Clinical Psychiatry, v. 62, suppl 11, p. 37-42, 2001

BORKOVEC, T. D. et al.. *A Component Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder and the Role of Interpersonal Problems*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 70, n.2, p. 288-298, 2002.

BORKOVEC, T.D.; ALCAINE, O. M.; BEHAR, E.. *Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder*. In: HEIMBERG, R. G.; TURK, C. L.; MENNIN, D. S.. *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. Nova Iorque: The Guilford Press, 2004.

BROWN, T.; O'LEARY, T.A.; BARLOW, D.H.. *TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA*. IN: BARLOW, D. H. (Org.). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 1999.

BUTLER, G. et al.. *Comparison of Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 59, n.1, p. 167-175, 1991.

CARRIÓN, O.; BUSTAMANTE, G.. *Epidemiologia del Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Anxia, n.4, p. 6-8, 2001.

CHAMBLESS, D. L.; GILLIS, M. M.. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v.61, n.2, p. 248-260, 1993.

CÍA, A.. *Cuadro Clínico y Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Anxia. n.4, p. 19-22, 2001.

CLARK, M. D.. *Estados de Ansiedade: Pânico e Ansiedade Generalizada*. In: Hawton, K. et al.. *Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos: Um Guia Prático*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

COPELAND, M. E.. *The Worry Control Workbook*. Nova Iorque: Barnes & Noble Books, 1998.

CRUZ, A. P. M.; ZANGROSSI JR., H.; GRAEFF, F.G. *Psicobiologia da Ansiedade. In: Rangé, B. (Org.). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisas, Prática, Aplicações e Problemas*. Campinas: Editorial Psy, 1998.

CRUZ, A. P. M.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. A *Ciência do Medo e da Dor*. Ciência Hoje, v.29, n. 174, 2001.

DAVEY, G. C. L.; LEVY, S.. *Catastrophic Worrying Personal Inadequacy and a Perseverative Iterative Style as Features of the Catastrophizing Process*. Journal of Abnormal Psychology, v. 107, n. 4, p. 576-586, 1998.

DeRUBEIS, R. J.; CRITS-CHRISTOPH, P.. *Empirically Supported Individual and Group Psychological Treatments for Adult Mental Disorders*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 66, n. 1, p. 37-52, 1998.

DUGAS, M. J. et al... *Generalized Anxiety Disorder: a preliminary test of a conceptual model*. Behaviour Research and Therapy, v.36, p. 215-226, 1998.

DUGAS, M. J.; BUHR, K.; LADOUCEUR, R.. *The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance. In: HEIMBERG, R. G.; TURK, C. L.; MENNIN, D. S.. Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. Nova Iorque: The Guilford Press, 2004.

ELLIS, A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Nova Iorque: Lyle Stuart, 1962.

FLICHMAN, A.. *Ubicación Nosológica del Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Anxia. n.4, p. 3-5, 2001.

Freeston, M.H.; Rhéaume, J.; Letarte, H.; Dugas, M.J.; Ladouceur, R.. *Why Do People Worry?*. Personality and Individual Differences, v.17, n.6, p. 791-802, 1994.

GAUTHIER, J. G.. *Bridging the Gap Between Biological and Psychological Perspectives in the Treatment of Anxiety Disorders*. Canadian Psychology, v.40, n.1, p. 1-11, 1999.

GOULD, R. A., SAFREN, S. A., WASHINGTON, D.; OTTO, M. W.. *A Meta-Analytic Review of Cognitive-Behavioral Treatments. In: HEIMBERG, R. G.; TURK, C. L.; MENNIN, D. S.. Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. Nova Iorque: The Guilford Press, 2004.

GRAEFF, F.G. *Ansiedade: Uma Perspectiva Biológica*. Ciência Hoje, v.4, n.20, 1985.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C.A.. *A Mente Vencendo o Humor*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

HOWARD, R. C.. *Treatment of Anxiety Disorders. Does Specialty Training Help?* Professional Psychology: Research and Practice, v.30, n.5, p. 470-473, 1999.

HUDSON, J. L.; RAPEE, R. M.. *From Anxious Temperament to Disorder: Na Etiological Model*. In: HEIMBERG, R. G.; TURK, C. L.; MENNIN, D. S.. *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. Nova Iorque: The Guilford Press, 2004.

KESSLER, R. C. *et al...* *Impairment in Pure and Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Major Depression at 12 Months in Two National Surveys*.v 156, n. 12, p. 1915-1923, 1999.

LADOUCEUR, R. *et al...* *Efficacy of a Cognitive Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a Controlled Clinical Trial*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 68, n. 6, p. 957-964, 2000.

LEAHY, R. L.. *Cognitive Therapy Techniques: a Practitioner's Guide*. Nova Iorque: The Guilford Press, 2003.

LEAHY, R. L.. *Cognitive-Behavioral Therapy*. In: HEIMBERG, R. G.; TURK, C. L.; MENNIN, D. S.. *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. Nova Iorque: The Guilford Press, 2004.

MENNIN, D. S.; HEIMBERG, R. G.; TURK, C. L.. *Clinical Presentation and Diagnostic Features*. In: HEIMBERG, R. G.; TURK, C. L.; MENNIN, D. S.. *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. Nova Iorque: The Guilford Press, 2004.

NEWMAN, M. G.. *Recommendations for a Cost-offset Model of Psychotherapy Allocation Using Generalized Anxiety Disorder as na Example*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v.68, n.4, p. 549-555, 2000.

NEWMAN, M. G. *et al.. Integrative Psychotherapy*. In: HEIMBERG, R. G.; TURK, C. L.; MENNIN, D. S.. *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. Nova Iorque: The Guilford Press, 2004.

NOFAL, S.; BUSTAMANTE, G.. *Mecanismos Psicológicos del Trastorno de Ansiedad Generalizada*. *Anxia*, n. 4, p. 16-18, 2001.

NUTT, D. J. *Neurobiological Mechanisms in Generalized Anxiety Disorder*. *Journal Clinical Psychiatry*, v.62, suppl. 11, 2001.

OLFSON, M. *et al.*. *Mental Disorders and Disability Among Patients in a Primary Care Group Practice*. *American Journal of Psychiatry*, v. 154, n.12, p. 1734-1740, 1997.

ÖST, L-G. *Applied Relaxation: Description of a Coping Technique and Review of Controlled Studies*. *Behaviour Research and Therapy*, v.25, n. 5, p. 397-409, 1987

PORTELA, A. A.. *El Trastorno de Ansiedad Generalizada: Consideraciones Sobre su Relación con Constructos de Personalidad*. *Anxia*, n.4, p. 29-33, 2001.

RANGÉ, B.P. (org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas, SP: Editorial Psy, 1995.

RANGÉ, B.P. (org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas, SP: Editorial Psy, 1995.

RANGÉ, B.P. (org.). *Terapia Cognitivo-Comportamental: um Diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

RAPEE, R. M. *Generalized Anxiety Disorder: A Review of Clinical Features and Theoretical Concepts*. *Clinical Psychology Review*, v.11, p. 419-440, 1991.

RESNIK, P. E.; CASCARDO, E.. *De Qué Hablamos Cuando Hablamos de TAG? Trastorno de Ansiedad Generalizada: Diagnóstico Diferencial Conceptual*. *Anxia*. n.4, p. 23-28, 2001.

SCHONFELD, W. H. *et al.*. *The Functioning and Well-being of Patients With Unrecognized Anxiety Disorders and Major Depressive Disorder*. *Journal of Affective Disorders*, v. 43, p. 105-119, 1997.

SHINOHARA, H.; NARDI, A. E.. *Transtorno de Ansiedade Generalizada*. In: RANGÉ, B. (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SINHA, S. S.; MOHLMAN, J. e GORMAN, J. M. *Neurobiology*. In: HEIMBERG, R. G.; TURK, C. L.; MENNIN, D. S.. *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. Nova Iorque: The Guilford Press, 2004.

STEIN, M. B.; HEIMBERG, R. G.. *Well-being and Life Satisfaction in Generalized Anxiety Disorder: Comparison to Major Depressive Disorder in a Community Sample*, v. 79, p. 161-166, 2004.

STRAUB, R. O. *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005

WELLS, A.; PAPAGEORGIOU, C.. *Worry and Incubation of Intrusive Images Following Stress*. Behaviour Research and Therapy, v. 33, n. 5, p. 579-583, 1995.

WELLS, A. A *Cognitive Model of GAD: Metacognitions and Pathological Worry*. In: HEIMBERG, R. G.; TURK, C. L.; MENNIN, D. S.. *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. Nova Iorque: The Guilford Press, 2004.

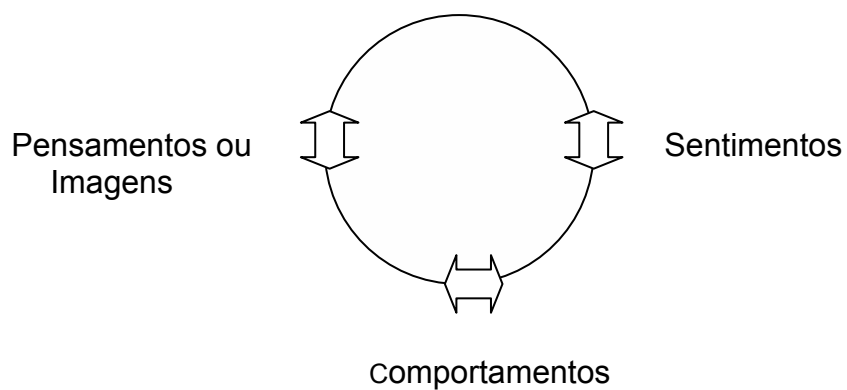
WETHERELL, J. L. *et al.*. *Quality of Life in a Geriatric Generalized Anxiety Disorder: a Preliminary Investigation*. Journal of Psychiatric Research, v. 38, p. 305-312, 2004.

WHITE, J.. *Overcoming Generalized Anxiety Disorder: A Relaxation, Cognitive Restructuring, and Exposure Based Protocol for the Treatment of GAD (Therapist Protocol)*. California: Best Practices for Therapy, 1999.

8. Anexo

ANEXO 1

Ciclo da Preocupação



MEUS PENSAMENTOS OU IMAGENS SÃO _____

MINHAS SENSações FÍSICAS SÃO _____

MEUS COMPORTAMENTOS SÃO _____

Retirado de Babior e Goldman (1996) p.24

ANEXO 2

Automonitoria

Por favor, marque com um X, a intensidade ou a porcentagem do que é pedido.

Ansiedade Média	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	S E G U N D A
Ansiedade Máxima	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Tristeza	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Satisfação	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
(%) do Dia Preocupado	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Ansiedade Média	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	T E R Ç A
Ansiedade Máxima	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Tristeza	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Satisfação	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
(%) do Dia Preocupado	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Ansiedade Média	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Q U A R T A
Ansiedade Máxima	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Tristeza	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Satisfação	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
(%) do Dia Preocupado	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Ansiedade Média	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Q U I N T A
Ansiedade Máxima	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Tristeza	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Satisfação	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
(%) do Dia Preocupado	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Ansiedade Média	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	S E X T A
Ansiedade Máxima	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Tristeza	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Satisfação	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
(%) do Dia Preocupado	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Ansiedade Média	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	S Á B A D O
Ansiedade Máxima	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Tristeza	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Satisfação	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
(%) do Dia Preocupado	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Ansiedade Média	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	D O M I N G O
Ansiedade Máxima	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Tristeza	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Satisfação	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
(%) do Dia Preocupado	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

ANEXO 3

DISTORÇÕES COGNITIVAS

1. Pensamento Dicotômico: é a tendência de interpretar todas as experiências em termos de categorias opostas e polarizadas (preto/branco, tudo/nada, sempre/nunca, perfeição/fracasso, absoluta segurança/perigo total). Ex.: "Se não estudei todo o conteúdo, então não sei nada"; ou "se eu não me sair sempre bem (no trabalho etc.), isto significa que sou um fracasso"; "Como não sou tão extrovertido, não sou capaz de fazer amizades novas..."

2. Abstração Seletiva: é a tendência a focalizar apenas um detalhe retirado de um contexto, ignorando outros aspectos também importantes, e conceber a totalidade da experiência com base no fragmento. Ex.: "sou impotente" (após uma falha erétil); "Só tem pessoas arrogantes aqui..." (desconsiderando outras)

3. Inferência Arbitrária: é a tendência a chegar a uma conclusão (ou regra) na ausência de provas suficientes, ou por meio de um raciocínio lógico falho. Ex.: "não sou atraente para as mulheres" (depois de algumas rejeições);

4. Hipergeneralização: é a tendência a ver um evento negativo único como parte de um padrão interminável de perigos ou sofrimentos. Ex.: "se eu senti medo aqui, vou sentir sempre de novo"; ou "tudo sempre dá errado para mim" (depois de bater com o carro);

5. Desqualificação do Positivo: é a tendência a rejeitar experiências ou fatos positivos por insistir que "não contam", por qualquer motivo. Ex.: "sou burra e doente" (mesmo tendo passado em dois vestibulares); ou "não perdi o controle *ainda*" (desconsiderando que *nunca* aconteceu nada durante inúmeros ataques de pânico).

6. Erro Oracular: é a tendência a antecipar que "as coisas vão dar errado" de qualquer maneira, sem base para essa afirmação. Ex.: "eu *sei* que vou ser rejeitada".

7. Raciocínio Emocional: é a tendência a tomar as próprias emoções como provas de uma "verdade". Ex.: "se sinto pânico é porque essa situação é muito perigosa".

8. Rotulação: é a tendência a descrever erros ou medos por características estáveis do comportamento, por rótulos pessoais. Ex.: "eu sou um fracasso" ao invés de "falhei nisso".

9. Tirania dos "Deveria": é a tendência a dirigir a própria vida em termos de "deverias" e "não deverias", por avaliações de "certo" ou "errado", em vez de dirigir-la por seus desejos. Ex.: "eu deveria estudar mais" em vez de "eu quero (ou não quero) estudar mais".

10. Personalização: é a tendência a se ver como causador de fatos ruins, sem o ser, de fato. Ex.: "se algo acontecer ao meu casamento, a culpa é só minha".

11. Leitura Mental: é a tendência a antecipar negativamente, sem provas, o que as pessoas vão pensar sobre você. Ex.: "se entrar em pânico aqui todos vão pensar que sou doente".

12. Catastrofização: é a tendência a exagerar a probabilidade e a magnitude dos efeitos de uma situação antecipada. Ex.: "Minha carreira acabou" (depois de cometer uma falha no trabalho); "Meu filho deve ter sofrido um acidente!" (depois de 1 hora de atraso para chegar em casa).

13. Acusação: é a tendência a colocar outras pessoas como fontes dos nossos sentimentos negativos, sem nos responsabilizarmos para mudar a nós mesmos. Ex.: Meus pais são responsáveis por todos meus problemas

Retirado de Rangé (2001) e Heimberg, Turk e Mennin (2004).

ANEXO 4

Testando Seus Pensamentos

- Qual é a situação:

- O que estou pensando ou imaginando?

- Quanto acredito nisso? um pouco médio muito (ou avalie de 0 a 10: _____)
- Como esse pensamento fez me sentir? zangado triste nervoso outro: _____
- Quão forte é o sentimento? um pouco forte médio muito forte
(ou avalie de 0 a 10: _____)
- O que me faz pensar que o pensamento é verdadeiro?

- O que me faz pensar que o pensamento não é verdadeiro ou totalmente verdadeiro?

- Há alguma outra forma de ver isso?

- Qual o pior que poderia acontecer? Eu poderia sobreviver a isso?

- Qual o melhor que poderia acontecer?

- O que é o que mais provavelmente irá acontecer?

- O que acontecerá se continuar a pensar da mesma forma?

- O que aconteceria se eu mudasse o meu pensamento?

- O que eu diria para um amigo meu se isso acontecesse com ele?

- O que eu deveria fazer agora?

- Quanto eu acredito nesse pensamento negativo agora?
um pouco médio muito (ou avalie de 0 a 10: _____)
- Quão forte está o meu sentimento negativo agora?
um pouco forte médio muito forte (ou avalie de 0 a 10: _____)

ANEXO 5

RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

Cerre o pulso direito, sentindo a tensão no pulso e antebraço... cerre o pulso esquerdo, sentindo a tensão no pulso e antebraço... dobre o cotovelo e tensione o bíceps, mantendo as mãos relaxadas... estique o braço e tensione o tríceps, deixando a parte inferior dos braços apoiada na cadeira, com as mãos relaxadas...franza a testa ao levantar as sobrancelhas... aproxime as sobrancelhas (como se as franzisse)... contorça os músculos ao redor dos olhos... tensione o maxilar ao cerrar os dentes... pressione com força a língua aberta contra o céu da boca, com os lábios fechados, e perceba a tensão na garganta... pressione os lábios um contra o outro (como se fosse fazer beijo)... empurre a cabeça para trás o máximo que puder (contra a cadeira)... encoste o queixo no peito... curve os ombros em direção às orelhas... curve os ombros em direção às orelhas e descreva um círculo...

Preste atenção na sua respiração. Procure respirar calmamente, através do diafragma, e libere o ar lentamente... procure seu ritmo ideal...

Tensione os músculos da barriga.... encolha a barriga...afaste a parte inferior das costas da cadeira... tensione as nádegas e a batata da perna ao pressionar os calcanhares no chão, mantendo as pernas esticadas... tensione as batatas das pernas ao pressionar os pés e dedos para baixo... tensione as canelas ao curvar os pés e os dedos para cima...continue respirando calma e regularmente com a barriga. Realizar o Relaxamento diariamente. Anotar o grau de relaxamento experimentado numa escala de 0 a 100.

ANEXO 6

Crença Nº 6

Se algo é ou parece ser perigoso, devo ficar constantemente preocupado(a) com isso (e ficar ruminando sobre a possibilidade de sua ocorrência.)

Embora pensar profilaticamente sobre perigos, planejar como evitá-los, prevenir-se ou enfrentá-los se ocorrerem possa ser uma atitude sábia, em alguns momentos a preocupação não é uma atitude profilática ou construtiva e raramente auxilia no enfrentamento eficaz de perigos.

1. É possível que, ao ficar terrivelmente preocupado(a) com alguma ameaça de perigo você fique tão agitado(a) e instável que você possa não conseguir avaliar objetivamente se esta “ameaça” é real ou exagerada e que uma preocupação exagerada pode conduzir, freqüentemente, a fantasias sobre a “periculosidade” das situações, distanciando-o(a) de uma apreciação objetiva?
2. Quando você fica muito ansioso(a) diante de algum perigo, este estado emocional freqüentemente pode impedí-lo(a) de avaliar a situação realisticamente e de adotar, calmamente, as ações apropriadas para prevenir ou lidar com o perigo de forma eficaz?
3. Uma intensa preocupação possa não impedir que um evento ocorra e que, no entanto, o contrário possa ser mais verdadeiro? Dependendo do tipo de preocupação que você tiver - por exemplo, de ter um acidente de carro - quanto mais nervoso(a) você estiver, mais provavelmente você irá agir impulsivamente no trânsito, aumentando a probabilidade de uma colisão;
4. Uma preocupação intensa possa fazer com que você exagere a probabilidade de ocorrência de um perigo? Por exemplo, há uma possibilidade de um elevador enguiçar, mas é menos freqüente que o imaginado por uma pessoa ansiosa;
5. Alguns eventos terríveis, como a possibilidade de você ficar seriamente doente ou de morrer possam não ser alterados por sua preocupação exagerada? Você estará, na realidade, criando um mal estar adicional, ao preocupar-se com estes eventos antes que eles ocorram de fato;
6. Alguns eventos terríveis possam não ser tão incapacitantes na realidade quanto o são na sua fantasia? Catastrofizar sobre estes fatos é inútil, mesmo quando há chances deles realmente ocorrerem.

Um conjunto de atitudes racionais em relação aos possíveis perigos e dificuldades que possam ocorrer na vida de uma pessoa consiste em:

- A maioria de suas preocupações não são causadas por perigos externos que possam ocorrer, mas *por suas auto-afirmações* a respeito da situação. Sendo

assim, não seria melhor você aprender a examinar as suas afirmações internas e transformá-las em uma filosofia mais saudável e realista? Em vez de se dizer que será impossível lidar com o perigo, não seria melhor se dizer que apesar de desagradável, pode ser enfrentado.

- Por trás da maioria dos seus medos irracionais, está o medo do que os outros pensam a respeito dele, e que este último é um medo tolo.
- Além disso, deve-se questionar a pertinência dos medos no presente, mesmo que tenham sido assustadores a você quando era menor e mais jovem;
- Não ficar alarmado quando medos, previamente dominados, reaparecerem temporariamente. Continuar trabalhando na sua erradicação e encarando-os honestamente até que tenham pouca ou nenhuma tendência de retornar.

Adaptado de Ellis (1962)

ANEXO 7

AVALIANDO AS PREOCUPAÇÕES

Preocupação específica: _____

Pergunta	Resposta
O que você está prevendo que irá acontecer? (especificamente)	
Qual a probabilidade (0 – 100%) que isso, de fato, acontecerá?	
Quão negativo é o resultado que você está prevendo (0 – 100%)? Qual o pior resultado?	
Qual o resultado mais provável?	
O melhor resultado?	
Você está prevendo catástrofes (coisas ruins) que não se tornam verdade? Quais são alguns exemplos das catástrofes que você está prevendo?	
Quais são as evidências (a favor e contra) sua preocupação que alguma coisa realmente ruim irá acontecer?	
Se você tivesse que dividir 100 pontos entre as evidências a favor e contra, como você dividiria estes pontos? (exemplo: 50 /50; 60 /40)	
Você está usando as suas emoções (sua ansiedade) para guiar você? Você está dizendo para si mesmo “ eu me sinto ansioso, então alguma coisa realmente ruim irá acontecer”?	
Esta é uma maneira racional ou lógica de fazer previsões? Por que/ Por que não?	
Quantas vezes no passado você esteve errado sobre suas preocupações? O que de fato aconteceu?	
Quais são os custos e benefícios para você em seu preocupar sobre isso?	
Se você tivesse que dividir 100 pontos entre	

custos e benefícios, como você dividiria estes pontos? Por exemplo, seria 50 /50, 70/30?	
Que evidências você tem do passado que a preocupação foi útil a você ou prejudicial a você?	
Você é capaz de desistir de qualquer controle com o propósito de se preocupar menos?	
Se o que você está prevendo acontecer, o que isso significaria para você? O que aconteceria depois?	
Como você poderia manejar os problemas que você está antecipando? O que você poderia fazer?	
Aconteceu algo ruim a você que você não se preocupou sobre? Como você foi capaz de manejá-lo?	
Você está com frequência subestimando sua habilidade de manejar problemas?	
Considere o que você está preocupado no momento. Como você imagina que se sentiria sobre isso dois dias depois, duas semanas, dois meses e dois anos depois? Por que se sentiria diferente?	
Se uma outra pessoa estivesse enfrentando o problema que você está, você encorajaria a pessoa a se preocupar tanto quanto você? Que conselho você daria a ela ou ele?	

Retirado de Leahy (2004) p.283 / 284

ANEXO 8

Crença nº 1

É absolutamente necessário para mim ser amado e aprovado pelas pessoas que me são importantes.

1. É possível que, mesmo que você consiga 100 vezes amor e aprovação em 100 tentativas, que na vez *seguinte* alguém lhe negue isso?
2. É possível que, mesmo que você tenha obtido amor e aprovação, isso possa *não ser suficiente*, pois acabarão surgindo preocupações sobre o *quanto* você foi aprovado(a) e amado(a), se *ainda* o consegue e até *quando* o conseguirá?
3. É possível que, pelos próprios *preconceitos ou tendenciosidades do outro*, você possa só receber indiferença ou reprovação, ao invés daquilo que deseja?
4. É possível que o *gasto de energia* para tentar agradar todas as pessoas faça com que reste muito pouca energia para seus outros objetivos na vida?
5. É possível que sua busca compulsiva de amor e aprovação acabe gerando um comportamento inseguro que conduza mais à *perda* de aprovação e respeito do que a seu *ganho*?
6. É possível que *amar alguém*, que é uma coisa prazerosas e absorvente, possa ficar inibida e impedida de expandir-se pela busca incessante de *ser amado(a)*?

Não seria mais *racional* acreditar que:

- Você *deseja* amor; não *precisa* dele.
- É *muito mais prazeroso* ser aprovado e amado pelas próprias realizações. Elas é que sustentam uma forte auto-estima: é por nossas conquistas, principalmente as mais difíceis, que gostamos cada vez mais de nós mesmos. A necessidade (infantil) de ser amado incondicionalmente sustenta uma falsa e frágil auto-estima, pois ela depende sempre de novas provas de amor e aprovação em cada momento. Uma verdadeira e forte auto-estima deriva de um *comprometimento determinado em seguir os próprios objetivos*, não de aprovações alheias.
- É *desagradável* não receber amor ou aprovação de alguém importante para você; mas isso é *catastrófico*?
- Suas ações devem ser guiadas pelos seus *desejos*, não pelo desejo dos outros. Afinal, de quem é a sua vida?
- A melhor forma de *ganhar amor* é *dar amor*, genuinamente.

Retirado de Rangé (2001)

ANEXO 9

DIREITO ASSERTIVO

Tenho o direito de me colocar em primeiro lugar às vezes.

Tenho o direito de não antecipar as necessidades e os desejos dos outros.

Tenho o direito de decidir se satisfaço as necessidades de outras pessoas ou se comporto-me segundo meus interesses, desde que não viole os direitos dos demais.

Tenho o direito de ser tratado com respeito e dignidade.

Tenho o direito de ser ouvido e levado a sério.

Tenho o direito de expressar meus pensamentos, sentimentos e opiniões e aceitá-los como legítimos, independentemente da opinião dos outros.

Tenho o direito de errar, desde que assuma a responsabilidade pelas conseqüências do meu erro.

Tenho o direito de mudar de opinião.

Tenho o direito de questionar o que não gosto e de mostrar minha insatisfação se receber um tratamento injusto.

Tenho o direito de dizer “não” aos pedidos dos outros, sem sentir-me culpado ou egoísta por isso.

Tenho o direito de pedir o que quiser, respeitando o direito da pessoa de dizer “não”.

Tenho o direito de negociar mudanças que me beneficiem, respeitando os direitos dos outros.

Tenho o direito de receber formal reconhecimento por minhas qualidades, habilidades ou pelo meu trabalho.

Tenho o direito de estar só, mesmo que outros solicitem a minha companhia.

Tenho o direito de não dar justificativas para os outros.

Tenho o direito de não assumir responsabilidade pelo problema de outra pessoa.

Tenho o direito de não confiar apenas boa vontade dos outros.

Tenho o direito de obter aquilo pelo que paguei.

Retirado de Barbosa (2000)

ANEXO 10

Crença nº 2

Para se ter *valor*, é necessário *ser competente* e bem sucedido em todos os aspectos da vida.

1. É possível ser competente em *todos* os aspectos da vida?
Tentar ser competente em alguns aspectos pode ser saudável e recompensador (prazer, dinheiro), mas *ter a obrigação de ser* extremamente competente é um caminho direto ao medo e à desvalorização, à ansiedade e à depressão.
2. É possível que uma *busca desenfreada pelo sucesso* ultrapasse os *limites do corpo* e provoque *doenças psicossomáticas*?
3. É possível que, ao fazer comparações dos seus sucessos com os dos outros, você esteja sendo guiado(a) por padrões externos e não pelos seus objetivos pessoais?
 Se você pensa que *tem que* ter um sucesso marcante, você não está apenas se *desafiando* e *testando suas próprias capacidades*; está, invariavelmente, se comparando com outros e tentando *superar os melhores*. Assim, você passa a ser *guiado/a pelos outros*, mais do que *por si mesmo/a*. Desse modo, sem se dar conta, você estabelece *metas não alcançáveis*, uma vez que, mesmo que você possa ser extremamente destacado(a) em algo, sempre poderá aparecer alguém *melhor*. Não faz sentido comparar-se a outros, uma vez que não se pode ter *controle* sobre o comportamento dos *outros*, só sobre os próprios.
4. É possível que a concentração na crença de ter que ser competente desvia você da meta principal da vida, que é *ser feliz*?
 Já pensou que isso se alcança (1) experimentando e *descobrendo quais são seus desejos mais gratificantes* na vida e (2) *corajosamente* (não importando o *que os outros pensem*) gastando uma boa parte do pouco tempo que dura a sua vida perseguindo isso?
5. É possível que uma preocupação excessiva com competência acabe resultando em muito medo de correr riscos, de errar, de falhar em certas iniciativas e que estes próprios medos sabotem os objetivos que você quer alcançar, pelo efeito negativo que produzem no desempenho?

Não seria mais *racional* acreditar que:

- É melhor tentar *fazer*, mais do que se matar para tentar *fazer bem*; e que é melhor focalizar no *processo* mais do que no *resultado*.
- Ao tentar fazer algo, é melhor fazer pelo *prazer* de fazer bem feito, mais do que para *agradar alguém*.

- Uma coisa é tentar *fazer bem* alguma coisa *pela satisfação* que isso dá; outra é tentar fazer *perfeitamente bem*. Uma coisa é tentar *o seu melhor*; outra é tentar *ser melhor* do que os outros.
- Os esforços valem pela *realização em si* ou pela *realização com uma satisfação* ?
- Os erros, mais do que algo para se recriminar, são muito valiosos, pois é através deles que se aprende. Aceite a necessidade de ter que praticar muito se você quiser ter sucesso em alguma coisa; a necessidade de se forçar a fazer as coisas que você tem medo de fazer; e o fato de que seres humanos são limitados, e você, particularmente, tem suas limitações específicas.

Retirado de Rangé (2001)

ANEXO 11

RELAXAMENTO MENTAL

Você agora irá gastar algum tempo em um lugar onde você se sente seguro e com uma sensação de bem-estar. É ao lado de uma piscina, de água tranqüila, que reflete os raios solares de um lindo dia quente. Você está sentado confortavelmente à beira da piscina, absorvendo os raios quentes do sol e olhando para os reflexos da água. Conforme você for imaginando-a em sua mente, transporte a piscina para um lugar onde você se sinta especialmente confortável. Pode ser em uma montanha, em um parque da cidade, no seu quintal, ou em algum lugar favorito de sua infância...

Entre em contato com esse lugar agora, e perceba os detalhes dessa imagem, como se você a estivesse desenhando. Circunde sua piscina com suas plantas e flores favoritas. Coloque alguns pequenos objetos em volta que tornem esse lugar especial para você. Flores, Pedras, ervas aromáticas, pedaços de lenha ou folhas... Note a quentura do sol... O murmuro suave da brisa movendo a água... A essência das flores... O gorjeio dos pássaros ou a melodia do vento, ou quem sabe o riso de uma criança que está distante. Sente-se nesse lugar de paz e tranqüilidade e absorva essa sensação. Utilize sua respiração suave para aumentar a sua sensação de presença nesse lugar.

Você poderá voltar a esse lugar sempre que precisar se refrescar e se sentir seguro e confortável. Agora está na hora de partir, de voltar para um lugar que talvez você se sinta um pouco menos confortável.

Imagine você agora saindo desse lugar seguro para um que lhe cause mais ansiedade, mas tente manter o sentimento que você teve quando estava sentado em sua piscina... As sensações de calma e segurança que você teve próximo a sua

piscina estão à disposição pra você sempre que quiser senti-los novamente. Permita-se sentir a mesma experiência de calma e conforto, agora nesse lugar mais estressante. Lembre-se que sua respiração poderá lhe ajudar.

Antes de desviarmos nossa atenção desses lugares que estivemos, e voltarmos para o estado de grupo, volte novamente para o seu lugar de tranquilidade a beira da piscina. Tire uma foto mental desse lugar. Essa foto estará disponível quando quiser visitar esse lugar novamente. Agora calmamente desvie sua atenção para o som da minha voz, a presença das outras pessoas do grupo, a cadeira que vocês estão sentados, a sala em que estamos. Quando estiverem prontos abram os olhos. Respire fundo enquanto eu conto – inspire, 2,3,4,5,6, segure,2,3, expire, 2,3,4,5,6. Isso...

Retirado de Babior e Goldman (1996) p. 130

ANEXO 12

Crença nº 3

É terrível e catastrófico quando as coisas não acontecem do jeito que a gente quer.

É normal ficar frustrado quando as coisas não saem do jeito que a gente quer, mas ficar muito deprimido ou irritado quando isto acontece é irracional por vários motivos:

1. *Não há motivos* para que as coisas *devam* ser diferentes do que são, não importando o quanto elas sejam *insatisfatórias* ou *injustas*. É satisfatório quando as coisas acontecem do jeito que a gente *deseja*, mas isto não é *necessário* ou *obrigatório*. A idéia de um *mundo justo* é só um *ideal* social.
2. Sentir-se inconsolável frente a situações adversas não ajuda a *transformar* as coisas. O contrário é o mais provável: quanto mais afetada pelas circunstâncias adversas, mais ineficiente uma pessoa se torna para tentar reverter as coisas e alcançar o que deseja.
3. Quando as coisas não são da forma que queremos, deve-se fazer o máximo para mudá-las, mas quando isso é impossível, momentaneamente ou para sempre, a única atitude saudável é resignar-se.
4. Mesmo havendo uma grande relação entre frustração e raiva, pode-se constatar que são nossas *interpretações* dos acontecimentos que *geram* a raiva. Uma pessoa só se sente necessariamente infeliz ou raivosa se ela estabelece suas *preferências* em termos de *necessidades*.

Ao invés de manter-se desnecessariamente exaltado(a) diante de circunstâncias frustrantes ou de injustiças reais ou imaginadas, você pode tentar adotar as seguintes atitudes:

- Será que estou exagerando a dimensão negativa daquilo que está me acontecendo? Se houver aspectos negativos e desprazer verdadeiramente, não será melhor trabalhar racionalmente no sentido de alterar as circunstâncias e, se for impossível, resignar-me, ao invés de ficar irritado ou me lamentando da sorte ou da minha infelicidade?
- Será que estou vendo como catastrófico, terrível ou fatal algo que é apenas desagradável?
- De que forma possa aprender com essa experiência frustrante, usá-la como um desafio e integrá-la de modo útil à minha vida?
- Será que não estou duplicando meu sofrimento ao irritar-me com a própria irritação?

GOSTO

**NÃO
FAÇO**

FAÇO

NÃO GOSTO