

# **A EFICIÊNCIA DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL AO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA**

## **THE EFFICIENCY OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR GENERALIZED ANXIETY DISORDER**

Artigo acadêmico elaborado sob supervisão de:

Ms. Rafaella Corrêa

Dra. Marcia Oliveira da Silva

Acadêmicos de Psicologia:

Leonardo Alves De Souza

### **RESUMO**

A terapia cognitiva comportamental (TCC) é atualmente a abordagem com maior número de estudos que resultaram em qualitativas evidências quanto à eficiência deste modelo terapêutico ao transtorno de ansiedade generalizada (TAG) tendo como relação a remissão de seus sintomas e recorrências, com ou sem uso de fármacos. Essa patologia é uma das mais comuns nos atendimentos clínicos, tendo como diversos aspectos visíveis a preocupação excessiva em relação a diversidade de situações, eventos, quando não, totalmente distintos do que se aguarda em relação aos que se encontram ao redor do indivíduo, gerando assim graves, quando não, crônicos prejuízos à vida do paciente em diversas esferas. Este artigo tem como objetivo expor a eficiência da TCC sobre pacientes com TAG, tendo uso das ferramentas de terceira geração, conforme especificidades dos sintomas e compreensão por parte do terapeuta em relação às estratégias necessárias à remissão dos sintomas e psicoeducação do paciente para fins de qualidade de vida. Para tal estudo foi realizado como metodologia uma pesquisa bibliográfica e exploratória de diversos artigos de língua portuguesa e inglesa indexados nas bases de dados da Google Acadêmico, BVS, SciELO, pePSIC, Cochran, utilizando como palavra-chave “terapia cognitivo comportamental” e “transtorno de ansiedade generalizada”. Conclui-se que a TCC detém eficiência significativa sobre o TAG. O arsenal disponível de ferramentas de acesso a distorções cognitivas presentes, em concomitância com intervenções estratégicas para uma prática clínica criativa e eficaz sobre dificuldades de acesso às emoções vivenciadas fisiologicamente e

sentimentos reprimidos ou esquivados; somados a mudanças comportamentais que causem alterações nos sentimentos e cognições; torna a TCC uma abordagem que permite ao psicólogo junto ao paciente, alterações no comportamento de aproximação e evitação, já que este aprende a avaliar melhor suas cognições e reconhecer suas emoções sobre possíveis eventos futuros para fins de uma melhor regulação emocional, permitindo assim, uma melhor qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Transtorno de ansiedade generalizada. Comorbidades. Terapia cognitiva comportamental. Sentimentos. Emoções.

## ABSTRACT

The Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is currently the approach with a larger number of studies that result on qualitative evidence related to the efficiency of this therapeutic model towards the Generalized Anxiety Disorder (GAD), having as relation to the remission of its symptoms and recurrences, using or not medication. This pathology is one of the most common at the clinical care, showing as noticeable diverse aspects the excessive concern regarding the variety of situations, events, when not, totally different than what is expected from those are found around the subject. Thus, creating serious, sometimes chronic damage and other harmful characteristics to the patient's life in different aspects. This article aims to expose the efficiency of the CBT on patients with GAD, using third generation tools, according to the symptoms' specificity and the therapist's comprehension in relation to the required strategies to the remission of the symptoms and the patient's psychoeducation to achieve a better quality of life. As a methodology, it has been used a bibliographic and explorative research through articles in the Portuguese and English languages, indexed in the database of Google Academy, BVS, SciELO, pePSIC and Cochran, utilizing as keywords "cognitive behavioral therapy" and "generalized anxiety disorder". It is concluded that the CBT has significative efficiency on the GAD. The huge quantity of access tools about current cognitive distortions, in conjunction with strategic interventions to achieve a creative and efficient clinical practice about the difficulty of accessing the experienced physiologically emotions and suppressed or skipped feelings; joined by behavioral changes that cause alteration in the feelings and cognitions. All of it makes the CBT an approach that allows the patients being together with psychologists, some alterations on how they get closer or avoid, once the they are able to evaluate better their cognitions and recognize the feelings about possible future events, with the aim of getting a better emotional regulation, gaining with that, a bigger quality of life.

**Keywords:** generalized anxiety disorder; commodities; cognitive behavioral therapy; feelings; emotions.

## INTRODUÇÃO

Naturalmente qualquer indivíduo durante sua vida terá sensação de ansiedade, seja por conta da espera de quem se ama, busca por vaga de emprego, por perceber um ambiente tenso no qual o indivíduo possa estar presente ou por aguardar uma cirurgia de um ente querido. Conforme Dalgarrondo (2019), a ansiedade faz parte dos fenômenos psicológicos e fisiológicos vivenciados pelo indivíduo, conforme a sociedade. De modo geral, todo ser humano sente fome, sede, sono e ansiedade.

O neurocientista português Antônio Damásio expõe em entrevista que o sentimento é a experiência mental que temos sobre o que se passa pelo corpo (Galileu, 2015). Neste sentido, sendo a ansiedade uma emoção presente no ser humano em toda sua existência, podemos dizer que a ansiedade dita normal reativa é naturalmente entendida como um sinal importante em permitir aos indivíduos uma atenção permanente, com objetividade a uma ameaça ou perigo existente em relação ao meio (Reyes & Fermann, 2017).

Dalgarrondo (2019) define ansiedade como um estado de humor desconfortável, podendo ou não ser uma apreensão negativa em relação ao futuro, com inquietação. Mas é claro que sentir-se ansioso em diversos momentos é algo completamente comum e esse estado emocional está presente desde quando crianças; salvo, é claro, no aspecto de separação criança – cuidador (transtorno de ansiedade de separação) (DSM-5, 2014).

Sendo então a ansiedade uma emoção de aspecto regular, um mecanismo de defesa e estímulo quanto a diversos fatores da vida, entendemos então que se esta emoção for vivida constantemente, de maneira exacerbada, pode se tornar um transtorno. Tendo esse transtorno ansiedade associado a diversas outras comorbidades quando não tratadas. Como não poucos casos, depressão maior 53,7%, além de uma alta comorbidade com risco de suicídio 54,8% (Vasconcelos et al., 2015).

A ansiedade pode tornar-se prejudicial conforme circunstâncias, intensidades e frequências com que são apresentadas. Limitando ações e interferindo significativamente a vida e relações com os outros, tornando um problema de saúde sério, merecedor de atenção e tratamento adequado (DSM-5, 2014; CID 10, 1993).

Esta ansiedade patológica (transtorno) se diferencia naturalmente pela intensidade, pelo caráter contrário a cronologia (tempo), repetitivo e desproporcional as situações e ambientes, sendo pontuadas por vários sentimentos desagradáveis de grande apreensão negativa em relação aos aspectos que a de vir, em suma futuro (Catanho et al., 2022).

Estudos internacionais apontam que 25% da população sofre\sofrerá de transtorno de ansiedade em algum momento de suas vidas (Silva, 2011). A OMS aponta que o Brasil detém 5º lugar na taxa de transtornos de ansiedade no Mundo, com 5,8% tendo a entidade a indicação de que, ao redor do mundo, 264 milhões de pessoas sofrem com transtornos de ansiedade, uma média de 3,6% (Sindjustiça, 2020).

O número representa uma alta de 15% (Sindjustiça, 2020) em comparação a 2005. Tais percentuais obtidos exibem um forte alerta para mais estudos, pesquisas, técnicas e protocolos presentes não apenas aos profissionais da psicologia, mas a todos os profissionais da área da saúde. Agregado a isso, familiares, colegas de trabalho, empresas, instituições e demais poderes públicos e privados.

Como fins de diagnóstico de diversos transtornos o DSM-5 publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5, 2014) é um manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais; juntamente com o CID 10 (1993) que é a classificação Internacional de Doenças. Utilizados em diversos países, incluindo o Brasil. Tendo o CID 10 para uso de códigos que permitam a comunicação dos diagnósticos conforme uso por parte dos psicólogos e outros profissionais da saúde (Resende et al., 2015).

Diversas são as queixas, sinais e sintomas que podem envolver um quadro de Transtorno de Ansiedade Generalizada - TAG. Segundo DSM-5 (2014), o TAG é um estado de apreensão ou preocupação constante, que geralmente é acompanhado de tensão motora, irritabilidade e perturbações do sono. A causa não é identificável, os sintomas são persistentes com duração de pelo menos seis meses (DSM-5, 2014).

Dalgalarrondo (2019) informa que o quadro de TAG apresenta sintomas ansiosos excessivos na maior parte do dia; a pessoa vive angustiada, tensa, preocupada, nervosa ou irritada, tendo frequentes sintomas como insônia, dificuldade em relaxar, irritabilidade aumentada, angústia constante e dificuldade em concentrar-se.

Jarros (2011) informa que o TAG tem início precoce e percurso crônico, ainda na fase da infância e adolescência, com relato de dores no peito, sensações estranhas ou irreais, coração em disparados, dor de cabeça, dor no estômago, tendências a serem perfeccionistas, inseguras e que exige constantemente a garantia sobre o seu desempenho.

Grande desconforto durante o estado de ansiedade como aperto no peito, fraqueza nos membros inferiores e outras sensações de aspecto subjetivo (DSM-5, 2014). Segundo Castillo et al. (2000), o TAG é um transtorno crônico e flutuante e em geral quando uma pessoa procura tratamento, os sintomas já estão presentes a algum tempo, tendo como cardiologistas e clínicos gerais os primeiros a atenderem tais pacientes em decorrência dos sintomas físicos.

Tal situação, não poucas vezes antes dos psicólogos, já que tal transtorno torna os pacientes a expressar queixas físicas de tensão muscular, cansaço, insônia além das preocupações intensas de não mesmo tema, excessivas e constantes. Apresentam não poucas dificuldades de se concentrarem nas tarefas cotidianas, gerando assim prejuízos de desempenho social, profissional, acadêmicas e diversas outras esferas (Jarros, 2011).

O indivíduo com TAG apresenta uma orientação muito forte para os acontecimentos futuros, com maior preocupação com pequenos problemas cotidianos e eventos com probabilidade muito pequena de ocorrerem; tendo como característica diferencial a intensidade e frequência dessas preocupações. Dificuldades de concentração em tarefas, prejudicando seu desempenho social, profissional e acadêmico (Jarros, 2011).

Os envolvimento dos aspectos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, estão atrelados a um grande sofrimento e prejuízo no funcionamento social ou ocupacional dos indivíduos acometidos de TAG. Indivíduos que sofrem do TAG são mais vulneráveis à presença de déficits cognitivos (Knapp, 2004).

Segundo Rodrigues (2011) os pacientes apresentam uma alta sensibilidade à informações sobre ameaças em potencial, pensamentos automáticos associados ao perigo, risco, falta de controle e incapacidade. Uma presente estimativa exagerada de riscos nas situações, com uma autoestima diminuída, da capacidade de enfrentar o objeto temido ou situação temida; recordação intensificada de lembranças em relação a situações ameaçadoras (Wright, 2012).

Conforme DSM5 (2014) o TAG é diagnosticado com uma maior frequência em mulheres do que homens (55 a 60% são do sexo feminino). Em ambos os sexos os sintomas são similares, mas com padrões de comorbidades diferentes. Isto é, em mulheres transtorno de ansiedade e depressão unipolar (maior frequência); enquanto que nos homens, a comorbidade será transtorno por uso de substâncias, como maior prevalência.

Vasconcelos et al. (2015) informa uma alta taxa de comorbidade entre TAG e Depressão Maior (53,7%), Distímia (21%) e depressão recorrente (14,6%), além de uma alta comorbidade com risco de suicídio (54,8%). Uma pesquisa nacional de comorbidades NCC estima a prevalência de TAG em mulheres 2x mais do que em homens ao longo da vida (6,6% a 3,6%); tendo este índice aumentado para 10,3% em mulheres com idade maior ou igual a 45 anos; tendo os homens de mesma faixa índice inalterado (Kinrys & Wygant, 2005).

As diversas literaturas presentes em língua portuguesa, como por exemplo, as apresentadas por Clark & Beck (2012), Barlow (2016), Zanelatto & Laranjeira (2013), Judith Beck (2021) dentre outros, demonstram a efetiva qualidade do tratamento do TAG com a terapia cognitivo comportamental (TCC). O TAG está entre os transtornos mais encontrados na clínica, sendo crônica e associada a comorbidades relativamente altas; e a altos custos individuais e sociais (Andreatini et al., 2001).

No Brasil, estudos epidemiológicos nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro revelaram a presença de TAG, nos últimos 12 meses, em 2,2 a 3,5% da população e, pelo menos uma vez na vida, em 5,8 a 6,0% (Dalgalarondo, 2019; Ribeiro, 2013). Como busca de uma terapia eficiente a TCC tem se apresentando como padrão ouro das escolas psicoterápicas (Moretti et al., 2021), tendo consistência e eficácia de tratamento dos transtornos de ansiedade, incluindo aqui o público infantil e adolescente (Neufeld, 2017; Heinen et al., 2019).

A TCC é considerada por muitos profissionais da psicologia a principal abordagem cognitiva da atualidade (Moretti et al., 2021), tendo uma união de conceitos e técnicas cognitivo-comportamentais (Souza & Candido, 2010). A pesquisa e a prática clínica demonstram que a TCC é excelente na redução de sintomas e taxas de recorrência do TAG, com ou sem medicação, em uma grande variedade de outros transtornos (Knapp & Beck, 2008).

A TCC detém um modelo psicoterápico que se guia em teoria, com um indivíduo formado por estruturas moldadas pelas experiências (formação de esquemas), que podem determinar a maneira como este se sente e se comporta diante das diversas situações vividas (Young, 2008).

Conforme a teoria, os sentimentos não são determinados por situações e outras expressões análogas, mas sim pela forma, maneira como as pessoas interpretam e entendem tais situações. Nesse sentido, os transtornos psicológicos decorrem de um modo distorcido, prejudicial e/ou disfuncional de perceber, interpretar os acontecimentos; influenciando assim, os afetos e os comportamentos em seu cotidiano (Beck, 2021).

No início do tratamento é realizado um crescimento da consciência por parte do cliente em relação aos seus pensamentos automáticos, tendo como um trabalho consecutivo (terapeuta e cliente) a busca e foco nas crenças nucleares e subjacentes, já que estas são inconscientes ao cliente (Knapp & Beck, 2008).

Os processos de identificação e questionamento dos pensamentos automáticos são feitos via aliança terapêutica do psicólogo junto ao cliente; e estes, juntos, avaliando os pensamentos; principalmente quando os pensamentos exibem uma excitação emocional durante a sessão, e quando estas identificadas por palavras ou imagens expressas, fazem-se então uso das técnicas, questionamentos socráticos presentes neste modelo terapêutico e outros aspectos (Marques & Borba, 2016; Knapp & Beck, 2008).

A TCC permite aos pacientes trazerem suas demandas sem excluir outros aspectos não ditos. Alguns perfis de indivíduos, conforme seus esquemas desenvolvidos desde a sua infância, detém maior predominância em evoluir de uma ansiedade repetitiva para um TAG (Wright, 2008).

Em pacientes com TAG é comum a presença de comorbidades; podendo chegar a 54,8% risco de suicídio (Vasconcelos et al., 2015), além de outras comorbidades. Existem diversos trabalhos publicados que apontam como identificar o TAG em crianças (Asbahr, 2004), associados a uma regulação emocional por via de atividades diversas em psicoterapia (Leahy, 2013).

A prática da TCC associada ao mindfulness (Roemer & Orsillo, 2010) é um dos agentes inovadores nos atendimentos a pacientes com TAG (Wenzel, 2018), tornando este modelo teórico, uma poderosa terapia no tratamento e recuperação dos pacientes com ou sem medicação (conforme orientação médica); intervenções

estratégicas para uma prática clínica criativa e eficaz diante de indivíduos com dificuldades de acesso às suas emoções, por via pensamentos distorcidos.

Ademais, considera-se que a TCC possui taxas de resposta mais altas em comparação com o tratamento usual no tratamento do TAG e taxas de resposta maiores ou iguais em comparação com outras terapias ou intervenções psicofarmacológicas na maioria dos estudos (Hofmann et al., 2012).

Diante destas considerações, o problema da pesquisa que conduziu a este estudo foi: Terá a TCC realmente eficiência no tratamento a pessoas com TAG?

Assim, o objetivo foi pesquisar e expor os estudos que descrevem a eficiência da TCC em pessoas com TAG.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **Terapia Cognitivo comportamental**

Falar da Terapia cognitiva comportamental (TCC) é falar sobre Aaron Beck. Considerado um dos pais desta abordagem, ele nasceu no dia 18 de Julho de 1921 em Rhode Island nos EUA. Filho de judeus imigrantes da Rússia estudou na Brown University, tendo se graduado em 1942 nas áreas de Inglês e Ciência Política. Em seguida, estudou na Yale Medical School e se formando em Medicina (1946). Foi professor de psiquiatria na University of Pennsylvania, buscando pesquisas clínicas sobre depressão. Seus estudos foram focados no tratamento da depressão e passou a questionar o tratamento somente fármaco e abordagem psicanalítica da qual fazia uso em dada época (Beck & Fleming, 2021; Oliveira et al., 2009).

Dito isto, faz se aqui necessário entender que Beck não detinha os aspectos presentes hoje e principalmente o termo TCC, mas sim “terapia cognitiva”. No início de suas pesquisas (1956) Beck realizava um estudo buscando resultados da psicanálise em relação à depressão. Beck se baseava em Luto e Melancolia 1917 de Freud (2013), na ideia de que pessoas deprimidas exibiam uma necessidade de sofrer, uma raiva que se voltava para dentro. Mas, conforme estudos, os resultados mostravam-se diferentes, pois alguns dos pacientes exibiam melhoras por motivos de algumas experiências bem sucedidas (Beck & Alford, 2000).

Conforme muitos contatos com pacientes depressivos, Beck junto a outros pesquisadores iniciaram novos e diversos estudos sobre a depressão da qual identificavam nesta, características de inclinação negativa correlacionado a

expectativas futuras, com resultados comportamentais negativos, agregados a visão de si e contexto em que estes estavam inseridos (Beck et al., 1979).

Conforme as duas primeiras décadas de estudos, Beck e colaboradores começavam a manifestar uma definição de que a cognição envolvia funções de deduções relacionadas a experiências, ocorrências e controles sobre eventos futuros; buscando identificar e\ou prever relações complexas dos eventos vividos pelo indivíduo como forma de facilitação de adaptação a espaços passíveis de mudança. Assim os primeiros protótipos da formulação beckiana se desenvolvia com formulações baseadas em “especificidade cognitiva” (Wills, 2021).

Sua teoria de terapia cognitiva estava assim nascendo com uma visão de que, ao invés de tentar tratar os sintomas desses pacientes, ele deveria tratar os pensamentos distorcidos. Gerando com isto o desenvolvimento de um novo olhar sobre a depressão relacionado ao que ele começou a entender como distorções cognitivas típicas que ocorriam em seus pacientes deprimidos. Seu modelo cognitivo era restrito à depressão, mas depois, conforme seu interesse e sua popularidade crescente, passou a aplicá-lo em outras áreas nos trabalhos Beck et al. (1985) na ansiedade, Beck et al. (1993) no abuso de substâncias e muitos outros (Beck et al., 1979).

Logo na segunda década foi desenvolvido o Inventário de Depressão de Beck (BDI) Beck, et al. (1961). Este detém utilidade como escala de auto-relato para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos. Este inventário auxiliava na identificação rápida e eficaz da depressão aos pacientes atendidos (Gandini et al., 2007).

A terapia cognitiva trabalhava transformando o padrão de pensamentos negativos, em pensamentos mais saudáveis, que resultassem em comportamentos positivos diante da depressão. Todo este desenvolvimento empírico de Beck junto a outros colaboradores, resultaram na produção do livro terapia cognitivo da depressão (2012) publicado em 1979 da qual exibia a conhecida tríade cognitiva com detalhamentos a procedimentos terapêuticos (Beck et al., 2012).

Exposto aqui a parte cognitiva relacionada aos primeiros passos dados por Beck e seus colaboradores, vamos agora colocar as relações do aspecto comportamental presentes na TCC contemporânea. A terapia comportamental na década de 50 teve grande repercussão através da obra de Skinner e demais estudiosos posteriores. O desenvolvimento da teoria comportamental permitiu o

conhecimento a respeito das leis gerais do comportamento presentes. Tal conhecimento é o ponto no qual a terapia comportamental se apoia para o desenvolvimento de sua prática clínica (Sampaio & Augusto 2005).

Tendo os comportamentos respondentes que como o nome já sugere, respondem a estímulos específicos; e comportamentos operantes que modificam o ambiente, sujeitando este a alterações conforme resultados da atuação deste no ambiente. Agregado a isto, o condicionamento detém papel importante sobre os comportamentos, sujeitando-os a mudanças conforme condições do ambiente que por sua vez, alteram em seus reforçadores (Cordioli, 2019).

O termo terapia comportamental foi usado pela primeira vez em 1953 por Lindsley, Skinner e Solomon, de maneira independente, fazendo uso do condicionamento operante em pacientes psicóticos hospitalizados. Eysenck (1959) se referia a terapia comportamental como modernas teorias de aprendizagem no tratamento de distúrbios psicológicos. Na visão de Lindsley e colaboradores a terapia comportamental de Skinner detinha exclusivos estudos do condicionamento operante (Caballo, 2007).

Eysenck (1959) entendia a terapia comportamental de maneira mais ampla, abraçando o condicionamento operante de Skinner, o clássico de Pavlov e posteriormente a modelação de Bandura. Lazarus em 1958 (África do Sul) chamou e patenteou de terapia comportamental como parte de uma totalidade multimodal que possibilitava a inclusão de procedimentos oriundos de outras fontes, caso estas detivessem evidências experimentais de suas utilidades; sendo chamado assim de ecletismo técnico (Caballo, 2007).

Um dos primeiros casos com estudos que demonstravam os aspectos de comportamento respondente estão na publicação de Jones (1949), uma estudante que trabalhava sobre supervisão de Watson da qual publicou um artigo “a eliminação do medo em crianças” (Jones, 1924). Este artigo relatou o caso de Pedro, um menino de 34 meses que detinha medo de vários estímulos, similar ao caso Abert, devido ao condicionamento (Bisaccioni & Neto, 2010).

Como Pedro detinha temor de coelhos, fizeram procedimentos de apresentação gradual à criança sobre condições não ameaçadoras, enquanto Pedro comia. Ao associar estímulo (comida) e resposta (comer) situação agradável com o objeto temido (coelho), gradativamente a criança foi perdendo o temor a ponto de o

pequeno animal ser solto próximo à criança e este não reagir aversivamente (Caballo, 2007).

O caso do menino Pedro é um exemplo do que chamamos hoje em dia de extinção respondente. Isto é, a necessidade de se expor ao estímulo condicionado sem a presença do estímulo incondicionado; e é a razão pela qual carregamos ao longo de nossas vidas uma série de medos e outras emoções que de algum modo, nos atrapalham. A garantia de que a criança não iria ser atacada, se sentir segura, estava atrelada a garantia de não presença de estímulos incondicionados para que ocorresse o processo extinção respondente (Guilhardi, 2004).

A perspectiva respondente foi dominante até os anos 50 quando a análise de problemas comportamentais estava atrelada a um modelo estímulo – resposta. Depois disso, os resultados observados com o condicionamento operante multiplicaram-se em inúmeras técnicas, principalmente nos EUA onde as universidades se tornaram centros de pesquisas laboratoriais, aplicadas a condicionamento operante. Foi nesta época que os aspectos operantes sobre perspectivas clínicas, detiveram as primeiras observações em mudanças comportamentais (Kazdin et al., 1990).

Skinner (Sampaio, 2005) como um dos principais expoentes da terapia comportamental, descreveu vários efeitos terapêuticos para aspectos clínicos tendo em seus textos de princípio operante, a exposição de tratamentos de alguns transtornos. Junto com outros estudiosos, suscitou estudos de investigação do comportamento que envolveram alucinações, delírios, pensamentos desorganizados e comportamentos bizarros (comportamentos psicóticos) e conforme evolução da ciência, comportamentos operantes em crianças neurotípicas com dificuldades de aprendizagem e neuroatípica\neurodiversidade que detém algum transtorno do neurodesenvolvimento (Barlow, 2016; DSM-5, 2014; Santos et al., 2013).

Conforme relato de Barbosa & Borba (2010) e outros autores, a busca por uma intervenção direta, uma relação de dependência entre certos eventos, para analisar a influência que um determinado evento psicológico pode ter sobre outros eventos (contingência), como reforçador, gerou uma aparente contribuição para o desinteresse por parte dos terapeutas comportamentais em relação a uma abordagem clínica dos eventos privados (cognição) (Barbosa & Borba 2010).

Conforme os anos foram se passando, os aspectos de controle do comportamento privado não detiveram maiores investigações por parte dos

terapeutas comportamentais e por isto, estudiosos posteriores propuseram novas abordagens que pudessem lidar com eventos privados (cognição) e não apenas aos aspectos sujeitos ao ambiente (kazdin et al., 1990; Caballo, 2007).

A partir deste momento, alguns autores geraram uma abertura das ciências comportamentais a aspectos cognitivos. Dentre vários autores dos anos 60 e 70 que conduziram a uma melhor abertura da ciência do comportamento aos fatores cognitivos, temos Bandura (1979) autor que desempenhou um papel fundamental, com desenvolvimento de trabalhos a respeito da “aprendizagem observacional” onde um indivíduo aprende eficazmente a partir da observação de um comportamento emitido por outro e de sua realização posterior (Bandura, 1979; Caballo, 2007).

O modelo de auto-eficácia é a aprendizagem constituída de mudanças voluntárias de um comportamento, mediadas pela percepção que o indivíduo detém a respeito de sua capacidade de adquirir um novo comportamento. Bandura (1977) criticava certo excessivo determinismo ambiental ao mesmo tempo que fazia uso do modelo respondente de análise comportamental (Bandura, 1979; kazdin et al., 1990).

Sua aprendizagem vicariante (por observação) deteve como gênese a teoria da aprendizagem social, como base teórica de seus estudos para explicar o aprendizado de um indivíduo estar vinculado a observação da ação por parte de um outro, por intermédio de processos cognitivos, tendo a elaboração de concepções sobre como as respostas observadas ocorrem (Bandura, 1986).

Tornando assim a subsequência de uma construção simbólica; em suma, uma base para ações novas com possíveis representações futuras das consequências por parte deste indivíduo, agora é claro, capacitado. Tendo a cognição um poder não apenas de aquisição, mas também da manutenção de certos comportamentos (Bandura, 1977).

Outros posteriores a Bandura puderam definir novas construções teóricas a partir de fenômenos observáveis relacionados a natureza cognitiva sobre a ideia de “treinamento institucional”. Este possui como base as mudanças relativas a determinados comportamentos que podem ocorrer por via de mudanças relacionadas a instruções que o indivíduo dá a si mesmo. Evitando assim, pensamentos disfuncionais e busca por meios adaptativos (Meichembbaum, 1977).

Bandura junto com outros estudiosos percebiam o cognitivo como via de mudanças comportamentais, para uso de modelo terapêutico que pudesse

aproximar, dialogar com terapias comportamentais (predominantes) e psicoterapias que partiam do princípio que mudanças cognitivas do próprio cliente e sobre o mundo, poderiam alterar seus comportamentos (Bandura, 1977).

Neste meio de descobertas terapêuticas, Salter um behavioristas começou a fazer uso de imaginação para modificação dos comportamentos. Sendo tais técnicas comportamentais raras, quando não usadas imagens para tratar pacientes hospitalizados com úlcera (Caballo, 2007).

Kazdin cita que somente a partir da aplicação técnica de dessensibilização sistemática por Wolpe, em usar a imaginação, esta passou a ocorrer com frequência como uso de instrumento de modificação do comportamento em recursos terapêuticos. Depois disto, muitas outras técnicas foram desenvolvidas fazendo uso da imaginação. Cautela um comportamentalista, desenvolveu a sensibilização encoberta, sendo hoje o maior suporte empírico para cleptomania (Kazdin et al., 1990; Hodgins & Peden, 2008).

Lazarus & Abramovitz ampliaram o uso da imaginação em terapia comportamental na dessensibilização com crianças. Lazarus reconhecia a terapia comportamental como uma forma eficaz de intervenção terapêutica, ao mesmo tempo em que com o passar dos anos, tanto ele como Bandura, Walsh e outros, viam o excesso de rigor e inadequação por parte das terapias comportamentais em abordar problemas clínicos. Somando-se assim um desinteresse\insatisfação pelos novos terapeutas comportamentais pelo behaviorismo e outras teorias comportamentais atuantes na época (Kazdin et al., 1990; Barbosa & Borba, 2010; Bandura, 1977).

As origens do que viria a ser chamado de TCC detiveram presença no livro Behavior Therapy and Beyond de Lazarus (1979) que diferenciava sua proposta terapêutica da terapia comportamental, enfatizando que os métodos separados seriam quase sempre insuficientes em produzir resultados duradouros. Mas é importante ressaltar que Lazarus acaba nomeado esta sua maneira de trabalhar como “ecletismo técnico”, pois para ele, o terapeuta deveria encontrar uma combinação de técnicas que pudessem ser de maior benefício para os pacientes (Barbosa & Borba, 2010; Lazarus, 1979).

Muito se fez de esforço em unificar as terapias comportamentais por parte de muitos autores que exerciam práticas desiguais, por via de algo que era chamado multidimensional. Lazarus, ainda que expressasse lealdade à tradição da análise

comportamental, ele não se considerava um terapeuta comportamental, mas sim, um terapeuta multimodal. No meio disto tudo, outros terapeutas de forma independente, iniciaram abordagens terapêuticas com olhar cognitivo para o processo psicoterapêutico como Albert Ellis, Aaron Beck, Michael Mahoney e Donald Meichenbaum (Kertesz, 2005; Caballo, 2007; Barbosa & Borba, 2010).

O nome TCC não deteve uma única origem e de modo claro, pois este nome não foi usado para identificar as terapias emergentes da época. Como já dito, Beck não era terapeuta comportamental, mas sim psicanalista, assim como Ellis. Foi em Nova York 1976 em que o termo foi usado pela primeira vez, segundo Wilson. Em seguida, tal sugestão de terapias cognitivas comportamentais começou a identificar um conjunto de terapias associadas aos processos cognitivos que mediavam o comportamento, tendo estratégias terapêuticas comportamentais (Barbosa & Borba, 2010).

As terapias cognitivas comportamentais que estavam surgindo de diferentes estruturas, detinham três grupos. Terapias que permitissem o cliente criar habilidades de enfrentamento, tendo foco em como minimizar os resultados negativos de aspectos externos; terapias cognitivas comportamentais de resolução de problemas, focadas no ensino de estilos de reação e produções de uma maior quantidade de soluções possíveis dos problemas; e as terapias cognitivas comportamentais que reestruturam o aspecto cognitivo, tendo como foco a mudança de pensamentos distorcidos (Barbosa & Borba, 2010).

Tais terapias surgiram com diversas técnicas de cunho projetivos, capazes de computar avaliações de medidas relacionadas a atividade cognitiva, com uso de imaginação, condicionamento encoberto, identificação de processos distorcidos, uso de questionamentos sócráticos e outros aspectos (Sweet & Loizeaux, 1991; Barbosa & Borba, 2010).

Tendo os modelos de terapias cognitivas comportamentais a presença de três premissas básicas. Que a atividade cognitiva pode alterar o comportamento; tendo a possibilidade da atividade cognitiva ser monitorada; e que mudanças comportamentais desejadas podem ser alcançadas por mudanças cognitivas (Sweet & Loizeaux, 1991).

É possível dizer que a TCC de Beck e demais colaboradores, surgiu como modelo de valorização dos aspectos cognitivos pouco valorizados pelas terapias comportamentais e psicoterapias psicodinâmicas que trabalham com conflitos

inconscientes. Com tal abordagem, podemos explicar comportamentos humanos complexos fora do aspecto estritamente comportamental e com menor foco possível a eventos da infância predominantes em terapias psicodinâmicas (Bahls & Navolar, 2004; Hawton et al., 1997; Biggs & Rush, 1999).

Conforme influencia de diversos autores, pesquisas e práticas clínicas, houvesse uma grande contribuição para revolução cognitiva dos modelos de Ellis (1982), Bandura (1969, 1977, 1989), Beck e seus colaboradores (1977, 1985, 1990, 1993), sendo introduzidos e paulatinamente aceitos conforme testes clínicos e estudos, que possibilitaram identificar a TCC como terapia padrão e em outros casos, padrão ouro nos diversos tratamentos de diferentes transtornos (Mululo et al., 2009; Luz & Oliveira, 2013; Baptista et al., 2007; Brito et al., 2021; Oliveira, 2011).

Existem outras abordagens de terapia que também podem trazer benefícios, mas a TCC, dentre todas as abordagens psicológicas estudadas atualmente, é a que tem maior capacidade de ser mensurada e metrificada em relação aos níveis de melhoria de seus pacientes, seja a curto, médio e longo prazo; conforme protocolos já produzidos, avaliados e publicados nas diversas revistas científicas; tendo o adicional de ser a terapia com o maior número de estudo científicos, ensaios clínicos randomizados e duplo cego (Hawton et al., 1997; Biggs & Rush, 1999).

Seguindo então a posição de Kazdin (1990) e outros autores posteriores e atuais; pode-se aqui discriminar vários enfoques diferentes que contribuíram com a estruturação presente da TCC Beckiana. As terapias comportamentais do condicionamento respondente, operante, da aprendizagem social e a conjunção de novas ferramentas presentes como mindfulness, regulação emocional, neuropsicologia, farmacoterapêuticos e muitos outros efeitos da 3ª onda da chamada TCC (Kazdin, 1990; Vandenberghe & Souza, 2006; Ferreira, 2006; Malloy-Diniz et al., 2016; Cordioli, 2008; Linehan, 2010; Hayes, 2021).

## **Ansiedade**

A ansiedade é a manifestação do que nos afeta sobre diversos fatores biopsicossociais. Tal sentimento quando é composto por um conjunto de traços descritos em literatura internacional pode se tornar um dos diversos transtornos presentes no manual diagnóstico estatísticos e classificação de transtornos mentais e de comportamento usados pelos psicólogos e demais profissionais da saúde (CID 10, 1994; DSM 5, 2014; Flores & Junior, 2008).

O conjunto de traços que se caracteriza como transtorno de ansiedade é repartido por medo que é uma emoção e ansiedade que são excessivas e agitadas manifestações comportamentais relacionadas, de apreensão não positiva em relação ao futuro. Tendo muitas repetições fora do que o ambiente apresenta, em suma, muito mais do que um sentimento desagradável (Reyes & Fermann, 2017).

Existe uma grande complexidade nas emoções como medo, mas não devemos confundir os sentimentos com emoções, pois a emoção medo é universal. Entende-se então que um indivíduo estando diante de um rato, este poderá ter sentimentos como nojo, preocupação com doenças e tudo isto estará atrelado a experiências particulares deste que pode por algumas vezes encontrar beleza em tal animal, exemplificando isto como sentimento. Portanto, os sentimentos são sempre diversos e atrelados a experiências particulares de cada indivíduo enquanto emoções são universais (Gonçalves & Heldt, 2009; Reeve, 2006).

O sentimento é um dos componentes da emoção, presentes como experiências vividas por cada indivíduo diante de situações diversas. E sobre tudo que nos afeta, nos faz exibir emoções que detém companhia de relações às vezes intensas ou não; às vezes breves ou longas em nosso organismo, sobre respostas a acontecimentos aguardados ou não, reais ou fantasiosos. As emoções como medo, muitas das vezes se faz visível em expressão corporal não verbal (Scherer, 2005; Reeve, 2006).

Um perigo, uma ameaça a um indivíduo (condição antecedente) poderá gerar o surgimento do medo (emoção) e consecutivamente a sensação de querer fugir, por proteção como antecedente do indivíduo (correr), tendo a fisiologia (crescimento batimento cardíaco, sistema circulatório aumentar nas pernas e pulmões, diminuição de fluxo sanguíneo na região abdominal, face e outros) e o auto-relato (sentimento de preocupação e nervosismo) (Caíres & Shinohara, 2010; Petersen, 2011; Gonçalves & Heldt, 2009; Reeve, 2006).

As estruturas oriundas para evitar o medo e ansiedade estão presentes no córtex cerebral pré-frontal direito, este portador de tendências motivacionais e emocionais de afastamento; e amígdala que é responsável pela detecção e resposta a ameaças e ao perigo, como medo. Entende-se, portanto, que sensações são reações do corpo causadas por algum estímulo presente ao meio, ainda que este não esteja visível, mas atrelados ao aspecto da percepção linear do indivíduo (Butman, 2001; Reeve, 2006; Brandão et al., 2003).

Os sentimentos são subordinados a experiências particulares de cada indivíduo, com grande duração, não temporal, não necessariamente atrelado a reações orgânicas intensas; e as emoções são expressivas, observáveis por outras pessoas, tendo forte presença, passageiras e mutáveis conforme certos aspectos, pois o que emociona alguém hoje pode não emocionar futuramente (Damásio, 2000; Reeve, 2006).

O medo é expressivo e detém propósitos, tendo curta duração, ao qual envolve estados de sentimentos ansiosos ativos, que permitem adaptação ao indivíduo conforme exposição, oportunidades para se lutar contra eventos importantes da vida de cada indivíduo (Reeve, 2006).

Então a ansiedade é um sentimento composto de insegurança, incerteza, sensação de pressão, medo e preocupação relacionados ao futuro. Mas é importante ressaltar que a ansiedade não é necessariamente ruim, pois em dados momentos pode ser um fator positivo, quando motiva a ação, realização e desenvolvimento do indivíduo (Frota et al., 2022; Galhanonei & Sampaio 2022).

Mas quando a pessoa passa a construir estratégias compensatórias para esquivar, evitar o contato com algo, aquilo que lhe causa temor; além do prejuízo funcional imediato consequente, tais características torna um conjunto de traços identificados em uma avaliação psicológica como um transtorno de ansiedade. Tal quadro clínico amparado pela abordagem teórica e manual diagnóstico estatístico poderá ter implicações de médio e longo prazo, passíveis da diminuição de autoestima e o desinteresse por atividades antes vividas (Clark & Beck, 2012; DSM-5, 2014).

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo, ansiedade excessiva e perturbações comportamentais relacionados. O medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Tendo a amígdala de uma maneira geral a função de detectar e responder a eventos ameaçadores. Claro que a amígdala não é responsável como um todo, mas uma de suas partes detém a função de regulação do medo e ansiedade (Pinto et al., 2018; Reeve, 2006).

Amígdala também possui a função de aprendizagem de associações emocionais, fazendo com que um indivíduo que vá dirigir pela primeira vez (situação), as amígdalas serem acionadas e responsáveis pela ativação de estruturas cerebrais vizinhas (ex.: Hipotálamo) da qual ocorre a resposta emocional

chamada medo, incluindo um aumento de ritmo cardíaco (Kapp et al., 1982), respiratório (Harper et al., 1984) e conseqüentemente uma descarga hormonal com expressões faciais da emoção medo e o sentimento de ansiedade, em deter dúvidas se será capaz de aprender a dirigir, ou não (Philip, 1999; Reeve, 2006).

A ansiedade detém maior presença com tensão muscular e vigilância em relação ao perigo futuro e comportamentos cautelosos. O medo está em maior frequência em períodos de excitação, em momento de tomada de decisões cruciais para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato. Estruturalmente a amígdala estará neste momento em constante relação com outras áreas cerebrais, com projeções para várias partes do cérebro e recebendo pouco destas partes (Adolphs 1999; Julião 2021).

Tal aspecto mostra o desequilíbrio por parte das emoções negativas como medo em superioridade das cognições oriundas de outras partes como córtex pré-frontal que está comprometido com o raciocínio social de processos superiores cognitivos, com sustentabilidade e tomada de decisões diversas e flexíveis que neste sentido; explica o motivo de algumas pessoas dirigirem um veículo pela primeira vez e outras não conseguirem (Butman & Allegri, 2001).

Não é incomum ocorrer esquiva para redução de medo ou ansiedade. O comportamento de esquiva parece se tornar mais frequente com a idade. Essau et al. (2000) encontraram que 65,4% da amostra de adolescentes, com sintomas marcantes de ansiedade social, relatara ter evitado, pelo menos algumas vezes, situações sociais desconfortáveis. A maior autonomia dos adolescentes é apontada como principal causa para que o comportamento evitativo cresça em função do tempo (Beidel et al., 1999).

Como é de se esperar são diversos os tipos de transtornos de ansiedade, tendo a necessidade de enfatizar que os transtornos de ansiedade comumente são comórbidos entre si. Mas o que torna cada transtorno de ansiedade diferente está relacionado a um exame detalhado por parte dos psicólogos nos aspectos temidos ou evitados pelas pessoas, associado ao conteúdo de seus pensamentos\crenças (Clark & Beck, 2012; Angelotti, 2007).

Aqui se faz necessário sinalizar que diferente do medo ou ansiedade cotidiana, os transtornos de ansiedade são excessivos, persistentes muito além de períodos apropriados a situações que naturalmente estaríamos com o desconforto

de uma ansiedade, isto é, durante seis meses ou mais (Marques & Borba, 2016; DSM-5, 2014).

A ansiedade é marcadamente inferior aos transtornos de ansiedade por estes apresentarem aspectos relacionados à qualidade ou características longe das reais em relação aos objetos, pessoas e situações de perigo. Os aspectos do temor ou evitação, vividamente marcados sobre estruturas biológicas, produtos psicológicos e eventos sociais, norteará a hipótese diagnóstica para uma avaliação clínica de psicólogos qualificados e supervisionados; atrelados ao conhecer dos fatores culturais pertencentes ao paciente (Reyes & Fermann, 2017; DSM-5, 2014; Clark & Beck, 2012).

Nem todo o transtorno de ansiedade tem sua gênese na infância, mas as estatísticas apontam uma maior prevalência em mulheres duas vezes mais do que homens, conforme DSM 5 (2014) quando relacionado a transtorno de personalidade generalizada. Faravelli et al. (2013) cita que as mulheres em idade reprodutiva, detém um maior risco em relação contrária. Entre mulheres com mais de 45 anos, ocorreu um aumento de 10,3% (Kinrys & Wygant, 2005).

Asbahr (2004) estima que 50% dos adolescentes com ansiedade, em algum momento, pelo menos terão um episódio depressivo como parte do quadro ansioso. Que 10% dos adolescentes detenham algum tipo de transtorno ansioso, sendo transtorno de ansiedade generalizada um dos mais prevalentes nesta faixa etária. Nos adultos mais velhos e idosos DeMartini et al. (2019) informa deter um aparecimento de TAG relacionado a doenças crônicas; excluindo é claro os aspectos fisiológicos, uso de substâncias\medicamentos, e outras situações médicas; quando não, demências (DSM, 2014; Leite, 2022; Golçaves & Heldt, 2009).

## **MÉTODO**

Foi realizada metodologia de pesquisa exploratória e bibliográfica, tendo os seguintes periódicos eletrônicos: Google Acadêmico, BVS, SciELO, pePSIC, Cochran, a partir de artigos revisados e publicados de base entre os anos de 1994 a 2022 e livros, que discute a eficiência da TCC ao TAG.

## **RESULTADOS**

Nos últimos anos, diversos artigos nacionais e internacionais têm exibido resultados de estudos de meta-análises, estudos comparativos a outras abordagens,

placebos, farmacológicos e diversos outros, relacionados ao tratamento do transtorno de ansiedade generalizada (TAG) através da terapia cognitivo comportamental (TCC). O Brasil detém a maior concentração de artigos na América lática relacionados a estudos da TCC (Campezatto et al., 2013).

Resultados de Meta-análise publicados por Mitte et al. (2005) expõem a eficácia da TCC ao tratamento de pessoas com TAG na redução dos sintomas ansiosos, depressivos e melhora na qualidade de vida dos pacientes. Outra revisão de meta-análise exibiu tamanho dos efeitos benéficos elevados com o uso da TCC em pacientes com TAG (Cuijpers et al., 2016).

A revisão apresentada por Hunot et al. (2006) descreve a TCC com grandes resultados na diminuição dos sintomas e numa melhor qualidade de vida das pessoas com TAG. Este estudo comparativo e revisado expõe uma maior diminuição dos aspectos ligados à ansiedade, com 46% imprimindo respostas clínicas positivas quando este foi comparado a fila de espera e outros aspectos (Marques & Borba, 2016).

A TCC demonstra evidências colaborativas relacionadas à intervenção em idosos ansiosos, podendo ou não estarem deprimidos e outras coexistências atribuídas aos processos que envolvem a terceira idade\ansiedade. Ainda que tenha sido feito em pequeno número de pacientes, um grupo de estudos comparando TCC com pílula placebo exibiu um tamanho significativamente grande nos resultados positivos da TCC a tal grupo estudado (Cuijpers et al., 2016; Reys & Fermann, 2017).

Pacientes atendidos por psicólogos que fazem uso da abordagem TCC exibem grande redução de ansiedade e diminuição significativa de sintomas por aspectos de via probabilísticos; quando esta é comparada a outras abordagens e fila de espera (Reys & Fermann, 2017). Hunot et al. (2006) declara que técnicas comportamentais de dessensibilização por autocontrole, automonitoramento e o relaxamento muscular progressivo, combinados com TCC exibem excelentes efetividades sobre o TAG em comparação a tratamentos habituais.

## **DISCUSSÃO**

Foram encontrados diversos artigos nacionais e internacionais sobre a TCC quando vinculada a regulação emocional, da qual revela possibilidades de trabalho junto aos processos cognitivos persistentes ou repetitivos das experiências

emocionais manifestadas na ruminação e preocupação dos pacientes com TAG. A TCC junto a regulação emocional terá como trabalho as distorções dos pensamentos já presentes nos pacientes de médio e longo prazo, estando estas, construídas por possíveis sentimentos negativos e inúmeros ou traumatizantes eventos excitatórios por vias fisiológicas (Crocq, 2017).

Na busca do entendimento das cognições relacionadas à ansiedade a TCC foca em avaliar junto ao cliente os valores, possibilidades e distorções presentes no TAG. Tendo o terapeuta espaço para discutir junto ao cliente a aceitação das possibilidades de possíveis resultados não qualitativos, um melhor convívio junto a emoções e pensamentos possíveis, ainda que não desejáveis para fins de ausência de esforço por parte do paciente em tentar controlar tais emoções e pensamentos (Fresco et al., 2017).

Os protocolos da TCC atrelados a exercícios de relaxamento são de extrema eficácia junto ao TAG diminuindo sintomas da ansiedade. Desde que se começaram os estudos da associação do Mindfulness ao TCC alcançou-se resultados da queda de 42% das sessões de terapia com a TCC aos pacientes com TAG. Estudos controlados e não controlados demonstraram que concomitação do Mindfulness com a TCC apresentaram melhoras na ansiedade e excesso de preocupações, agregado aos benefícios a saúde; tendo em vista que a TCC é tratamento de primeira linha (Hoge et al., 2015; Hoge et al., 2017; Morgan et al., 2014)

Tanto Hoge et al. (2015) como Morgan et al. (2014) sinalizam a expressão de diversos estudos internacionais relacionando a eficiência da TCC associado a Mindfulness com respostas de maior tempo, com qualidade de vida aos pacientes com TAG, em suma, respostas mais significativas aos diversos perfis de pacientes com TAG com redução da ansiedade, excitação fisiológica, agregado a atenção plena aos pensamentos mais próximos à realidade e afastamento dos pensamentos distorcidos.

Diversos estudos relacionados aos esquemas propostos por Beck (1979) passaram a deter um maior aspecto explicativo aos transtornos psicológicos em consonância a esquemas pesquisados, conforme proposta de Young (2009), tendo assim, outros arranjos de padrões mais amplos. Permitindo uma maior profundidade em descrever os aspectos emocionais, cognitivos, fisiológicos e neurológicos; em relação ao TAG (Shorey et al., 2015).

Com tudo, a produção deste artigo revela naturalmente as limitações teóricas e práticas, engessado a não apenas barreiras de língua, mas também a acesso a outras bibliografias, artigos e demais estudos; tornando assim necessário a recomendação de mais trabalhos para a área estudada para fiz de crescimento do corpo acadêmico e benefício dos pacientes que buscam acesso as melhores terapias baseadas em evidências.

## **CONCLUSÕES**

O objetivo deste artigo foi expor a eficiência da TCC em pessoas com TAG; esta é uma das classificações da ansiedade mais frequente nos atendimentos psicoterápicos. O artigo buscou verificar, conforme as publicações acadêmicas de vários autores, a melhora dos pacientes conforme aspectos sociais de faixas etárias infanto-juvenis, adultos e idosos, tendo ou não comorbidades, uso de farmacológicos e com adições de terapias de terceira geração atuais, entende-se que a TCC, por possuir protocolos, não a torna enrijecida, mas sim com possibilidades de compreensão, por parte do psicólogo, das necessidades do paciente, conforme formulação de caso e conceitualização cognitiva, e todos esses aspectos atrelados aos aspectos biopsicosociais do paciente.

Constata-se que a TCC agregada à regulação emocional, mindfulness, terapia de aceitação e compromisso (TAC) chega a significativos e duradouros resultados em pacientes com TAG, tendo aqui um ferramental eficiente a psicólogos que fazem uso dessa abordagem. Os diversos artigos citados exibem modelos variados de pesquisas com resultados eficazes sobre grupos de idosos, infanto-juvenis; atrelados ou não, a acompanhamento de medicações e outras situações.

No Brasil os principais autores atrelados como fonte literária sobre transtornos ansiosos são Clark e Beck com sua obra “terapia cognitiva para transtornos ansiosos”, estes com diversas intervenções, manejos, técnicas cognitivas e comportamentais; e diversos outros instrumentos presentes que possibilitam atuações cognitivas, emocionais, fisiológicas e comportamentais. Mas isto, é claro, não exclui os artigos aqui presentes, seja de língua inglesa ou portuguesa, que procuram demonstrar pesquisas randômicas, meta-análises, placebo, grupos de espera e dentre outros resultantes qualitativos a eficiência da TCC junto a pacientes com TAG.

Como exercício científico, faz-se aqui prudente, produtivo e necessário mais estudos para objetivos de um maior esgotamento de possibilidades eficientes, novas e melhores condições terapêuticas em relação ao TAG como ação acadêmica imprescindível, independente de tais abordagens serem ou não oriundas da TCC.

## REFERÊNCIAS

- Adolphs, R. (1999). Cognição Social e cérebro humano. *Psicol. Reflex.* 14 (2). <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000200003>
- Andreatinia, R., Boerngen-Lacerda, R., & Filho, D. Z. (2001). Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/8zzzJyFPhyQ8hRwYKLV58r/?format=pdf&lang=pt>
- Andretta L., & Oliveira, M. S. (2011). Manual prático de terapia cognitivo-comportamental (organizadoras). - São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Angelotti, G. (2007). Terapia cognitivo comportamental para os transtornos da ansiedade. Casa psi livraria.
- Asbahr, F. R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. <https://www.scielo.br/j/jped/a/pqwnF9Bd83TVpKVYWNdwY4C/?lang=pt&format=pdf>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*.
- Bandura, A. (1979). Modificação do comportamento. Stanford university. Interamericana.
- Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Prentice-Hall, Inc.
- Baptista, M. N., Berberian, A. A., Rueda, F. J. M., & Mattos, R. M. C. (2007). Eficácia de intervenções psicoterápicas no tratamento de depressão. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v8n1/v8n1a10.pdf>
- Barbosa, I. C., & Borba, A. (2010). O surgimento das terapias cognitivo comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. <http://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/416>
- Barlow, D. H. (2016). Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo. 5ª. ed. – Porto Alegre : Artmed.
- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos– Rev. Eletrônica Psicol. <https://docplayer.com.br/21734476-Terapia-cognitivo-comportamentais-conceitos-e-pressupostos-teoricos.html>
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). O poder integrador da terapia cognitiva. Tradução: Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artes médicas Sul.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. [https://oml.eular.org/sysModules/obxOML/docs/id\\_170/BECK%20ORIGINAL.pdf](https://oml.eular.org/sysModules/obxOML/docs/id_170/BECK%20ORIGINAL.pdf)

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. The Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva da depressão*. Tradução Vera Ribeiro. Ed. Zahar. RJ

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias : a cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, J. S. (2022). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp. – 3. Ed. – Porto Alegre: Artmed.

Beck, J. S., & Fleming, S. (2021). A Brief History of Aaron T. Beck, MD, and Cognitive Behavior Therapy. <https://cpe.psychopen.eu/index.php/cpe/article/view/6701>

Beidel, D. C., Tuner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of Childhood Social Phobia. [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(09\)63173-7/pdf](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)63173-7/pdf)

Berman, M. (1982). *Tudo que é sólido desmancha no ar a aventura da modernidade* – Ed. Companhia das letras. 1ª Impressão. Tradução Carlos Felipe Moisés Ana Maria L. Ioriatti.

Biggs, M. M., & Rush, A. J. (1999). Cognitive and behavioral therapies alone or combined with antidepressant medication in the treatment of depression. <https://psycnet.apa.org/record/1999-08171-006>

Bisaccioni, P., & Neto, M. B. C. (2010). Algumas considerações sobre o “pequeno Albert”. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2010000200022#:~:text=O%20cl%C3%A1ssico%20experimento%20conhecido%20como,um%20paradigma%20de%20condicionamento%20pavloviano.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200022#:~:text=O%20cl%C3%A1ssico%20experimento%20conhecido%20como,um%20paradigma%20de%20condicionamento%20pavloviano.)

Brandão, M. L., Vianna, D. M., Masson, S., & Santos, J. (2003). Organização neural de diferentes tipos de medo e suas implicações na ansiedade. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/yqYWnKdm9NPPVxv9sQqjqPy/abstract/?lang=pt#:~:text=Neural%20organization%20of%20different%20types,for%20the%20understanding%20of%20anxiety&text=A%20natureza%20das%20respostas%20de,distais%20ou%20proximais%20ao%20animal.>

Brito, H. K. M., Mendes, N. B., Lima, G. T., Pires, A. J. S., Cruz, W. V., Vargas, G. L. M., & Costa, N. S., & Rabelo, N. N. (2021). O impacto da terapia cognitivo-comportamental no transtorno do espectro autista. <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/27974#:~:text=Este%20artigo%20buscou%20identificar%20de,de%201%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20mundial.>

Butman, J., & Allegri, R. F. (2001). A Cognição Social e o Córtex Cerebral. <https://www.scielo.br/j/prc/a/PG95ckQWwHxJzsydWVHGrsy/?lang=pt>  
Caballo, V. E., (2007). Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. São Paulo: Livraria Santos Editora.

Caíres, M. C., & Shinohara, H. (2010). Transtornos de Ansiedade na Criança: Um olhar nas comunidades. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbtc.org.br/pdf/v6n1a05.pdf>

Campezatto, P. V. M., Vieira, L. C., Nunes, M. L. T. (2013). Psicoterapia e resultado: um panorama mundial da produção científica 2001-2011. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822013000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000200002)

Castillo, A. R. G., Recondo, R., Asbahr, F., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7gtB9pZFY6rkh48CLt/>  
Catanho, J., Souza, G. T., Macedo, F. L., & Tonon, A. P. (2022). Ansiedade em acadêmicos do curso de psicologia: avaliação e intervenção em uma universidade privada no interior de SP. <http://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1187/901>

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012) Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade [recurso eletrônico] : ciência e prática. Tradução: Maria Cristina Monteiro; revisão técnica: Elisabetb Meyer. - Dados eletrônicos. - Porto Alegre: Artmed.

Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10 (1993).

Cordioli, A. V. (2008). A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/nQZtCJhJcFqfCQSfmdDNFgN/?lang=pt>

Crocq M. (2017). The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573555/>

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24487344/>

Dalgalarrondo, P. (2019). Psicopatologia e semiologia dos transtornos.– 3. Ed. – Porto Alegre: Artmed.

Damásio, A. (2010). O livro da consciência. A construção do cérebro consciente. Editora Temas e debates.

DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized Anxiety Disorder. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30934083/>

Ferreira, W. J. (2020). Regulação emocional em terapia cognitivo comportamental. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/24411>

Fresco, D. M., Roy, A. K., Adelsberg, S., Seeley, S., Garcia-Lesy, E., Liston, C., & Mennin, D. S. (2017). Distinct functional connectivities predict clinical response with emotion regulation therapy.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2017.00086/full>

Flores, A. M. N., & Junior, A. L. C. (2008). Modelo biopsicossocial e formulação comportamental: compreendendo a cefaléia do tipo tensional.

<https://www.scielo.br/j/pe/a/7KpGjcNdLnL5dDScNXGQz5c/?lang=pt>

Frota, I. J., Fé, A. A. C. M., Paula, F. T. M., Moura, V. E. G. S., & Campos, E. M. (2022). Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais.

<https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/94frn>

Galhanone, P. K., & Sampaio, T. P. A. (2022). A influência de fatores comuns e específicos na terapia cognitivo-comportamental aplicada aos transtornos de ansiedade.

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/sinapsemultipla/article/view/24906>

Gandini, R. C., Martins, M. C. F., Ribeiro, M. P., & Santos, D. T. G. (2007). Inventário de Depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712007000100004#:~:text=O%20Invent%C3%A1rio%20de%20Depress%C3%A3o%20de%20Beck%20%2D%20BDI%20%C3%A9%20um%20instrumento,a%20de%20pacientes%20com%20c%C3%A2ncer.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712007000100004#:~:text=O%20Invent%C3%A1rio%20de%20Depress%C3%A3o%20de%20Beck%20%2D%20BDI%20%C3%A9%20um%20instrumento,a%20de%20pacientes%20com%20c%C3%A2ncer.)

Gonçalves, D. H., Tadielo, B. Z., Steiger, C. M. P., & Heldt, E. (2009). Ansiedade excessiva na infância como fator de risco para psicopatologia na idade adulta.

<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/126276>

Gonçalves, D. H., & Heldt, E. (2009). Transtorno de ansiedade na infância como preditor de psicopatologia em adultos.

<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23641>

Guilhardi, H. L. (2004). Considerações Sobre O Papel Do Terapeuta Ao Lidar Com Os Sentimentos Do Cliente.

[https://itrcampinas.com.br/pdf/helio/consideracoes\\_sobre\\_papel\\_terapeuta.pdf](https://itrcampinas.com.br/pdf/helio/consideracoes_sobre_papel_terapeuta.pdf)

Gusmão, E. E. S., Moura, H. M., Costa, K. M. R., Filho, L. G. F., Nascimento, B. S., & Sá, E. C. N. (2013). Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da fobia social.

<https://cdn.publisher.gn1.link/rbtc.org.br/pdf/v9n2a07.pdf>

Harper, R. M., Frysinger, R. C., Trelease, R. B., & Marks, J. D. (1984). State-Dependent Alteration of Respiratory Cycle Timing by Stimulation of the Central Nucleus of the Amygdala.

[https://www.researchgate.net/publication/16729274\\_State-dependent\\_alteation\\_of\\_respiratory\\_cycle\\_timing\\_by\\_stimulation\\_of\\_the\\_central\\_nucleus\\_of\\_the\\_amygdala/link/5a8b1cdd458515b8af964705/download](https://www.researchgate.net/publication/16729274_State-dependent_alteation_of_respiratory_cycle_timing_by_stimulation_of_the_central_nucleus_of_the_amygdala/link/5a8b1cdd458515b8af964705/download)

Hawton, K., Salkovskis, J., & Clark, D. M. (1997). Terapia cognitivo comportamental para problemas psiquiátricos. Um guia prático. Martins Fontes. 1ª Edição.

Heinen, M., Fonseca, C. C. R., Guarisse, V., & Oliveira, M. S. (2019). Intervenção baseada em um protocolo de terapia cognitivo comportamental: um relato de experiência com crianças no ambiente escolar. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/v52n2/v52n2a16.pdf>

Hodgins, D. C., & Peden, N. (2008). Tratamento cognitivo-comportamental para transtornos do controle do impulso. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/65S7wLHCWQVbBS9QBkMHsq/?lang=pt#:~:text=As%20abordagens%20cognitivo%2Dcomportamentais%20utilizadas,para%20corrigir%20os%20pensamentos%20irracionais>

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). A eficácia da terapia cognitivo-comportamental: uma revisão de meta-análises. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3584580/>

Hoge, E. A., Bui, E., Goetter, E., Robinaugh, D. J., Ojserkis, R. A., Fresco, D. M., & Simon, N. M. (2015). Change in Decentering Mediates Improvement in Anxiety in Mindfulness-Based Stress Reduction for Generalized Anxiety Disorder. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5354303/>

Hoge, E. A., Guidos, B. M., Mete, M., Bui, E., Pollack, M. H., Simon, N. M., & Dutton, M. A. (2017). Effects of mindfulness meditation on occupational functioning and health care utilization in individuals with anxiety. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28314552/>

Hunot, V., Churchill, R., Silva, L., & Teixeira, V. (2006). Psychological therapies for generalised anxiety disorder (Protocol):. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17253466/>

Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S. Kendall, P. C., & Asbahr, F. R. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/8jL85kwBNNpFkYv5w5DDnKq/?format=pdf&lang=pt>

Iwata, J., Chida, K., & LeDoux, J. E. (1987). Cardiovascular responses elicited by stimulation of neurons in the central amygdaloid nucleus in awake but not anesthetized rats resemble conditioned emotional responses. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0006899387909784>

Jarros, R. B. (2011). Perfil Neuropsicológico de Adolescentes com Transtorno de Ansiedade. Dissertação de mestrado, programa de Pós-graduação em Ciências Médicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30932/000780667.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Jones, M. C. (1949). The Elimination of Children's Fears. In W. Dennis (Ed.), Readings in general psychology.

Julião, M. D. (2021). A influência da atividade física no bem-estar de pessoas com transtornos de ansiedade e depressão. <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/216329>

Kapp, B. S., Gallagher, M., Underwood, M. D., McNall, C. L., & Whitehorn, D. (1982). Cardiovascular responses elicited by electrical stimulation of the amygdala central nucleus in the rabbit.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0006899382908666?via%3Dihub>

Kertész, R. (2005). El enfoque multimodal y las escuelas de psicoterapia. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4051>

Kinrys, G. & Wygant, L. E. (2005). Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? <https://www.scielo.br/j/rbp/a/BFx4r3BVv54Vy9Hh7FfmJnk/?lang=pt&format=pdf>

Knapp, P. (2004). Terapia cognitivo comportamental na pratica psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed.

Knapp, P., & Beck, A.T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa na terapia cognitiva. Revista Brasileira de Psiquiatria. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/HLpWbYk4bJHY39sfJfRJwtn/?format=pdf&lang=pt>

Lazarus, A. A. (1979). Behavior therapy and beyond. New York: McGraw-Hill. <http://garfield.library.upenn.edu/classics1979/A1979HH36300001.pdf>

Leahy, R. L. (2013). Regulação emocional em psicoterapia: Um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental / Robert L. Leahy, Dennis Tirch, Lisa A. Napolitano; tradução: Ivo Haun de Oliveira ; revisão técnica: Irismar Reis de Oliveira. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed.

Leite, M. F. (2022). Modelo explicativo para o transtorno de ansiedade generalizada: os papéis da intolerância à incerteza, preocupação e regulação emocional. <https://ri.ufs.br/handle/riufs/16108>

Linehan, M. (2010). Terapia cognitivo-comportamental para transtorno de personalidade borderline. tradução Ronaldo Cataldo Costa ; revisão técnica Melanie Ogliare Pereira. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed.

Luz, F. Q., & Oliveira, M. S. (2013). Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100014#:~:text=A%20terapia%20cognitiva%20\(conhecida%20tamb%C3%A9m,Stephan%20%26%20Zipfel%2C%202011\)](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100014#:~:text=A%20terapia%20cognitiva%20(conhecida%20tamb%C3%A9m,Stephan%20%26%20Zipfel%2C%202011)).

Malloy-Diniz, L. F. (2016). Neuropsicologia : aplicações clínicas [recurso eletrônico]. Porto Alegre : Artmed.

Marques, E. L. L., & Borba, S. (2016). Como Lidar Com O Transtorno De Ansiedade Generalizada Na Perspectiva Da Terapia Cognitivo-Comportamental. <https://periodicos.fapam.edu.br/index.php/synthesis/article/view/130/127>

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais; DSM-5; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento– 5. Ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

Meichembaum, D. (1977). Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach (The Plenum Behavior Therapy Series). University of Waterloo, Waterloo, Ontan'o, Canada.

Mitte, K. (2005). Meta-Analysis of Cognitive–Behavioral Treatments for Generalized Anxiety Disorder: A Comparison With Pharmacotherapy. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16187860/>

Moretti, S. A., & Guedes-Neta, M. L. (2021). Fundamentos Filosóficos, Metodológicos e Princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental. [https://www.researchgate.net/profile/Sarah-Moretti/publication/357226767\\_Fundamentos\\_Filosoficos\\_Metodologicos\\_e\\_Principios\\_da\\_Terapia\\_Cognitivo-Comportamental/links/61c25c45c99c4b37eb14770e/Fundamentos-Filosoficos-Metodologicos-e-Principios-da-Terapia-Cognitivo-Comportamental.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sarah-Moretti/publication/357226767_Fundamentos_Filosoficos_Metodologicos_e_Principios_da_Terapia_Cognitivo-Comportamental/links/61c25c45c99c4b37eb14770e/Fundamentos-Filosoficos-Metodologicos-e-Principios-da-Terapia-Cognitivo-Comportamental.pdf)

Morgan, L. P. K., Graham, J. R., Hayes-Skelton, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2014). Relationships Between Amount of Post-Intervention of Mindfulness Practice and Follow-up Outcome Variables in an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder: The Importance of Informal Practice. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196425/>

Mululo, S. C. C., Menezes, G. B., Fontenelle, L., & Versiani, M. (2009). Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. <https://www.scielo.br/j/rpc/a/gqCPdhwjs5P47vWvBGVtYgJ/?format=pdf&lang=pt>

Neufeld, C. B. (2017). Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental / Organizadora, Carmem Beatriz Neufeld. – Porto Alegre: Artmed.

Oliveira, C. I., Pires, A. C., & Vieira, T. M. (2009). A Terapia Cognitiva de Aaron Beck como Reflexividade na Alta Modernidade: Uma Sociologia do Conhecimento. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ptp/a/NsJ98sfDWrtt5rx57jLMdWR/abstract/?lang=pt>

Oliveira, R. L. (2011). Estudo comparativo da adição da terapia cognitivo comportamental e da psicoeducação ao tratamento padrão do transtorno bipolar em idosos. orientadora Clarice Gorenstein. - São Paulo.

Petersen, C. S. (2011). Evidências de efetividade e procedimentos básicos para Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças com transtornos de ansiedade. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-654175>

Philip, T. N. (1999) The Functional Anatomy, Neurochemistry, and Pharmacology of Anxiety. <https://www.psychiatrist.com/pcc/anxiety/anxiolytics/functional-anatomy-neurochemistry-pharmacology-anxiety/>

Pinto, N. A. J., Cavestro, J. M., & Ferreira, W. (2018). Prevalência de transtorno de ansiedade generalizada em estudantes de medicina. <http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/111#:~:text=No%20geral%2C%20a%20preval%C3%Aancia%20de,quase%20um%20ter%C3%A7o%20da%20amostra.>

Reeve, J. (2019). Motivação e emoção. Editora Eletrônica: Union Task. RJ: LTC

Resende, M. S., Pontes, S., & Calazans, R. (2015) O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n3/v21n3a08.pdf>

Reyes, A. N., & Fermann, I. L., (2017). Eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental no Transtorno de Ansiedade Generalizada. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v13n1/v13n1a08.pdf>

Revista Galileu (2015). A diferença entre emoção e sentimento – Transcrição da Entrevistaa Antonio Damásio Fronteiras do pensamento 2013. <https://www.fronteiras.com/leia/exibir/emocao-ou-sentimento-mental-ou-comportamental-antonio-damasio-explica-a-organizacao-afetiva-humana>

Ribeiro, W. S. (2013). The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in São Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3648507/>

Rodrigues, C. L. (2011). Aspectos neuropsicológicos dos transtornos da ansiedade na infância e adolescência: um estudo comparativo entre as fases pré e pós-tratamento medicamentosos. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-30112011-173439/publico/CamilaLuisiRodrigues.pdf>

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2010). A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação [recurso eletrônico] / Lizabeth Roemer, Susan M. Orsillo; tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese; revisão técnica: Armando Ribeiro das Neves Neto. — Dados eletrônicos. — Porto Alegre: Artmed.

Sampaio, A., & Augusto, S. (2005). Skinner: sobre ciência e comportamento humano. *Psicologia: ciência e profissão*, 25(3), 370-383. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000300004&lng=es&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300004&lng=es&tlng=pt).

Santos, F. A., Santos, K. L., & Aureliano, L. F. G. (2013). Estudo do comportamento psicótico pela Análise do Comportamento: revisão das publicações no JEAB e JABA. <https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/107>

Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured?. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0539018405058216>

Shorey, R. C., Elmquist, J., Anderson, S., Stuart, G. L. (2015). The Relation between Early Maladaptive Schemas, Depression, and Generalized Anxiety among Adults Seeking Residential Treatment for Substance Use Disorders. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4697940/>

Silva, A. B. B., (2011). *Mentes ansiosas: medo e ansiedade além dos limites* - Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

Sindjustiça, (2020). Brasil tem a maior taxa de transtornos de Ansiedade no mundo, diz OMS. <https://sindjustica.com/2020/05/27/brasil-tem-maior-taxa-de-transtorno-de-ansiedade-do-mundo-diz-oms/>

Souza, I.C.W., & Candido, C.F.G. (2010). Diagnóstico psicológico e terapia cognitiva: considerações atuais. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v5n2/v5n2a09.pdf>

Sweet, A. A., & Loizeaux, A. L. (1991). Behavioral and cognitive treatment methods: A critical comparative review. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/000579169190014V?via%3Dihub>

Vandenberghe, L., & Souza, A. C. A. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872006000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

Vasconcelos, J. R. O., Lôbo, A. P. S., & Neto, V. L. M. (2015). Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. Recuperado de

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/vLxPvnNrK7ZcXM3g4gTMmLd/?lang=pt&format=pdf>

Wenzel, A. (2018). Inovações em terapia cognitivo-comportamental: intervenções estratégicas para uma prática criativa [recurso eletrônico] / Amy Wenzel ; tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Carmem Beatriz Neufeld. – Porto Alegre: Artmed.

Wills, F. (2021). Terapia cognitiva de Beck. Editora Sinopsys.

Wright, J. H. (2008) Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed.

Young, J. E. (2008). Terapia do esquema [recurso eletrônico] : guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras / Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. w eishaar; tradução Roberto Cataldo Costa. - Dados eletrônicos. - Porto Alegre: Artmed.

Zanelatto, N. A., & Laranjeira, R. (2013). O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas. – Porto Alegre: Artmed, 2013.