



ARTIGO DE REVISÃO

## Tratamento do TAG nas terapias cognitivas de terceira geração

GAD treatment third generation cognitive therapies

El tratamiento del TAG em terapias cognitivas de tercera generación

*Anna Thallita de Araujo<sup>a</sup>*

*Andriza Saraiva Côrrea<sup>b</sup>*

*Ivan Bouchardet da Fonseca Grebot<sup>a</sup>*

*Wânia Cristina de Souza<sup>a</sup>*

<sup>a</sup> Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Departamento de Processos Psicológicos Básicos – Brasília – Distrito Federal – Brasil.

<sup>b</sup> Instituto Cognitivo – Santa Maria – Rio Grande do Sul – Brasil.

DOI: 10.5935/2318-0404.20200014

**Instituição:** Universidade de Brasília (UnB)

### Resumo

Esta rápida revisão tem como objetivo levantar literatura sobre o tratamento do transtorno de ansiedade generalizada (TAG) pelas terapias cognitivas de terceira geração e, com isso, estimular o entendimento de clínicos e pacientes sobre essa abordagem recente de tratamento. Os estudos, em sua maioria, demonstram que as preocupações e rumações são o processamento principal do TAG. É uma condição multifacetada em nível cognitivo, físico e emocional. O tratamento apresentado por essas técnicas integrativas mostrou-se relevante, tendo como consequência a diminuição dos sintomas. Já os efeitos do tratamento foram mantidos após o seu término por um período maior em comparação à TCC. Apenas a terapia do esquema e a terapia

comportamental dialética não retornaram dados suficientes. As evidências fornecem, portanto, um arcabouço teórico para os clínicos utilizarem de intervenções sistematizadas quanto ao TAG, com técnicas cognitivas, meditativas e emocionais.

**Palavras-chave:** TAG; Terapias de Terceira Geração; Tratamento

### **Abstract**

This brief review aims to review the literature on the treatment of generalized anxiety disorder (GAD) by third generation cognitive therapies and thereby stimulate the understanding of clinicians and patients about this recent approach to treatment. Studies generally showed that concerns and ruminations are GAD's main processes. It is a multifaceted condition on the cognitive, physical and emotional level. The treatment presented by these integrative techniques was relevant, with a decrease in symptoms and the treatment effects were maintained after the treatment ended for a longer period compared to CBT. Only schema therapy and dialectical behavior therapy did not show sufficient data. Therefore, the evidence provides a theoretical enough for clinicians to use systematic GAD interventions with cognitive, meditative and emotional techniques.

**Keywords:** GAD; Third Generation Cognitive Therapies; Treatment

### **Resumen**

La presente breve revisión tiene por objetivo revisar la literatura sobre el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) por terapias cognitivas de tercera generación y, con ello, estimular el entendimiento de clínicos y pacientes sobre dicho abordaje reciente del tratamiento. En su mayoría, los estudios demuestran que las preocupaciones y reflexiones son el procesamiento principal del TAG. Es una condición multifacética a nivel cognitivo, físico y emocional. El tratamiento presentado por estas técnicas integrativas se mostró relevante, y su consecuencia trajo una disminución de síntomas. Por otro lado, los efectos del tratamiento se sostuvieron luego del término del tratamiento por un periodo mayor comparado al de la TCC. La Terapia de Esquema y la Terapia Dialéctico-Conductual fueron las únicas a no ofrecer datos suficientes. Así, las evidencias proveen un marco teórico para que clínicos utilicen intervenciones sistémicas para el TAG, con técnicas cognitivas, mediáticas y emocionales.

**Palabras clave:** TAG; Terapia de Tercera Generación; Tratamiento

### **Introdução**

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado por ansiedade crônica, flutuante. Além disso, é acompanhado de sintomas psicofisiológicos, principalmente por preocupações frequentes, excessivas e difíceis de controlar. A característica principal do TAG é o processamento autorreferencial negativo, ou seja, preocupações e rumações<sup>1</sup>. De acordo com o DSM-V<sup>10</sup>, os critérios diagnósticos incluem ansiedade e

preocupações excessivas, acompanhados por uma dificuldade do indivíduo em controlá-las, por um período de pelo menos seis meses, acompanhados de sintomas como inquietação, fadiga, irritação, dificuldade de concentração e prejuízos no sono<sup>3,5</sup>.

As preocupações são excessivas – e multifocais em aspectos da vida cotidiana, como saúde, profissão, família, finanças, assim como sobre o futuro. Os temas das preocupações são semelhantes aos da população geral. No entanto, são experienciados de maneira catastrófica por indivíduos com TAG, o que resulta em ambiguidades e incertezas<sup>2,3,4,5,6,2</sup>. Acredita-se que as preocupações ocorrem de forma pictórica ou em pensamentos expressos verbalmente. Preocupações são um estilo de pensamento direcionado para o futuro e análogo à ruminação, no qual está envolvido conteúdo negativo. Indivíduos com TAG apresentam confiança nesse conteúdo semântico e abstrato, que ocasionam sintomas fisiológicos<sup>6,7,8,9</sup>.

O TAG é o transtorno de ansiedade mais prevalente em adultos mais velhos<sup>11</sup>. A idade de início é variável, podendo ter início tanto na infância, quanto na idade adulta ou em idosos. Ele também está associado à diminuição da qualidade de vida e ocorre duas vezes mais em mulheres, com prevalência de 6% dos 13 aos 18 anos e cerca de 20% na população adulta<sup>12,13</sup>. Ao longo da vida, sua prevalência é de 5%, acompanhado de outros transtornos mentais<sup>4,14</sup>.

Os tratamentos por meio de psicoterapia geralmente são mais recomendados, por produzirem resultados semelhantes ao tratamento medicamentoso, e com isso, apresentam menores taxas de recaída<sup>16</sup>. Por mais que a TCC tenha eficácia no TAG, as taxas de resposta são inferiores às de outros transtornos de ansiedade, conforme apresentado por Waters e Craske (2005)<sup>17</sup>, onde a taxa de melhora clínica para o TAG variou entre 38% e 63%, comparado a uma taxa entre 82% e 85% no transtorno de pânico. Com isso, destaca-se a necessidade de novas pesquisas sobre mecanismos de mudança que melhorem os resultados dos tratamentos a longo prazo<sup>18,61</sup>.

Um enfoque que tem ganhado a atenção dos clínicos são as terapias cognitivas de terceira geração. Consideradas técnicas interativas, essas linhas de tratamento surgiram a partir de 1990, e incluem diversos modelos de intervenção, como *mindfulness*<sup>19</sup>, terapia de aceitação e compromisso<sup>20</sup>, terapia focada na compaixão<sup>64</sup>, terapia comportamental dialética<sup>21</sup>, entre outras. As terapias de terceira geração visam estratégias experienciais e contextuais<sup>22</sup>, combinadas com a terapia cognitiva e aumentam a eficácia dos tratamentos. Esse modelo integrativo e baseado em evidências atua nas respostas disfuncionais decorrentes dos transtornos<sup>23,24</sup>. Com isso, estratégias que combinam técnicas de terceira geração com a TCC tradicional aumentam a eficácia dos tratamentos.

Neste sentido, esta revisão teve como objetivo realizar uma revisão rápida da literatura sobre as terapias cognitivas de terceira geração no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. Especificamente, buscou-se avaliar, por meio da análise de conteúdo, as principais características dos estudos, público-alvo e os principais achados para o tratamento do TAG, e suas limitações.

## Método

Foi desenvolvida uma rápida revisão sistematizada da literatura, que abrangeu o período de 2014 a 2020. Foram examinados artigos indexados nas bases de dados PubMed e PsycINFO, no idioma inglês. Os descritores utilizados – combinados com “*treatment*” e “*generalized anxiety disorder*” – foram: “*cognitive behavioral therapy*”, “*dialectical behavior therapy*”, “*acceptance and commitment therapy*”, “*metacognitive therapy*”, “*mindfulness*”, “*emotional regulation*”, “*schema therapy*”, “*compassion focused-therapy*” e “*cognitivethird generation*”. Optou-se pela combinação de termos para uma busca mais focada no tema. Para a busca na base de dados PubMed, foi utilizado o *Medical Subject Headings* (MeSH). Os termos foram cruzados com o operador *booleano* “AND”.

Foram incluídos apenas estudos empíricos, ensaios clínicos abertos e controlados, meta-análises e estudos de casos que apresentassem as evidências do tratamento das terapias de terceira geração no TAG. Foram excluídas publicações que não correspondiam aos anos delimitados, pesquisas com o objetivo apenas de validação de escalas, tratamento combinado com fármacos ou outras intervenções de tratamento.

Foram encontradas 93 publicações relacionadas ao tratamento do TAG pelas terapias de terceira geração, que foram subsequentemente analisadas em função de sua pertinência com o objetivo proposto. Com base na leitura dos resumos, foram excluídos 56 estudos. Dessa forma, 37 artigos foram incluídos na presente revisão e analisados qualitativamente. A Figura 1 apresenta o fluxograma PRISMA usado na seleção das publicações.

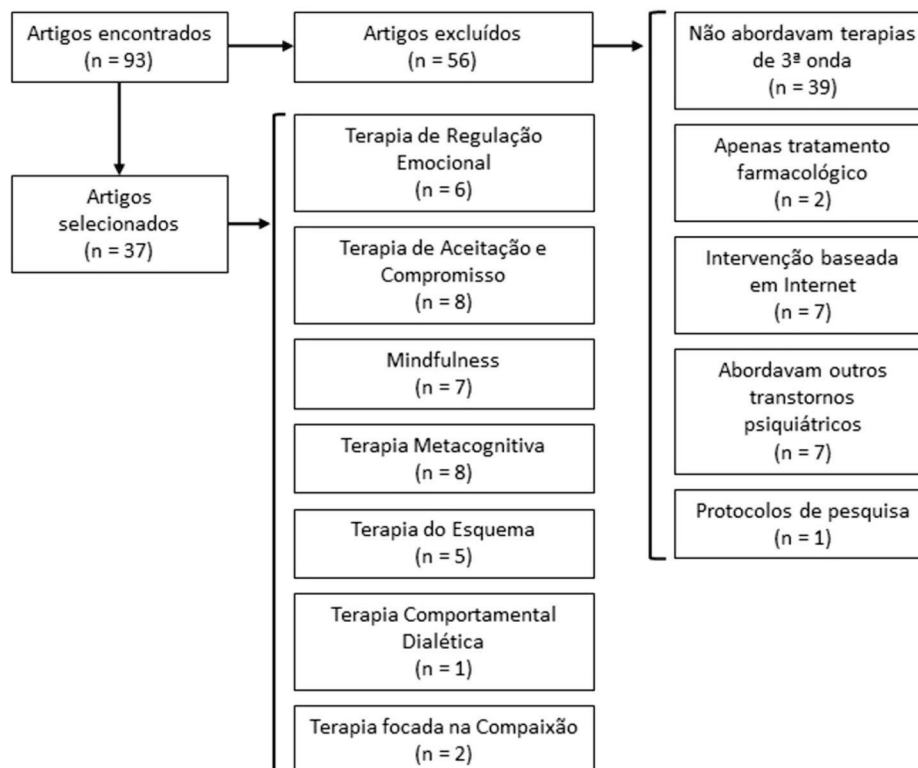


Figura 1. Fluxograma PRISMA para seleção dos artigos.

## Resultados e discussão

Visando responder aos objetivos do estudo, os dados foram agrupados de acordo com as terapias selecionadas de terceira geração, para então proceder à análise integral de conteúdo dos artigos de forma qualitativa. Dentre os 37 artigos que compuseram a amostra, 17 eram ensaios clínicos randomizados, 7 eram ensaios clínicos não-randomizados, 2 revisões de literatura, 5 estudos de casos, 6 de natureza exploratória. A Tabela 1 apresenta os artigos incluídos na análise integral, agrupados por terapia utilizada, tipo de estudo e país de origem. A maioria dos artigos tinham como público alvo adultos.

Terapia Utilizada	Referência	Tipo	Origem
RE	Andreescu <i>et al.</i> (2015)	EC-NR	EUA
RE	Diefenbach, Assaf, Goethe, Gueorguieva e Tolin (2016)	EC-R	EUA
RE	Fresco <i>et al.</i> (2017)	EC-NR	EUA
RE	Heiy e Cheavens (2014)	EC-NR	EUA
RE	Mennin, O'Toole, Fresco, e Heimberg (2018)	EC-R	EUA
RE	Andreescu <i>et al.</i> (2015)	EC-NR	EUA
TAC	Dahlinet <i>et al.</i> (2016)	EC-R	Suécia
TAC	Ducasse e Fond (2015)	Revisão	França
TAC	Eustis, Hayes-Skelton, Roemer e Orsillo (2016)	EC-R	EUA
TAC	Hasheminasab, Kheiroddin, Aliloo e Fakhari (2015)	Est. Caso	Irã
TAC	Millstein, Orsillo, Hayes-Skelton e Roemer (2015)	EC-R	EUA
TAC	Molander <i>et al.</i> (2018)	EC-R	Suécia
TAC	Tarrant, Viczko e Cope (2018)	EC-R	EUA
TAC	Witlox <i>et al.</i> (2018)	EC-R	Holanda
Mindfulness	Aslami, Alipour, Najib e Aghayosefi (2017)	EC-R	Irã
Mindfulness	Daitch (2018)	Est. Caso	EUA
Mindfulness	Hoge <i>et al.</i> (2015)	EC-R	EUA
Mindfulness	Hoge <i>et al.</i> (2017)	EC-R	EUA
Mindfulness	Hoge <i>et al.</i> (2018)	EC-R	EUA
Mindfulness	Lee e Orsillo (2014)	EC-R	EUA
Mindfulness	Morgan, Graham, Hayes-Skelton, Orsillo e Roemer (2014)	EC-R	EUA
Metacognição	Esbjorn, Normann e Reinholdt-Dunne (2015)	Est. Caso	Dinamarca
Metacognição	Esbjorn, Normann, Christiansen e Reinholdt-Dunne (2018)	EC-NR	Dinamarca
Metacognição	McEvoy <i>et al.</i> (2015)	EC-NR	Austrália
Metacognição	Newby, Williams e Andrews (2014)	EC-R	Austrália
Metacognição	Nordalet <i>et al.</i> (2018)	EC-R	Noruega
Metacognição	Sadeghi, Mokhber, Mahmoudi, Asgharipour e Seyfi (2015)	Revisão	Irã
Metacognição	Sudhir, Rukmini e Sharma (2017)	Est. Caso	Índia
Metacognição	Walczak, Breinholst, Ollendick e Esbjorn (2019)	EC-R	Dinamarca
TE	Carlucci, D'Ambrosio, Innamorati, Saggino e Balsamo (2018)	Exploratório	Itália
TE	Shorey, Elmquist, Anderson e Stuart (2015)	Exploratório	EUA
TE	Tandetnik, Hergueta, Bonnet, Dubois e Bungener (2017)	Exploratório	França
TE	Yan, Wang, Yu, He e Oei (2018)	Exploratório	China
TE	Yoosefi <i>et al.</i> (2016)	Exploratório	Irã

Terapia Utilizada	Referência	Tipo	Origem
TCD	Gomez <i>et al.</i> (2017)	Est. Caso	EUA
TFC	Mackintosh <i>et al.</i> (2017)	Exploratório	EUA
TFC	Frostadottiret <i>al.</i> (2019)	EC-NR	Escócia

Tabela 1. Informações sobre os artigos analisados. Legenda: RE: Regulação Emocional; TAC: Terapia de Aceitação e Compromisso; TE: Terapia do Esquema; TCD: Terapia Comportamental Dialética; TFC: Terapia Focada na Compaixão; EC-R: Ensaio clínico randomizado; EC-NR: Ensaio clínico não-randomizado.

## Regulação emocional

A Terapia de Regulação Emocional (TRE) surgiu nas duas últimas décadas como tópico de pesquisa na área clínica<sup>25</sup> e tem como princípios tradicionais e contemporâneos, os derivados da Terapia Cognitivo-comportamental. Além disso, a TRE intervém em aspectos emocionais, cognitivos e motivacionais. O modelo de Mennin, Fresco, O'toole & Heimberg (2013)<sup>26</sup> caracteriza os transtornos de estresse influenciados pela experiência emocional elevada<sup>27,1</sup>.

As técnicas mais utilizadas para a avaliação da regulação emocional envolvem medidas psicofisiológicas, instrumentos de autorrelato e exames de neuroimagem<sup>25</sup>. Acredita-se que os déficits na regulação das emoções influenciam na manutenção da psicopatologia.

Em relação ao TAG, as experiências emocionais são processos cognitivos repetitivos, como a ruminação e preocupação. Em longo prazo, a preocupação desenvolve emoções negativas e excitação fisiológica<sup>29</sup>. Os processos autorreferenciais negativos e a emotividade intensa são processos característicos da desregulação emocional<sup>1,27</sup>.

Nos artigos encontrados, o tratamento é apresentado por algumas fases, sendo elas: 1) psicoeducação e implementação de novas habilidades sobre a consciência de regulação das emoções. Geralmente é composta por oito sessões, em que os pacientes aprendem a regulação de atenção e de metacognição e; 2) desenvolvimento de habilidades de comportamentos proativos de acordo com os objetivos de vida. É composta por exercícios de exposição em imaginação e diálogos internos<sup>29,27</sup>. O tratamento também inclui conceituação de caso, relacionamento tranquilizador, tarefas experienciais que superam a esquiva e preocupação, tarefas experienciais que transformam sentimentos dolorosos crônicos em emoções mais adaptativas<sup>12</sup>, bem como a conceituação de caso para abordar a autorreferencialidade negativa do paciente. Com isso, é possível identificar estressores específicos. Geralmente tem formato de 20 sessões, com eficácia na redução da ansiedade, diminuição da preocupação, aumento da qualidade de vida<sup>30</sup>. Foi possível perceber que nos estudos, de maneira uniforme, os efeitos do tratamento foram mantidos por um período de três a nove meses após seu término<sup>1,27</sup>.

No tratamento do TAG, as intervenções são mais metacognitivas. Os estudos apresentam evidências que a regulação emocional e a atenção consciente medem sobre os efeitos clínicos de ansiedade, preocupação,

depressão e na qualidade de vida. Em nível de processamento, a ruminação e a preocupação demonstram tanto similaridade quanto dissimilaridade<sup>1</sup>.

## Terapia de Aceitação e Compromisso

A Terapia de Aceitação e Compromisso (TAC) foi desenvolvida por Steven Hayes, no final dos anos 90<sup>31,33</sup>. Para o TAG, ela tem um suporte de evidências científicas e estudos que indicam que pode ser tão eficaz quanto a TCC. Integra ainda abordagens comportamentais tradicionais com *Mindfulness* e aceitação<sup>32,33,18,35</sup>.

TAC para o TAG busca diminuir cognições relacionadas à ansiedade e com foco na mudança de comportamento referentes aos valores do cliente. Sua premissa é praticar a aceitação de emoções e pensamentos problemáticos que não possuem a necessidade de serem controlados, além do comprometimento com a ação de acordo com valores. Estudos de metanálise apoiam sua eficácia<sup>35</sup>.

Um estudo com três casos foi realizado<sup>36</sup> em caráter experimental e clínico de TAG, em que os pacientes passaram por um tratamento de 10 sessões. Com isso, os participantes apresentaram resultados significativos e mudanças pós-tratamento na intensidade dos sintomas, com aumento da aceitação e flexibilidade psicológica<sup>36,37</sup>.

Geralmente, o objetivo da TAC é ensinar o paciente a aceitar a ansiedade e aprender a lidar com respostas indesejadas, pensamentos, sensações físicas e imagens mentais<sup>36</sup>. Parte do tratamento envolve o que é chamado de “desfusão cognitiva”, considerada habilidade de afastar os pensamentos<sup>18</sup>. O tratamento da TAC mostra ao paciente que a sensação de luta e controle interferem no seu funcionamento e corroboram com a manutenção da ansiedade.

Um estudo feito por Kocovski, Fleming, Hawley, Ho & Antony (2015)<sup>38</sup> investigou as seguintes intervenções: aceitação, comparando com a TCC, *Mindfulness* e terapia de grupo baseada em aceitação em pacientes com ansiedade. Os resultados apontam dados significativos e o modelo da aceitação foi considerado o mais adequado. Ainda assim, diferentes intervenções dentro do espectro da TCC visam mecanismos comuns<sup>18</sup>.

Apesar dos atuais e crescentes suportes empíricos, alguns autores apontam que a TAC não pode ser considerada um modelo de intervenção bem estabelecido, devido às poucas replicações e a baixa qualidade dos estudos<sup>37</sup>.

## *Mindfulness*

*Mindfulness* (ou atenção plena) é uma vertente de meditação com base em tradições budistas e, nos últimos anos, tem sido aplicada ao tratamento de diversos transtornos mentais<sup>34,39,40,41</sup>. A atenção plena refere-se à habilidade do aumento da consciência em experiências do momento presente, como pensamentos,



sensações corporais, aceitação, meditação e não julgamento (encorajamento de cognições não julgadoras). Ela envolve três funções cognitivas, como inibição (estratégia de controle cognitivo para resolver dois conflitos entre duas situações concorrentes), mudança de atenção e atenção sustentada<sup>42,43</sup>.

Embora a TCC seja escolhida como tratamento eficaz para o TAG, treinamentos de relaxamento apresentam efeitos positivos e promissores. Estudos apontam que as descobertas desses protocolos resultam na diminuição de sintomas de ansiedade e estresse. Um estudo com 4.452 indivíduos que foram treinados com *Mindfulness*, demonstraram cerca de 42% de diminuição em encontros clínicos. Os resultados são mais significativos quando associados à TCC<sup>44,40,45</sup>.

Para o estudo de Daitch (2018)<sup>43</sup>, as abordagens de *Mindfulness* são consideradas relativamente bem-sucedidas, pois os pacientes com TAG apresentaram melhora quanto à depressão, ansiedade e excesso de preocupações, com resultados presentes no seguimento de três meses após o tratamento. Resultados de estudos controlados e não controlados apresentam melhoras após as intervenções de *Mindfulness*, além de efeitos benéficos à saúde<sup>40,41</sup>.

Estudos conduzidos com atenção plena mostraram melhoras na taxa de autocompaixão, pensamentos de preocupação e ruminativos e novas habilidades de enfrentamento<sup>34</sup>. A partir do momento em que os pacientes aprendem a direcionar a mente para o momento presente, isso acaba influenciando no surgimento de pensamentos mais saudáveis e tornando a atenção plena um processo significativo<sup>43</sup>. No estudo de Morgan (2014)<sup>41</sup>, a prática é feita em 45 minutos, 7 dias por semana. O relaxamento reduz a ansiedade e excitação fisiológica, e a atenção plena direciona e observa os processos de atenção<sup>42</sup>.

Sabe-se, no entanto, que a prática e os resultados do *Mindfulness* são limitados e que os de longo prazo são escassos, mesmo nos estudos que acompanham os resultados em um período maior após o tratamento. Em um estudo com 19 pacientes, que passaram por 8 semanas de treinamento de redução de estresse baseado na atenção plena e com acompanhamento de três meses, os resultados foram significativos e trouxeram melhora na ansiedade e no sono, mas como também avaliaram sintomas depressivos, os ganhos em relação à depressão não foram mantidos<sup>41</sup>.

O estudo de Morgan e colaboradores (2014)<sup>41</sup> avaliou a prática continuada do *Mindfulness* após o tratamento de 16 semanas, com prática formal e informal. Os resultados apontam melhorias significativas no decorrer de 6 meses após o tratamento, interferindo na qualidade de vida, gravidade dos sintomas de TAG e nas preocupações. Para Hoge (2015, 2017, 2018), o tratamento da TCC baseada em *Mindfulness* apresenta respostas mais duráveis.

## Terapia Comportamental Dialética

A Terapia Comportamental Dialética (DBT) é oriunda das ciências comportamentais, do *Mindfulness*, filosofia oriental e das práticas psicodinâmicas. A princípio, foi desenvolvida para o tratamento do transtorno de



personalidade *borderline* mas, nos últimos anos, sua aplicabilidade em outros transtornos tem sido pesquisada<sup>46</sup>.

Gómez e colaboradores (2017)<sup>47</sup> fizeram um estudo de caso único, com um paciente vítima de queimaduras e sintomas de ansiedade, como preocupações e ruminações. O estudo objetivava avaliar a eficácia do *Mindfulness*, implementado por sessões de DBT para a diminuição de emoções negativas e o aumento de emoções positivas. O paciente apresentou melhora nos sintomas, com diminuição das emoções negativas. Entretanto, notam-se as limitações científicas do estudo: um único participante e sem grupo controle; paciente recebendo medicações; tratado também por sessões de TCC e; sem investigação de efeitos a longo prazo, enviesando, portanto, os resultados apresentados.

## Terapia Metacognitiva

A Terapia Metacognitiva desenvolvida por Wells e Matthews (1995)<sup>48,49,50</sup> apresenta resultados maiores ou semelhantes à TCC para transtornos depressivos e transtornos de ansiedade<sup>51</sup>. Sua eficácia concentra-se no processo do pensamento e não no conteúdo do pensamento em si. Também se baseia na premissa de que o paciente tem um estilo de pensamento chamado “síndrome atencional cognitiva” e com isso, fica preso em emoções negativas. Exemplos disso são a preocupação e a ruminação<sup>52</sup>.

Os objetivos da Terapia Metacognitiva são a diminuição de crenças negativas e o uso de estratégias alternativas que auxiliam o paciente na regulação das preocupações. No caso do TAG, as crenças positivas consistem na ideia de que a preocupação pode ser benéfica, como se fosse uma estratégia de enfrentamento para o futuro, mantendo a ansiedade. De acordo com isso, a preocupação pode ajudar o paciente a estar preparado para futuras situações e crenças negativas, e a preocupação além de incontrolável, é perigosa. As crenças negativas são o que distinguem a preocupação normal da patológica<sup>50,49,53,51</sup>.

O tratamento é composto por técnicas de monitoramento de atenção externa, proibição de ruminação e preocupação, atenção plena e modificação de crenças<sup>52</sup>. No TAG, o objetivo principal é identificar as crenças metacognitivas positivas e negativas acerca da preocupação. São cinco módulos de tratamento: formulação de caso; modificação de crenças sobre perigo e controle da preocupação; desafio das crenças positivas e exame de vantagens da preocupação; estratégias de enfrentamento; e prevenção de recaídas<sup>53,54</sup>.

Foi possível encontrar evidências de reduções significativas de crenças metacognitivas positivas e negativas entre o pós-tratamento e três meses seguidos<sup>55,56</sup>. No estudo de McEvoy e colaboradores (2015)<sup>56</sup>, a frequência de pensamentos automáticos relacionados à ansiedade e depressão também diminuíram, embora não tenham sido foco de intervenção no estudo. Os autores puderam supor que redução desses pensamentos são efeitos colaterais da intervenção nas crenças metacognitivas.

Os estudos apontam que a Terapia Metacognitiva emergiu para suprir as deficiências da TCC<sup>49</sup>. Estudos de metanálise mostram que a Terapia Metacognitiva teve resultados significativos quando comparados a grupo controle de pacientes com TAG. Foi considerado um tratamento altamente eficaz devido a magnitude

das mudanças e taxas de recuperação<sup>49,50</sup>. De acordo com as taxas clínicas de respostas, 65% dos pacientes tiveram boa recuperação em comparação a 38% da TCC. Foi possível observar melhores resultados na redução da preocupação no pós-tratamento.

Os estudos acima possuem limitações como número reduzido da amostra<sup>50,54,56</sup> e com isso, validade estatística reduzida. No entanto, os estudos foram significativos com a adaptação da Terapia Metacognitiva para crianças<sup>51,54,50</sup>.

### **Terapia focada na compaixão**

A Terapia Focada na Compaixão (TFC) foi desenvolvida por Paul Gilbert (2009)<sup>64</sup> e tem como principais objetivos, proporcionar que o paciente seja menos hostil consigo mesmo e a promover motivação compassiva frente ao processo de mudança<sup>64</sup>. A compreensão da ansiedade pela TFC pode ser através da hipótese de que experiências negativas de apego desencadeiam um sistema de ameaça superdesenvolvido<sup>65,66</sup>. Geralmente, pessoas auto compassivas apresentam níveis mais baixos de ruminação e autocrítica<sup>66</sup>. A TFC desativa o sistema de ameaças e ativa o sistema auto-calmante através da autocompaixão.

Mackintosh e colaboradores (2017) indicaram em uma metanálise um grande tamanho de efeito para associação entre níveis mais altos de compaixão e níveis mais baixos de psicopatologia<sup>65</sup>, porém, a população incluída nos estudos era não-clínica. Com isso, um estudo procurou investigar se a autocompaixão possui de fato relação com a psicopatologia em uma população clínica<sup>65</sup>. Tal estudo teve como amostra 74 adultos, com sintomas depressivos e ansiosos, a partir da escala de autocompaixão (*The CompassionScale*)<sup>65</sup> e concluíram que baixa autocompaixão está associada a maiores níveis de sofrimento emocional em pacientes com sintomas mistos de ansiedade e depressão, o que replica os achados das amostras não-clínicas. O fato da amostra ser composta por pacientes com sintomas mistos de ansiedade e depressão, e não apenas TAG, é considerado como principal limitação deste estudo.

Um segundo estudo utilizou 4 semanas de sessões, comparando a TFC com a TFC integrada à atenção plena, com 73 participantes com sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Participantes de ambos os grupos experimentais apresentaram diminuição na ruminação, depressão, ansiedade e estresse<sup>66</sup>, mas a melhora significativa foi encontrada no grupo de TFC integrado à atenção plena para os sintomas ansiosos<sup>66</sup>.

### **Terapia do esquema**

Esquemas Cognitivos foram originalmente explicados por Beck e seu desenvolvimento está relacionado com a manutenção de alguns transtornos psicológicos. Posteriormente, Young os definiu como padrões amplos e profundos sobre os relacionamentos e o *self*, com elementos emocionais, cognitivos, sensações corporais e memórias<sup>57,58,59,60</sup>. Teoricamente, os estudos são mais voltados para transtornos crônicos, como

os de personalidade. No entanto, alguns estudos mostraram que os esquemas podem estar associados aos sintomas de ansiedade, como no transtorno de ansiedade social, TEPT, pânico, TOC e TAG<sup>28,57</sup>.

A teoria dos esquemas é separada em domínios, que são nível organizacional e temático de esquemas. O domínio que mais se apresentou significativo quando avaliado em pacientes com ansiedade, foi o de autonomia e desempenho prejudicados<sup>28,60,57</sup>. Ele é caracterizado por indivíduos com crenças de que se sentem dependentes, vulneráveis, não conseguirão sobreviver ou que algo terrível acontecerá com eles. Também foi possível investigar que os domínios de hipervigilância e direcionamento para o outro possuem um papel ativo no disparo da ansiedade<sup>57</sup>.

## Conclusão

O objetivo deste estudo foi revisar publicações que investigaram o tratamento do TAG a partir de estratégias de terapias cognitivas de terceira geração. Foi possível perceber que grande parte dos estudos demonstraram melhora nos sintomas ansiosos em pacientes, como no caso da TCC baseada em regulação emocional, *mindfulness*, TAC, e a terapia metacognitiva. Entretanto, quando uma das TCC's de terceira geração era integrada à TCC tradicional, os resultados foram mais significativos durante o tratamento e os efeitos se mantiveram a longo prazo. Desta forma, compreende-se que a utilização conjunta das terapias de terceira geração, obtém melhores resultados em pacientes com TAG.

Por mais que estes dados apontem para o alívio de sintomas de TAG, é importante ressaltar que devido às limitações encontradas nos estudos, as terapias de terceira onda precisam ser mais investigadas. Uma das limitações refere-se a escassez de pesquisas sobre Terapia do Esquema, Terapia Comportamental Dialética e a Terapia Focada na Compaixão. Além disso, os estudos randomizados apresentavam um número pequeno das amostras e poucos eram estudos randomizados. E, por fim, alguns estudos não se aprofundaram em estratégias e técnicas somente em amostras de participantes com TAG, explorando outras patologias concomitantes. Estudos futuros tendem a se beneficiar ao explorar amostras maiores, de modo a melhorar a, validade estatística e possibilitar replicações.

## Referências

01. Mennin SD, O'Toole MS, Fresco DM, Heimberg GR. A Randomized Controlled Trial of Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder With and Without Co-Occurring Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2018; 86(3): 268-281.
02. Huang Z, Li Y, Bianchi MT, Zhan S, Jiang F, Li N, Ding Y, *et al.* Repetitive transcranial magnetic stimulation of the right parietal cortex for comorbid generalized anxiety disorder and insomnia: A randomized, double-blind, sham-controlled pilot study. *Brain Stimulation journal*. 2018; 11(5): 1103-1109.

03. Crocq MA. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2017; 19(2): 107-116.
04. Latas M, Stojkovic T, Bosnjak MC, Zaric M, Milovanovic S. How do we treat generalized anxiety disorder. *SrpArhCelokLek*.2014; 142(3): 204-212.
05. O'Brien K, O'Keeffe N, Cullen H, Durcan A, Timulak L, McElvaneyJ. Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of clients' in-session presentations. *Psychotherapy research*. 2019; 29(4): 524-540.
06. Borkovec TD, Alcaine O, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. *Advances in research and practice*. New York: Guilford Press; 2018.
07. Dugas MJ, Robichaud M. *Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From science to practice*. New York: Routledge; 2007.
08. Wu JQ, Szpunar KK, Godovich SA, Schacter, DL, Hofmann, SG. Episodic future thinking in generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorder*. 2015; 36: 1-8.
09. Koerner N, Tallon K, Kusec A. Maladaptive core beliefs and their relation to generalized anxiety disorder. *Cognitive behavior therapy*. 2015; 44(6): 441-455.
10. American Psychiatry Association (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. Ed, Porto Alegre: Artmed;2014.
11. Andreescu C, Tudoracu D, Sheu LK, Rangarajan A, Butters MA, Walker S, *et al*. Brain structural changes in late-life generalized anxiety disorder. *Psychiatry Research Neuroimaging*. 2017; 268:15-21.
12. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, *et al*. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*.2018; 19(9): 506.
13. Baric H, Dordevic V, Cerovicki I, Trkulja, V. Complementary and alternative medicine treatments for generalized anxiety disorder: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Advances in therapy*. 2008; 35(3): 261-288.
14. Kessler C, Chiu W, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM IV disorders in national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:617-627.
15. Gersh E, Hallford DJ, Rice SM, Kazantzis N, Gersh H, GershB, *et al*. Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorder*. 2017; 52: 25-33.
16. Richards D, Timulak L, Rashleigh C, McLoughlin O, Colla A, Joyce C, *et al*. Effectiveness of an internet-delivered intervention for generalized anxiety disorder in routine care: A randomised controlled trial in a student population. *Internet Intervention Journal*. 2016; 29(6): 80-88.
17. Waters AM, Craske, MG. Generalized Anxiety Disorder. In: Antony DR, Ledley, Heimberg, RG. *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy*. New York: The Guilford Press. 2005. p 77-127.
18. Eustis EH, Hayes-Skelton SA, Roemer L, Orsillo SM. Reductions in experiential avoidance as a mediator

- of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Behavior Research Therapy*. 2016; 87: 188-195.
19. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. *New York: The Guilford Press*. 2002.
  20. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. *New York: The Guilford Press*. 1999.
  21. Linehan, MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. *New York: The Guilford Press*. 1993.
  22. Barbosa AS, Terroso LB, Argimon III. Epistemologia da terapia cognitivo-comportamental: casamento, amizade ou separação entre as teorias? *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*. 2014; 34(86): 63-79.
  23. Hofmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat. *Clinical psychology review*. 2008; 28(1): 1-16.
  24. Bandeira RG, Oliveira C. Tratamento da anorexia nervosa nas terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração. *Revista brasileira de terapias cognitivas*. 2015; 11(2): 105-112.
  25. Heiy JE, Cheavens JS. Back to basics: a naturalistic assesment of the experience and regulation of emotion. *Emotion*. 2014; 14(5): 878-891.
  26. Mennin, Fresco, O'toole, Heimberg. A randomized controlled trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2013; 86(3): 268-281.
  27. Renna ME, Quintero JM, Soffer A, Pino M, Ader L, Fresco DM, Mennin DS A pilot study of emotion regulation therapy for generalized anxiety and depression: findings from a diverse sample of Young adults. 2018; 49(3): 403-418.
  28. Shorey RC, Elmquist J, Anderson S, Stuart GL. The Relationship Between Early Maladaptive Schemas, Depression, and Generalized Anxiety among Adults Seeking Residential Treatment for Substance Use Disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2015; 47(3): 230-238.
  29. Fresco DM, Roy AK, Adelsberg S, Seeley S, García-Lesy E, Linston C. *et al.* Distinct functional connectivities predict clinical response with emotion regulation therapy. *Frontiers in human neuroscience*. 2017; 3: 11-86.
  30. Diefenbach GJ, Assaf M, Goethe JW, Gueorguieva R, Tolin DF. Improvements in emotion regulation following repetitive transcranial magnetic stimulation for generalized anxiety disorder. 2018; 43: 1-7.
  31. Ducasse D, Fond G. Acceptance and commitment therapy. *Encephale*. 2015; 41(1):1-9.
  32. Millstein DJ, Orsillo SM, Hayes-Skelton SA, Roemer L. Interpersonal problems, mindfulness, and therapy outcome in an acceptance-based behaviour therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2015; 44(6): 491-501.
  33. Dahlin M, Ryberg M, Vernmark K, Annas N, Carlbring P, Andersson G. Internet-delivered acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Behaviour Research Therapy*. 2016; 4(6): 16-21.

34. Ellard KK, Barlow DH, Whitfield-Gabrieli S, Gabrieli JDE, Deckersbach T. Neural correlates of emotion acceptance vs worry or suppression in generalized anxiety disorder. 2017; *12(6)*: 1009-1021.
35. Witlox M, Kraaij V, Garnefski N, Waal MWM, Smit F, Hoencamp E. *et al.* An Internet-based Acceptance and Commitment Therapy intervention for older adults with anxiety complaints: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*.2018; *19(1)*: 502.
36. Hasheminasab M, Babapour KJ, Mahmood AM, Fakhari A. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) For Generalized Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Public Health*. 2015; *44(5)*: 718-719.
37. Molander P, Hesser H, Weineland S, Bergwall K, Buck S, Jader MJ, *et al.* Internet-based acceptance and commitment therapy for psychological distress experienced by people with hearing problems: a pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2018; *47(2)*: 169-184.
38. Kocovski NL, Fleming JE, Hawley LL, Ho MH, Antony MM. Mindfulness and acceptance-based group therapy and traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Mechanisms of change. 2015; *70*:11-22.
39. Hoge EA, Bui E, Palitz SA, Schwarz NR, Owens ME, Johnston JM. *et al.* The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry research*. 2018; *262*: 328-332.
40. Hoge EA, Bui E, Goetter E, Robinaugh DJ, Ojserkis RA, Fresco DM, Simon NM. Change in Decentering Mediates Improvement in Anxiety in Mindfulness-Based Stress Reduction for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy Research*. 2015; *39(2)*: 228-235.
41. Morgan LP, Graham JR, Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. 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. 2014; *3(3)*: 173-176.
42. Lee JK, Orsillo SM. Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2014; *45(1)*: 208-216.
43. Daitch C. Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness, and Hypnosis as Treatment Methods for Generalized Anxiety Disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2018; *61(1)*: 57-69.
44. Hoge EA, Guidos BM, Mete M, Bui E, Pollack MH, Simon NM, Dutton MA. Effects of mindfulness meditation on occupational functioning and health care utilization in individuals with anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017; *95*:7-11.
45. Tarrant J, Viczko J, Cope H. Virtual Reality for Anxiety Reduction Demonstrated by Quantitative EEG: A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*. 2018; *24(9)*: 1280.
46. Linehan MM. *DBT R Skills Training Manual, Second Edition*. New York, NY: Guilford Press. 2015.
47. Gomez J, Hoffman HG, Bistricky SL, Gonzalez M, Rosenberg L, SampaioM, *et al.* The Use of Virtual Reality Facilitates Dialectical Behavior Therapy® “Observing Sounds and Visuals” Mindfulness Skills Training Exercises for a Latino Patient with Severe Burns: A Case Study. *Frontiers in Psychology*. 2017; *25(8)*: 1611.
48. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther*. 1996; *34*: 881–888.



49. Sadeghi R, Mokhber N, Mahmoudi LZ, Asgharipour N, Seyfi H. A systematic review and meta-analysis on controlled treatment trials of metacognitive therapy for anxiety disorders. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2015; 20(9): 901-909.
50. Esbjorn BH, Normann N, Christiansen BM, Reinholdt-Dunne ML. The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of anxiety disorders*. 2018; 53: 16-21.
51. Walckak M, Breinholst S, Ollendick T, Esbjorn, BH. Cognitive Behavior Therapy and Metacognitive Therapy: Moderators of Treatment Outcomes for Children with Generalized Anxiety Disorder. 2019; 50(3): 449-458.
52. Sudhir PM, Rukmini S, Sharma MP. Combining Metacognitive Strategies with Traditional Cognitive Behavior Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Case Illustration. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2017; 39(2): 152-156.
53. Nordahal HM, Borkovec TD, Hagen R, Kennair LEO, Hjemdal O, Solem S, Hansen B. Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych Open*. 2018; 4(5): 393-400.
54. Esbjorn B.H, Normann N, Reinholdt-Dunne ML. Adapting Metacognitive Therapy to Children with Generalised Anxiety Disorder: Suggestions for a Manual. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2015; 45(3):159-166.
55. Newby JM, Williams AD, Andrews G. Reductions in negative repetitive thinking and metacognitive beliefs during transdiagnostic internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for mixed anxiety and depression. *Behaviour research therapy*. 2014; doi: 10.1016/j.brat.2014.05.009.
56. McEvoy PM, Erceg-Hurn DM, Anderson RA, Campbell BN, Swan A, Saulsman LM, Summer M, Nathan PR. Group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder: an effectiveness trial. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 1(175): 124-132.
57. Carlucci L, D'Ambrosio I, Innamorati M, Saggino A, Balsamo M. Co-rumination, anxiety, and maladaptive cognitive schemas: when friendship can hurt. *Psychology Research and Behavior Management*. 2018;11(11): 133-144.
58. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press. 2003.
59. Yoosefi A, RajeziEsfahani, S, Pourshahbaz A, Dolatshahee B, Assadi A, Maleki F, Momeni S.. Early Maladaptive Schemas in Obsessive-Compulsive Disorder and Anxiety Disorders. *Global Journal of Health Science*. 2016; 8(10): 53398.
60. Tandetnick C, Hergueta T, Bonnet P, Dubois B, Bungener C. Influence of early maladaptive schemas, depression, and anxiety on the intensity of self-reported cognitive complaint in older adults with subjective cognitive decline. *International Psychogeriatrics*. 2017; 29(10): 1657-1667.
61. Latas M, Trajkovic G, Bonevski D, Naumovska A, Vucinic LD, Bukumiric Z, Starcevic V. Psychiatrists treatment preferences for generalized anxiety disorder. *Human Psychopharmacology*. 2018. 33(1): 1-7.
62. Koerner N, Mejia T, Kusec A. What's in a name? Intolerance of uncertainty, other uncertainty-relevant constructs, and their differential relations to worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy journal*. 2017; 46(2): 141-161.



63. Lucena-Santos P, Pinto-Gouveia J, Oliveira MS. *Terapias Comportamentais de Terceira Geração*. Sinopsys. 2015.
64. Mackintosh Kate, Power Kevin, Schwannauer Matthias, Chan Stella W. Y. The Relationships Between Self-Compassion, Attachment and Interpersonal Problems in Clinical Patients with Mixed Anxiety and Depression and Emotional Distress. *Mindfulness*. 2017; 9(3): 961-971.
65. Frostadottir Anna D. Dorjee Dusana. Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and Stress. 2019; 1099(10): 1-11

Contribuições: Anna Thallita Araujo – Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Software, Validação; Ivan Bouchardet da Fonseca Grebot – Coleta de Dados, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição;

Andriza Saraiva Côrrea – Redação – Revisão e Edição, Supervisão, Visualização;

Wânia Cristina de Souza – Supervisão.

### **Correspondência**

*Anna Thallita Araujo*

annatharaujo@gmail.com

Submetido em: 02/03/2019

Aceito em: 01/07/2020